

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“PLANEACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN LOS SERVICIOS CONSULARES PARA MEXICANOS EN EL EXTERIOR: EL CASO DE LA VENTANILLA DE SALUD EN SAINT PAUL, MINNESOTA”

Autor: Pérez Sámano Leslie Giselle

**Tesina presentada para obtener el título de:
Licenciada en Administración**

**Nombre del asesor:
González Garcilazo, Martha Atzimba / Molina Alcántara, Miguel Cristophe**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





TESINA

Para obtener el Título de Licenciada en Administración, a través del estudio de posgrado en Finanzas, Recursos Humanos, e investigación.

“Planeación y rendición de cuentas en los servicios consulares para mexicanos en el exterior: el caso de la Ventanilla de Salud en Saint Paul, Minnesota”

Presenta:

LESLIE GISELLE PÉREZ SÁMANO

Asesores de Tesina:

Dra. Martha Atzimba González Garcilazo

M. en C. Miguel Cristophe Molina Alcántara

Morelia, Michoacán, Marzo 2026

AGRADECIMIENTOS

A lo largo de mi trayectoria comprendí que las instituciones no son grandes por el presupuesto que administran, por la infraestructura que poseen o por la complejidad de sus procedimientos. Su verdadera fortaleza reside en las personas que las integran. Son ellas quienes, con ética, liderazgo, conocimiento y una genuina vocación de servicio, construyen la confianza de la ciudadanía y convierten las políticas públicas en acciones capaces de transformar vidas.

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento a **Oswaldo Cabrera Vidal**, quien durante muchos años dirigió con profesionalismo, entrega y un profundo sentido humano el área comunitaria del Consulado General de México en Saint Paul. Gracias por compartir conmigo tu conocimiento, por enseñarme el verdadero alcance del servicio a la comunidad y por demostrar, día con día, que el liderazgo se ejerce sirviendo a los demás. Tu trabajo dejó una huella imborrable en miles de personas y marcó profundamente mi manera de entender la función pública.

Gracias al **Embajador Iván Roberto Sierra Medel**, por su confianza, guía y generosidad durante una etapa decisiva de mi desarrollo profesional. Gracias por compartir su experiencia, por impulsarme a continuar mi formación académica, por creer en mis capacidades, y por recordarme que el servicio público exige preparación constante, responsabilidad y un profundo sentido de compromiso con nuestro país.

Finalmente, deseo expresar mi reconocimiento a las personas con quienes tuve el honor de coincidir en el servicio público y que, muchas veces lejos de los reflectores, entregan lo mejor de sí para cumplir con su deber, expreso mi más profundo respeto y admiración. Gracias a estos servidores públicos cuya vocación por servir a México trasciende las responsabilidades de su cargo, a ellos les debo la convicción de que el verdadero servicio público se sostiene en la integridad, el compromiso y la capacidad de anteponer el bienestar de la comunidad a cualquier interés personal. Con su ejemplo, reafirmo mi convicción de que la vocación permanece firme incluso cuando el camino exige perseverancia y fortaleza.

“What we do for ourselves dies with us. What we do for others and the world remains and is immortal.”

— Albert Pike.

Índice

Introducción	5
Palabras clave:	6
Capítulo 1. Fundamentos de la investigación.	7
1.1. Situación Problemática.....	7
1.2. Planteamiento del Problema.....	9
1.2.1. Pregunta General.....	10
1.2.2. Preguntas Específicas.	10
1.3. Objetivos.....	11
1.3.1. Objetivo General.....	11
1.3.2. Objetivos Específicos.	11
1.4. Justificación.	12
1.5. Las Hipótesis.	13
1.5.1. Hipótesis General.	13
1.5.2. Hipótesis Específicas.....	13
Capítulo 2. Contexto.....	14
2.1. Las comunidades migrantes mexicanas en los Estados Unidos y su importancia para México.	14
2.1.1. Peso demográfico de las comunidades mexicanas migrantes.....	14
2.1.2. El impacto económico en Estados Unidos de la comunidad migrante.	15
2.1.3. Importancia económica de los migrantes mexicanos hacia sus regiones de origen y el país en su conjunto.....	16
2.2. La atención institucional a las comunidades mexicanas en el exterior y la experiencia de la Ventanilla de Salud en el Consulado de México en Saint Paul, Minnesota.....	17
2.2.1. El Instituto de los Mexicanos en el Exterior y el enfoque en servicios mediante alianzas locales.	18

2.2.2. Contexto demográfico y socioeconómico de la comunidad mexicana en Saint Paul, Minnesota.....	20
Capítulo 3. Marco Teórico.	22
3.1. El Derecho a la salud y la garantía del Estado mexicano. La salud como Derecho de los Mexicanos.	22
3.1.1. Derechos a la Salud como Derecho Humano.	23
3.1.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Salud: como derecho de los mexicanos.	25
3.1.3. Ley General de Salud y otros Ordenamientos jurídicos para garantizar la salud de los mexicanos.	26
3.2. Veinte años de vacío programático en la atención a la salud de los migrantes.	28
3.2.1. Oportunidades de atención a migrantes a raíz de la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos en julio del año 2000.	31
3.2.2. Involucramiento institucional de la Secretaría de Relaciones Exteriores en la provisión de servicios de salud a migrantes en Estados Unidos a través de las Ventanillas de Salud.	33
3.2.3. Las Ventanillas de Salud y la incorporación de la prestación de servicios.	37
3.2.4. Rendición de cuentas y sus implicaciones.....	42
Capítulo 4. Metodología.	43
4.1. Enfoque y Tipo de investigación.....	43
4.1.1. Método. Estudio de Caso Único	45
4.1.2. Enfoque. Cualitativo con técnicas de análisis documental y de gestión.....	45
4.2. Universo, Población y Muestra.....	46
4.2.1. Universo.....	46
4.2.2. Población.	46
4.2.3. Muestra.	47
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	47
4.4. Procedimiento para el Análisis de la Información.....	49
4.5. Consideraciones Éticas	49
Capítulo 5. Desarrollo	51
5.1. Casos de éxito en las Ventanillas de Salud en la red consular.	51

5.1.1. La Ventanilla de Salud ante la pandemia del COVID-19.....	51
5.1.2. La experiencia, desde la práctica, de la Ventanilla de Salud en el Consulado en Saint Paul, Minnesota.....	54
5.1.3. Las alianzas estratégicas: St. Mary's, Gobierno Local.	58
5.1.4. En el ámbito de la cooperación Internacional: la alianza del sector público y privado para el beneficio de los mexicanos.	60
5.1.5. Reconocimientos: El Othli en 2021 a la VDS.	61
5.1.6. Razones del éxito de las VDS.	62
5.1.7. Presupuesto en Saint Paul y cómo se gestiona desde el área de Comunidades.	64
Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones.	66
6.1. Conclusiones de la Investigación	66
6.2. Recomendaciones para la Gestión Consular	68
6.3. Perspectivas a Futuro de las Ventanillas de Salud	69
6.4 Reflexiones finales	72
Bibliografía	73

Introducción

En esta tesina basada en mi experiencia profesional aborde un tema de gran interés personal basada en uno de los mayores desafíos de las políticas públicas contemporáneas, que es la protección de la salud de la población migrante. En el caso de México, la creación de las Ventanillas de Salud en la red consular constituye una estrategia innovadora que permite la cooperación entre instituciones gubernamentales, organizaciones civiles y prestadores locales de servicios de salud que permiten la atención preventiva a millones de mexicanos que residen fuera del país.

El desarrollo de esta investigación surgió a partir de la experiencia profesional de la autora dentro del servicio exterior mexicano como prestadora de servicios profesionales independientes. Durante su desempeño en el Consulado de México en Saint Paul como administradora entre abril del 2021 y noviembre de 2022, participo directamente en la administración de los recursos presupuestales, la supervisión financiera y la elaboración de los reportes de rendición de cuentas relacionados con la operación de la Ventanilla de Salud. Esta participación y las posteriores tanto en el área de asuntos comunitarios en Saint Paul y en el área de Documentación del Consulado General de México en Chicago le permitieron conocer de primera mano los procesos administrativos que hacen posible la continuidad del programa, así como las dificultades que enfrenta la operación diaria.

Una de las principales inquietudes que motivo este trabajo surgió de observar y comparar en base a la experiencia profesional en dos sedes consulares con características muy distintas. A pesar de contar con una infraestructura significativamente menor y con menos recursos que otros consulados dentro de la red consular, la Ventanilla de Salud en Saint Paul mostraba un impacto particularmente significativo dentro de su circunscripción. Esta observación llevo a plantear una pregunta fundamental: ¿Qué elementos administrativos, institucionales y de coordinación permiten que este modelo alcance resultados tan relevantes?

Fue muy importante la justificación de este trabajo ya que en teoría la implementación de las Ventanillas de Salud (VDS) rompe con el esquema

tradicional de la burocracia centralizada, quise explorar a través del análisis cuales eran los elementos que permiten hacer esta declaración.

Para poder conocer y comprender el tema abordado se reviso el panorama general de los lineamientos y manuales operativos de las ventanillas y de la administración pública general, fue necesario analizar el origen de la estrategia, su evolución como política publica y los mecanismos de financiamiento que sostienen la operación, coordinación entre las instituciones participantes y los procesos de planeación y rendición de cuentas que garantizan el ejercicio de los recursos públicos. La investigación busca identificar las fortalezas del modelo y los desafíos administrativos que aun persisten, particularmente aquellos derivados de la burocracia institucional y de las diferencias normativas entre las autoridades involucradas, factores que inciden en la eficiencia operativa del programa.

Este estudio fue realizado con un enfoque cualitativo mediante el método de estudio de caso, tomando como unidad de análisis la Ventanilla de Salud del Consulado General de México en Saint Paul, Minnesota. A través del análisis documental y de la revisión de los principales instrumentos normativos y administrativos, se examina la forma en que esta estrategia ha logrado consolidarse como un mecanismo de cooperación interinstitucional para promover el acceso a servicios preventivos de salud entre la población migrante mexicana.

A través de esta tesina se pretende aportar una visión administrativa de un programa que generalmente ha sido estudiado desde la salud pública, se busca evidenciar que la eficacia de las Ventanillas de Salud no dependen únicamente de los recursos financieros asignados, sino de la capacidad institucional para construir alianzas estratégicas, coordinar actores diversos y desarrollar mecanismos de gestión y rendición de cuentas que permitan transformar los recursos disponibles en beneficios concretos para las comunidades mexicanas en el exterior.

Palabras clave: Administración Pública, políticas públicas, rendición de cuentas, alianzas estratégicas, vinculación institucional.

Capítulo 1. Fundamentos de la investigación.

1.1. Situación Problemática.

El fenómeno de la migración internacional ha transformado de manera profunda las dinámicas demográficas, económicas y sociales tanto de los países de origen como de los de destino. En el caso de México y los Estados Unidos, esta relación migratoria ha consolidado, a lo largo de décadas, una de las comunidades transnacionales más grandes del mundo. Con más de 35 millones de personas de origen mexicano residiendo en territorio estadounidense, el Estado mexicano enfrenta el desafío histórico y el imperativo político de extender sus funciones de protección y asistencia más allá de sus fronteras geográficas tradicionales.

Históricamente, la política exterior mexicana se concentró en la defensa legal y la documentación de sus connacionales a través de su red consular. Sin embargo, los cambios en el perfil de la comunidad migrante y su creciente vulnerabilidad han obligado a una redefinición de la diplomacia consular hacia un enfoque de "diplomacia social". Dentro de las carencias más apremiantes que enfrentan los migrantes mexicanos en los Estados Unidos, el acceso a la salud destaca como un problema estructural crítico. Debido a factores como el estatus migratorio irregular, el alto costo de los servicios médicos privados en EE. UU., las barreras del idioma y el desconocimiento del sistema legal estadounidense, millones de mexicanos quedan al margen de los servicios básicos de salud preventiva, recurriendo a la atención médica únicamente en casos de emergencias extremas.

Para responder a esta problemática, el Gobierno de México implementó en 2003 el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) y, de manera conjunta con la Secretaría de Salud, institucionalizó la estrategia de las Ventanillas de Salud (VDS) dentro de sus consulados. Dicho programa, resultante de la coordinación y promoción estratégica realizada directamente por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) a través del Instituto de los Mexicanos en el Exterior -nombrado oficialmente desde 2024 como Instituto de Mexicanas y Mexicanos en el Exterior-

se planteó el objetivo de garantizar el acceso a los servicios básicos preventivos de salud a las personas mexicanas radicadas en los Estados Unidos, a través del establecimiento de módulos en todas las Representaciones mexicanas en aquel país, con la colaboración constante de la ya mencionada Secretaría de Salud y de aliados (*stakeholders*) locales.

En su fase piloto en 2003 implementada en dos consulados en California, con el financiamiento de *The California Endowment* (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2016), contó con la participación de ocho agencias de salud quienes brindaron atención clínica básica en los módulos instalados en las salas de espera y otros espacios habilitados específicamente para este fin. A partir del año 2005, la SRE a través del IME comenzó una nueva etapa de coordinación y promoción de esta estrategia en la totalidad de la red consular, implementando políticas de operación destinadas no solo a garantizar la prestación de los servicios de las VDS, sino a evaluar sus resultados.

Este modelo opera bajo un esquema innovador de gestión pública: el gobierno aporta un presupuesto "semilla" y el espacio físico del consulado con lo cual se absorben gastos como renta del inmueble, pago de servicios de luz, telefonía o contratación de personal de seguridad, pero la operación clínica y preventiva, así como la contratación del personal que atenderá directamente la Ventanilla de Salud, depende de alianzas estratégicas con organizaciones locales sin fines de lucro, hospitales y departamentos de salud estadounidenses, quienes fungen como agencias líderes o agencias fiscales que están facultadas para recibir recursos en forma de donativos y realizar pagos dentro de los Estados Unidos, conforme a la legislación local (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2018).

A pesar de que este modelo multi actor ha demostrado ser un canal altamente eficiente para acercar servicios clínicos básicos y preventivos a la población abierta (como toma de glucosa, presión arterial y jornadas masivas de vacunación), su ejecución cotidiana genera una tensión administrativa compleja. Por un lado, las agencias locales operan bajo las dinámicas del sistema de salud y financiamiento

de los Estados Unidos; por el otro, el Consulado debe responder a los lineamientos presupuestarios, procesos burocráticos y sistemas de rendición de cuentas (como el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos, SICRESAL) dictados centralmente desde la Ciudad de México por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) y la Secretaría de Salud (SS).

Esta desconexión entre la rigidez normativa centralizada en México y la necesidad de flexibilidad operativa en el exterior genera cuellos de botella administrativos. Elementos como el retraso sistemático en la radicación de los recursos públicos federales los cuales suelen llegar a las sedes consulares hasta el último tramo del año fiscal generan incertidumbre financiera en los socios locales, poniendo en riesgo la continuidad de programas exitosos y el fortalecimiento de las alianzas estratégicas en las regiones de destino.

Por lo tanto, la situación problemática no radica en la pertinencia social de la atención médica a los migrantes, la cual está plenamente justificada, sino en las limitaciones de la arquitectura administrativa y presupuestal del Estado mexicano para gestionar eficientemente una política pública transnacional en coparticipación con actores internacionales privados y locales.

1.2. Planteamiento del Problema.

La migración tiene un impacto creciente para la sociedad mexicana, al grado que, de acuerdo con el Seminario titulado “La información estadística de la población mexicana en el exterior” llevado a cabo por Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) más de once millones de personas nacidas en territorio mexicano de primera generación residen fuera de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2023). Tomando en cuenta a sus descendientes, considerados también como mexicanos por nacimiento por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para 2024, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda, son más de treinta millones de connacionales más allá de las fronteras comparados con los

ciento veintiséis millones que viven en territorio nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022).

Por lo tanto, es necesario trabajar para su empoderamiento y el gobierno de México tiene un interés real en que la población migrante obtenga un acceso más amplio a los servicios indispensables, como es el caso del cuidado y prevención de la salud.

A la luz de la experiencia profesional propia, con la función de gestionar desde 2021 los recursos que hacen posible la operación de la Ventanilla de Salud en Saint Paul, Minnesota, y su respectiva rendición de cuentas, la presente investigación se centra en el diseño de actividades, la guía institucional y la óptima administración de recursos para conseguir la mejor relación costo-beneficio y el mayor impacto de los resultados en favor de los migrantes mexicanos, sobre la base de las experiencias documentadas con propuestas de mejora hacia el futuro.

1.2.1. Pregunta General.

¿Cómo se articulan los mecanismos de planeación y rendición de cuentas en los servicios consulares para mexicanos en el exterior específicamente en el caso de la Ventanilla de Salud de Saint Paul, Minnesota, y de qué manera inciden en la eficiencia de su gestión institucional?

1.2.2. Preguntas Específicas.

¿Cuáles son las principales limitantes presupuestarias y burocráticas que enfrenta la radicación de recursos públicos federales desde la administración central en México hacia la Ventanilla de Salud de Saint Paul?

¿Cómo se estructuran y coordinan las alianzas público-privadas entre la sede consular y la clínica *St. Mary's Health Clinics*, que opera como agencia fiscal, para maximizar los recursos e incorporar fondos privados como el de la Fundación Cargill?

¿Qué deficiencias administrativas presenta el Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de los Mexicanos en Estados Unidos (SICRESAL) en términos de carga de trabajo operativa para el personal y protección de datos personales de los usuarios?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General.

La presente investigación se plantea como objetivo central analizar los mecanismos de planeación operativa y rendición de cuentas en los servicios consulares de salud, tomando como caso de estudio la Ventanilla de Salud de Saint Paul, Minnesota, que comenzó a operar dentro del Consulado de México en esa ciudad desde 2008. Se busca determinar si la gestión de alianzas locales y la fiscalización de recursos permiten que el esfuerzo del Estado mexicano por acercar el derecho a la salud se traduzca en un impacto real y medible para la comunidad migrante, permitiendo así validar las conclusiones sobre la eficiencia de este modelo de diplomacia social.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los datos y condiciones objetivas que sustentan el nivel de importancia para México y para Estados Unidos de la comunidad inmigrante residente en la circunscripción del Consulado de México en Saint Paul, que opera principalmente en el estado de Minnesota, pero su área de acción incluye también a los estados de Dakota del Norte, Dakota del Sur y la región oeste de Wisconsin.
- Hacer un análisis a partir de la investigación de campo sobre los servicios comunitarios que demanda la población mexicana asentada en la circunscripción del Consulado de México en Saint Paul para la atención inmediata de sus necesidades de salud y con un enfoque hacia una

adecuada protección de las familias mexicanas con énfasis en el ramo de salud.

- Elaborar un planteamiento para la mejora continua del proyecto de la Ventanilla de Salud desde el punto de vista gerencial de los recursos, como pilar en las ciencias administrativas.

1.4. Justificación.

La presente investigación se justifica de manera primordial desde una perspectiva teórico-práctica en el ámbito de la Administración Pública y la Ciencia Política, debido a que aborda la ejecución de políticas sociales transnacionales bajo un esquema moderno de gobernanza multi-actor y cofinanciamiento internacional. El estudio de las Ventanillas de Salud (VDS) rompe con el esquema tradicional de la burocracia centralizada, al analizar cómo el Estado mexicano implementa un programa de diplomacia social en un territorio extranjero, operando mediante alianzas estratégicas con actores locales no gubernamentales de los Estados Unidos, tales como clínicas comunitarias, fundaciones privadas y universidades.

En el plano metodológico e institucional, la investigación se fundamenta de manera particular en el análisis del caso específico de la Ventanilla de Salud en el Consulado de México en Saint Paul, Minnesota. Esta sede ha sido galardonada e identificada formalmente dentro de la red consular como un "Modelo de Excelencia", lo que convierte a este estudio en una herramienta de alto valor administrativo para la detección de mejores prácticas de planeación operativa y optimización de recursos que puedan ser transferibles y replicables en las otras representaciones de México en el exterior.

Finalmente, desde el punto de vista social y presupuestal, el trabajo cobra una relevancia crítica al visibilizar las tensiones normativas y operativas, tales como la radicación tardía de fondos federales y las limitantes de fiscalización del sistema SICRESAL que desgastan la relación con las agencias fiscales estadounidenses. Proveer una evaluación académica fundamentada sobre estos obstáculos ofrece

elementos analíticos rigurosos para proponer una reingeniería administrativa que dote de mayor certidumbre y autonomía a los consulados. Esto permitirá optimizar la inversión del erario en favor de una de las poblaciones más vulnerables y estratégicas para el desarrollo de nuestro país: las comunidades migrantes mexicanas.

1.5. Las Hipótesis.

1.5.1. Hipótesis General.

Las Ventanillas de Salud son un ejemplo de eficiencia y eficacia en la administración, planeación, ejecución y rendición de cuentas de los recursos consulares que garantizan el acceso al derecho fundamental de la salud a los connacionales que residen fuera de México. El caso de la Ventanilla de Salud del Consulado de México en Saint Paul resulta un modelo a seguir para la red consular dadas sus características en la ejecución de sus labores; sin embargo, su viabilidad operativa y su óptima rendición de cuentas dependen de la flexibilidad de sus alianzas estratégicas locales para mitigar la rigidez de la centralización presupuestal mexicana.

1.5.2. Hipótesis Específicas.

- El alto volumen demográfico y las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica de la comunidad migrante en la circunscripción de Saint Paul justifican de manera objetiva una planeación administrativa focalizada y una mayor asignación de recursos presupuestales en materia de salud preventiva.
- La alianza estratégica e institucional con agencias de salud locales, como *St. Mary's Health Clinics*, funciona como un mecanismo de coinversión que optimiza la relación costo-beneficio, permitiendo subsanar los

retrasos e insuficiencias del financiamiento público proveniente de México.

- La implementación de un modelo de gerencia pública basado en la reingeniería de los procesos de fiscalización y en la flexibilización del sistema SICRESAL incrementará el impacto del programa y garantizará esquemas de rendición de cuentas más transparentes y eficientes.

Capítulo 2. Contexto.

2.1. Las comunidades migrantes mexicanas en los Estados Unidos y su importancia para México.

Una diversa serie de datos demográficos, económicos, políticos y sociales disponibles ilustran la enorme importancia que los migrantes mexicanos revisten tanto para sus comunidades de destino, como para sus regiones de origen y para México en su conjunto. Para este trabajo, resulta necesario describir brevemente los elementos más significativos

2.1.1. Peso demográfico de las comunidades mexicanas migrantes.

En 2020, la Oficina del Censo en Estados Unidos recabó información sobre 35.8 millones de personas que se identificaron como mexicanas o de origen mexicano en el censo de población que tiene lugar cada diez años. Para poner la cifra en perspectiva, es una población que creció respecto a los 31.8 millones del Censo de 2010. Uno de cada diez habitantes de Estados Unidos en 2020 señaló en dicho Censo ser mexicano o de origen mexicano. La importancia de las comunidades mexicanas y de origen mexicano se incrementa al considerarla en el contexto de la totalidad de la comunidad hispana radicada en Estados Unidos, que en 2020 ascendió a 57.7 millones de personas, es decir, del total de latinos migrantes el 62% son mexicanos (U.S. Census Bureau, 2021).

En una visión comparativa, el Censo de Población y Vivienda realizado en todos los hogares en México por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2020 indicó que en el territorio nacional habitan 126 millones de personas. Es decir, el número de personas que se identificaron como mexicanas en Estados Unidos fue casi el 30% en comparación con la cifra de mexicanos que residen en territorio nacional. Esto implica que, en términos estrictamente numéricos, incluso si una acción o programa gubernamental en cualquier rubro lograra tener cobertura total en México, todavía restaría la pregunta de cómo incluir a uno de cada cuatro mexicanos a la luz del peso demográfico de quienes residen fuera y se ven a sí mismos como mexicanos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020).

Asimismo, si se adopta la más acotada de las definiciones respecto de los mexicanos que han emigrado, es decir la cifra de personas nacidas en México y que viven con documentos migratorios o sin ellos en Estados Unidos, el *American Community Survey* estimó que se trata de 10.6 millones de personas, por cierto, un decremento de prácticamente un millón en comparación con las 11.7 millones de ciudadanos mexicanos nacidos en el país que habitaban en territorio estadounidense en 2010 (Azari, S., Jenkins, V., Hahn J. y Medina L., 2024).

2.1.2. El impacto económico en Estados Unidos de la comunidad migrante.

En sus comunidades de destino, la población migrante mexicana tiene un claro impacto favorable, debido a que su tasa de participación en la fuerza laboral, calculada por el *Migration Policy Institute* (MPI, por sus siglas en inglés) en 2022, lo coloca por encima del 68%, es decir, cinco puntos por encima de la tasa de 63% que se registra entre la población estadounidense en general. Por ello no es sorprendente que la entidad de mayor concentración de migrantes mexicanos, que es el estado de California, donde 25% de sus 39 millones de habitantes son de raíces mexicanas, constituya la mayor economía en lo individual en Estados Unidos y, de hecho, se estime en 2024 que, de considerar a California como una economía por sí, estaría ocupando el quinto sitio entre las mayores en el planeta (Migration Policy Institute, 2024).

De hecho, no solamente el estado de California por sí misma equivale a la quinta economía mundial, sino que la Universidad de California en Los Ángeles ha calculado que para 2024 el producto agregado de la población hispana en Estados Unidos superó los \$3.7 billones de dólares (US 3.7 Trillion), lo que de la misma manera les posiciona como la quinta mayor economía en el globo (Universidad de California en Los Ángeles, 2024). Además, el centro de investigación *The New America Economy* (NAE, por sus siglas en inglés) ha calculado que, en 2019, la población hispana en su conjunto en Estados Unidos devengó más de \$1.2 billones de dólares (US 1.2 Trillion) en sueldos y salarios. En materia fiscal, este segmento de la población había pagado más de \$300,000 millones de dólares en impuestos federales al Servicio de Impuestos Internos de Estados Unidos (American Immigration Council, 2021).

2.1.3. Importancia económica de los migrantes mexicanos hacia sus regiones de origen y el país en su conjunto.

La vinculación de corto y largo plazo de la población mexicana que se ha asentado temporal o definitivamente en Estados Unidos hacia sus regiones de origen y hacia el conjunto de la economía nacional tiene múltiples facetas, incluyendo comercio de nostalgia, inversión en bienestar y turismo. Sin embargo, uno de los elementos que tiene el mayor impacto y relevancia en el poder adquisitivo mismo de millones de hogares se encuentra en las remesas.

Según cálculos del Banco de México, el flujo de remesas provenientes de los trabajadores en Estados Unidos hacia sus destinatarios en México casi se duplicó en cinco años, al pasar de \$ 30,000 millones de dólares en 2018 a \$ 63,000 millones de dólares al cierre de 2023.

El Banco de México estima que hogares en las 32 entidades federativas que integran el territorio nacional recibieron remesas en 2023. Los estados de Guanajuato y Michoacán fueron los principales receptores de los flujos monetarios, con montos de \$ 5,414 millones de dólares y \$ 5,409 millones de dólares

respectivamente. Para poner esa cifra en perspectiva, y partiendo de la base de que, por ejemplo, en el caso de Michoacán la población en el estado durante 2023 era de 4.7 millones de personas, la distribución de las remesas entre esta población superaría los \$ 1,150 dólares por persona (Banco de México, 2024).

A nivel agregado para todo el país, el monto estimado de remesas calculado por el Banco de México para 2023, es decir, los \$63,000 millones de dólares que recibieron los hogares en todo el territorio nacional, superaron, al convertirlos en pesos mexicanos por el tipo de cambio vigente en ese momento, al total de la masa salarial pagada por empleos formales registrados ante el Instituto Mexicano del Seguro Social. Es decir, los hogares en todo el país recibieron en forma agregada más dinero por remesas que por nóminas.

El potencial económico de la comunidad mexicana en el exterior va más allá del enorme flujo de remesas pues, aunque representan un traspaso financiero de más de 67 mil millones de dólares al año que reciben las familias en México, son solo una fracción de la enorme actividad económica que generan las comunidades de asentamiento (Banco Mundial, 2023).

2.2. La atención institucional a las comunidades mexicanas en el exterior y la experiencia de la Ventanilla de Salud en el Consulado de México en Saint Paul, Minnesota.

Ante la indudable relevancia que las comunidades migrantes asentadas en los Estados Unidos tienen para diversos aspectos de la vida en nuestro país, la transición democrática en México llevó al gobierno a emprender medidas para visibilizar y atender a los migrantes desde las instituciones federales, ya no como una opción, sino como un deber político, con lo cual se decidió introducir un instrumento institucional que facilitara la implementación de acciones coordinadas a través del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior. De esta manera, el 16 de abril de 2003 se publicó el Decreto por el que se crea el

Instituto de los Mexicanos en el Exterior (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2003).

2.2.1. El Instituto de los Mexicanos en el Exterior y el enfoque en servicios mediante alianzas locales.

De acuerdo con su decreto de creación, el Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME) fue establecido como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores con el objeto de promover estrategias, integrar programas, recoger propuestas y recomendaciones de las comunidades, sus miembros, sus organizaciones y órganos consultivos, tendientes a elevar el nivel de vida de las comunidades mexicanas en el extranjero, así como ejecutar las directrices que emanen del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior.

Las atribuciones del nuevo órgano desconcentrado se puntualizaron en el artículo 3 del decreto de creación y dos de ellas son de especial interés para el tema de esta investigación, las cuales dan sustento a un enfoque de apoyo y servicios concretos:

“IV. Establecer una adecuada coordinación con los gobiernos, instituciones y organizaciones de los estados y municipios en materia de prevención, atención y apoyo a las comunidades mexicanas en el exterior y en otros temas afines y complementarios; [...]

VII. Recabar y sistematizar las propuestas y recomendaciones, tendientes a mejorar el desarrollo social de las comunidades mexicanas en el exterior, que formulen órganos consultivos constituidos por representantes de dichas comunidades”.

Resulta relevante que, a pesar de tratarse de un órgano administrativo desconcentrado de la cancillería, el artículo 4 del decreto de creación depositó en el presidente de la República la facultad indelegable de nombrar al director, actuando a propuesta del secretario de Relaciones Exteriores.

El mandato que atribuyó al Instituto de los Mexicanos en el Exterior la responsabilidad de asegurar la ejecución de acciones y prestación de servicios a la comunidad migrante más allá de las fronteras del país se desprende de tres de las funciones encomendadas al director por el artículo 5 del decreto de creación:

III. Coordinar acciones a favor de las comunidades mexicanas en el exterior, a través de la red diplomática y consular del Gobierno de México; [...]

VII. Coordinar y promover las acciones institucionales en aquellos ámbitos que impulsen el fortalecimiento y desarrollo de comunidades en el exterior en coordinación con las dependencias del Ejecutivo Federal; [...]

X. Colaborar y participar en los distintos programas del Gobierno Federal a favor de las comunidades mexicanas en el extranjero.

A pesar de que el establecimiento del Instituto de los Mexicanos en el Exterior fue probablemente un paso en la dirección correcta, no pueden dejarse de lado tres oportunidades no aprovechadas al momento de formularse el decreto de creación:

1. Ausencia de personalidad jurídica propia: Al carecer de ella, la representación legal e institucional sigue residiendo centralizadamente en la figura del secretario de Relaciones Exteriores o sus subsecretarios, restándole agilidad operativa al Instituto.
2. Falta de patrimonio propio: El instituto no cuenta con activos independientes ni fondos autónomos; depende exclusivamente de las asignaciones presupuestales que la SRE determine dentro de su propio techo financiero, lo que limita la gestión directa de sus programas.
3. Restricción de recursos humanos y materiales: El artículo segundo transitorio determinó que el IME absorbería la estructura preexistente de la Dirección General de Comunidades Mexicanas en el Exterior y Enlace Estatal. Esto significó que heredó limitaciones de personal y vicios operativos previos, sin una expansión presupuestal real para sus nuevas tareas transnacionales, quedando bajo la desconcentración

administrativa formalizada en la reforma al Reglamento Interior de la SRE el 26 de agosto de 2004 (Diario Oficial de la Federación, 2004).

2.2.2. Contexto demográfico y socioeconómico de la comunidad mexicana en Saint Paul, Minnesota.

Para comprender la relevancia de la Ventanilla de Salud, objeto de este estudio, es indispensable analizar las dinámicas particulares de la comunidad migrante en la región del Medio Oeste de los Estados Unidos. La circunscripción oficial del Consulado de México en Saint Paul abarca un extenso territorio que comprende la totalidad de los estados de Minnesota, Dakota del Norte, Dakota del Sur y veintidós condados del oeste de Wisconsin. Esta delimitación geográfica implica un reto de gestión mayúsculo debido a la dispersión de la población en entornos tanto urbanos como marcadamente rurales.

Históricamente, la población de origen mexicano en Minnesota ha registrado un crecimiento sostenido. De acuerdo con estimaciones recientes de la Oficina del Censo de los Estados Unidos y perfiles demográficos comunitarios, los hispanos representan aproximadamente el 6% de la población total del estado, consolidándose como la minoría étnica de más rápido crecimiento. Dentro de este grupo, las personas de origen mexicano constituyen la gran mayoría, superando el 70% del total de la población latina en la entidad. Geográficamente, la mayor concentración de la comunidad se localiza en el área metropolitana conocida como las "Ciudades Gemelas" (Minneapolis y Saint Paul), particularmente en vecindarios históricos como el *West Side* de Saint Paul, así como en ciudades agrícolas e industriales del interior del estado como Willmar, Worthington y Austin (Minnesota Council on Latino Affairs, 2023).

En el plano socioeconómico, la comunidad mexicana en esta región se inserta de manera estratégica en el mercado laboral local, con una participación muy destacada en los sectores de la agricultura, el procesamiento de alimentos, la

construcción, la manufactura ligera y los servicios de hotelería y limpieza. Sin embargo, a pesar de su vital contribución económica a la región, esta población enfrenta severas barreras estructurales que limitan su desarrollo social y bienestar. Entre los principales factores de vulnerabilidad se encuentran:

Estatus migratorio e idioma: Un porcentaje significativo de la comunidad carece de una situación migratoria regular o se encuentra en esquemas de empleo informal, lo que se suma a las barreras lingüísticas por el dominio limitado del idioma inglés.

Falta de cobertura médica: A diferencia de otros estados con políticas de salud más laxas, en esta región los migrantes indocumentados carecen de acceso a los seguros médicos públicos regulados por el gobierno estadounidense (como *Medicaid* o *Medicare*), y los empleos a los que acceden rara vez ofrecen un esquema de seguro privado.

Aislamiento geográfico y climático: En las zonas rurales de Dakota del Norte, Dakota del Sur y el norte de Minnesota, los trabajadores agrícolas viven en condiciones de aislamiento geográfico extremo, agravado por las severas condiciones climáticas invernales del Medio Oeste, lo que imposibilita el traslado a centros de salud tradicionales.

Es precisamente este panorama de desprotección institucional y barreras de acceso lo que justifica plenamente la existencia y operación de la Ventanilla de Salud en el Consulado de Saint Paul desde febrero de 2008, funcionando como uno de los únicos puentes seguros y gratuitos entre la población migrante en condiciones de vulnerabilidad y los servicios de salud preventiva locales.

Capítulo 3. Marco Teórico.

3.1. El Derecho a la salud y la garantía del Estado mexicano. La salud como Derecho de los Mexicanos.

En la actualidad, en 51 consulados de México en Estados Unidos (en total son 53 consulados mexicanos en el territorio de los Estados Unidos, dos de reciente creación en 2023) opera de modo institucional un módulo para dar orientación preventiva, asesoría en atención en salud y diversos servicios básicos a la comunidad migrante mexicana, conocido como Ventanilla de Salud (VDS).

Según información de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Relaciones Exteriores, tales servicios atienden una significativa demanda, como ilustran las cifras anuales de 2022, de acuerdo con las cuales en un periodo de 12 meses más de 1.3 millones de personas recibieron un total de 7 millones de servicios en las Ventanillas de Salud (Gobierno de México, 2022).

A continuación, se muestra el mapa de la presencia de los consulados mexicanos en los que se encuentran los servicios de la Ventanilla de Salud. Como se puede apreciar, por sí misma es una red muy amplia que cubre, en buena medida la mayor parte del territorio estadounidense, lo que abre la puerta a la atención de una importante población de mexicanos.

Map of the United States showing the locations of Ventanillas de Salud (Health Booths) and Ventanillas de Salud Móvil (Mobile Health Booths). The map includes state names and city names. A legend indicates that blue icons represent Ventanillas de Salud and red star icons represent Ventanillas de Salud Móvil. Arrows point to specific locations in California, Arizona, and Texas.

Ventanilla de Salud.

Las Ventanillas de Salud pueden ser un recurso valioso para que los 11 millones de nacionales de México que se calcula viven en Estados Unidos, y especialmente los 5 millones de indocumentados, cuenten con información y servicios esenciales. Con objeto de analizar su administración y gestión, resulta necesario enmarcarlas en un contexto que permita hacer realidad el derecho a la salud de los mexicanos, es decir, tanto la acción consular de empoderamiento de las comunidades asentadas en el exterior como el proyecto de cooperación interinstitucional que en cada uno de los 51 consulados se entabla con aliados locales y que responde a las circunstancias propias de la relación diplomática, como de la normatividad y los recursos de cada lugar.

De acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2019), el derecho humano a la salud para los migrantes se basa en el principio de que toda persona, independientemente de su estatus migratorio, tiene derecho al acceso en

igualdad de oportunidades para recibir atención médica sin discriminación, incluyendo atención integral para salud física y mental, así como tratamientos e información preventiva.

Los programas de promoción de la salud son esenciales para promover el bienestar y la dignidad humana de los migrantes, es decir sin acceso a atención médica adecuada, la calidad de vida se ve gravemente afectada en especial para aprovechar oportunidades que nos permiten desarrollarnos plenamente en la sociedad. Esta es una de las razones por las que diversas asociaciones buscan formar parte de acciones como la VDS.

Dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se reconoce que, gozar del nivel más alto de salud física y mental es el derecho de todos, así como el derecho a la vida y la educación, ya que está relacionado a que, sin salud, todo en nuestra vida se puede ver comprometida (Organización de las Naciones Unidas, 1948).

Para el buen funcionamiento de la sociedad como individuos y como comunidad, los Estados procuran garantizar el acceso a servicios de salud y crear condiciones que promuevan el bienestar de todos y todas las personas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un enfoque de salud basado en los derechos humanos compromete a los países a desarrollar unos sistemas de salud que sean respetuosos con los derechos humanos, eficaces, incorporen la perspectiva de género, estén integrados y puedan rendir cuentas y, a la vez, a poner en marcha otras medidas de salud pública que mejoren los factores que influyen en la salud, como el acceso al agua y al saneamiento (Organización de las Naciones Unidas, 2000). Asimismo, esta misma organización señala que el derecho a la salud incluye cuatro elementos esenciales y que están interrelacionados: 1) la disponibilidad, 2) la accesibilidad, 3) la aceptabilidad, y; 4) la calidad.

Si bien, esta investigación no busca dar mayor énfasis al enfoque de la salud desde una perspectiva del derecho internacional, sí considera la atención de sus principios básicos como se han señalado anteriormente, para que los servicios de la VDS cuenten y se guíen con los estándares internacionales indispensables para su gestión (Organización de las Naciones Unidas, 2000).

3.1.2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Salud: como derecho de los mexicanos.

El Derecho a la Salud es un derecho social que el Estado mexicano garantiza mediante políticas de prevención y protección, para lo cual se requiere una planeación que etiqueta recursos específicos en el erario federal. Por este motivo, en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2023, se otorgaron \$209,616 millones de pesos al sector salud (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2022).

Históricamente, el derecho a la protección de la salud fue añadido al artículo 4º constitucional en 1983 (Diario Oficial de la Federación, 1983):

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”

Dentro de la Constitución de 1917 el derecho a la Salud estaba asociado únicamente a una prestación de seguridad de la clase trabajadora, no como derecho para todos los mexicanos.

Este mandato constitucional es el cimiento de la planeación que permite al Estado mexicano extender sus servicios de salud más allá de sus fronteras geográficas.

3.1.3. Ley General de Salud y otros Ordenamientos jurídicos para garantizar la salud de los mexicanos.

En complemento a la reforma constitucional de 1983, el ordenamiento jurídico que le da sustento a la garantía del derecho a la salud fue la generación de una legislación en la materia. Fue necesario hacer explícito el mandato de las instituciones para hacer efectivo a la población el derecho a la protección en salud, para lo que se requirió la publicación en el Diario Oficial de la Federación de la ley reglamentaria del artículo 4 constitucional, bajo la creación de la Ley General de Salud (LGS).

La complejidad del derecho a la salud como aspiración y garantía, en principio exigible por los mexicanos a sus autoridades, se reflejó en el proceso mismo de elaboración de la Ley, que tomó prácticamente un año a partir de la modificación a la Carta Magna y finalmente fue publicada el 7 de febrero de 1984.

En su condición de nueva Ley, como lo aclara su decreto de publicación, la Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 1984) enunció su propósito general en el artículo 1º como sigue:

“La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, distribuye competencias y establece los casos de concurrencia entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Dentro de las finalidades del derecho a la protección de la salud que fueron enumeradas en el artículo 2 de la Ley, en su versión original destacan las finalidades I, II y V:

I.- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; [...]

V.- “El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población”.

Por su parte, es relevante hacer notar que el catálogo de rubros que son materia de salubridad general, en el planteamiento original de la LGS en 1984, abarcó un extenso universo de 27 temas, desde “la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud” y “la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables”, hasta “el programa contra la farmacodependencia” y “la sanidad internacional” (Diario Oficial de la Federación, 1984).

Finalmente, la LGS asignó competencias en su artículo 4 como autoridades sanitarias al Presidente de la República; el Consejo de Salubridad General; la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el entonces Departamento del Distrito Federal, actualmente Gobierno de la Ciudad de México; y estableció en su artículo 5 el Sistema Nacional de Salud, constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones con objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

En este orden de ideas, debido a que la atención integral a la salud requiere de la interacción de usuarios, autoridades y prestadores de servicios, el artículo 7 de la Ley General de Salud otorgó un mandato al Sistema Nacional de Salud como el canal para hacer efectiva a la población la protección de la salud, teniendo como institución coordinadora a la Secretaría de Salud federal.

3.2. Veinte años de vacío programático en la atención a la salud de los migrantes.

A pesar de las largas décadas de tradición migratoria de México entre inicios del siglo XX y los años ochenta, la Ley General de Salud pasó por alto definir las modalidades para ofrecer a migrantes mexicanos el cumplimiento del derecho a protección de la salud. Aunque no se cuenten con cifras exactas al respecto, el fenómeno migratorio de mexicanos hacia los Estados Unidos no era tan representativo como lo fue a inicios del Siglo XXI. En principio, el liderazgo programático y la etiquetación de recursos presupuestales podría haber sido un rol de la Secretaría de Salud Federal, posiblemente sobre la base de que el artículo 3 de la Ley General de Salud mandataba atender la “sanidad internacional”.

La demanda real de la población migrante por ejercer su derecho a la salud llevó a que el 23 de abril de 1990, los líderes de la principal organización campesina en California, la *United Farm Workers* (UFW, por sus siglas en inglés), sostuvieran un encuentro con el entonces Presidente de México, Carlos Salinas de Gortari, en la Ciudad de Los Ángeles, durante la cual el Titular del Poder Ejecutivo Federal comprometió atención a la salud de 100 mil trabajadores mexicanos que laboraban en Estados Unidos (Ramos, G., 1990).

Al parecer, el compromiso presidencial se limitó al ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el cual cumple un papel importante en atender a sus derechohabientes en territorio nacional, pero carece de alguna articulación más allá de la frontera para servir a las comunidades residentes fuera del país.

Por su parte, la Secretaría de Salud omitió asignar recursos durante la década precedente a la promesa del presidente de la República a los migrantes, y siguió siendo omisa por diez años más, tras la declarada intención de brindar atención a la salud a ese grupo vulnerable.

Una alternativa lógica para atender a la población mexicana residente en el exterior y cumplir la palabra presidencial habría sido la Secretaría de Relaciones Exteriores, aprovechando la operación de oficinas consulares permanentes en diversas ciudades de los Estados Unidos. De hecho, luego del anuncio efectuado por el presidente de la República en Los Ángeles, se estableció dentro de la Cancillería una oficina con nivel de Dirección General para las Comunidades en el Extranjero. No obstante, el Reglamento Interior de la SRE, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de marzo de 1993, fue cuidadosamente omiso en asignarle tareas explícitas en materia de atención de la salud de los migrantes (Diario Oficial de la Federación, 1993). Como se observa en los artículos 4 y 15 de dicho Reglamento, las facultades de la Dirección General para las Comunidades Mexicanas en el Extranjero se centraban en la imagen, cultura y vínculos sociales, pero no existía un mandato ni recursos destinados a la salud, consolidando así un periodo de vacío institucional:

“ARTICULO 4o.- Para el estudio, planeación y despacho de los asuntos que le competen, la Secretaría de Relaciones Exteriores contará con las siguientes unidades administrativas:

SUBSECRETARIA "A"

SUBSECRETARIA "B"

SUBSECRETARIA "C"

OFICIALIA MAYOR

CONSULTORIA JURIDICA

DIRECCIONES EN JEFE

DIRECCIONES GENERALES

Para América del Norte

Para América Latina y el Caribe

Para Europa

Para el Pacífico

Para Asia y África

De Fronteras

De Asuntos Consulares

Para las Comunidades Mexicanas en el Extranjero”

[...]“ARTICULO 15o.- Corresponde a la Dirección General para las Comunidades Mexicanas en el Extranjero:

I. Apoyar la formación de organizaciones que integren a las comunidades mexicanas en el extranjero para aumentar su representatividad y mejorar la comunicación con las autoridades de los lugares donde residen, así como con organizaciones y dependencias de México;

II. Mejorar la imagen de las comunidades mexicanas en el extranjero, mediante la difusión adecuada de sus logros, y del conocimiento y respeto de sus propias manifestaciones culturales.

III. Propiciar ante las comunidades mexicanas en el extranjero un conocimiento preciso y permanente de la realidad mexicana;

IV. Mejorar los vínculos entre grupos mexicanos y las comunidades mexicanas en el extranjero, en los campos de: promoción de negocios, turismo, cultura, educación, deportes, actividades cívicas y sociales;

V. Intervenir, de manera concertada con otras dependencias, en la negociación, ejecución y supervisión de programas con las comunidades mexicanas en el extranjero;

VI. Informar a otras dependencias de la administración pública y unidades administrativas de la Secretaría sobre los asuntos de interés específico que se encuentran en proceso ante los órganos de su competencia;

VII. Formular, en la esfera de su competencia, sugerencias, iniciativas, estudios y recomendaciones para coadyuvar al desarrollo de la política exterior;

VIII. Proponer, preparar y coordinar la publicación del material informativo sobre el desarrollo de los programas con las comunidades mexicanas en el extranjero;

IX. Asegurar la coordinación y el enlace entre la Secretaría y otras dependencias y entidades, en asuntos de la competencia de la propia Dirección”.

Como se aprecia, el mandato respecto a la salud no fue explícito, y mucho menos hace referencia a algún recurso destinado para ello, situación que sería abordada hasta años adelante.

3.2.1. Oportunidades de atención a migrantes a raíz de la creación de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos en julio del año 2000.

A fines de los años noventa, al menos tres factores se sumaron para dar mayor visibilidad al tema de la salud de la población migrante mexicana en Estados Unidos: 1) la expansión de los negocios internacionales favorecidos por nuevos flujos de comercio e inversión en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que había entrado en vigor el 1 de enero de 1994, entre México, los Estados Unidos y Canadá; 2) la expansión de los esquemas de apoyo financiero a programas de salud pública en los estados, como fue el caso de *California Healthy Families* que por cada dólar proveniente del erario estatal empezó a recibir dos dólares del Gobierno federal estadounidense al amparo del *State Children Health Insurance Program*, edificado por el Presidente Bill Clinton en 1997; y, 3) la necesidad de atender con algún proyecto novedoso en el cierre de la Administración 1994-2000 ante el compromiso político de los Presidentes Ernesto Zedillo y William Clinton en su Declaración Conjunta de Migración del 6 de mayo de 1997 (The American Presidency Project, 1998)

La oportunidad más valiosa al alcance de la Secretaría de Salud de superar dos décadas de inmovilidad en materia de servicios de salud para la numerosa población mexicana en Estados Unidos y de asegurar financiamiento etiquetable a la salud más allá de nuestras fronteras se presentó con la negociación y firma del Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, documento suscrito en Washington, D. C. el 14 de julio de 2000 y el 24 de julio de 2000 en la Ciudad de México (Comisión de Salud Fronteriza, 2000).

Los secretarios de salud a nivel federal de Estados Unidos y de México, se obligaron por el nuevo Acuerdo a poner en marcha la Comisión de Salud Fronteriza con cuatro funciones específicas indicadas en el artículo 3:

- 1) Realizar diagnósticos sobre las necesidades de salud pública en el área fronteriza México-Estados Unidos, así como realizar o apoyar investigaciones o estudios diseñados para identificar y monitorear problemas de salud;
- 2) Proveer apoyo financiero, técnico y administrativo para asistir los esfuerzos de entidades públicas y privadas no lucrativas para prevenir y resolver problemas de salud;
- 3) Realizar o apoyar las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el área fronteriza México-Estados Unidos; y
- 4) Realizar o apoyar el establecimiento de un sistema amplio y coordinado, utilizando tecnologías de vanguardia, en la medida de lo posible, para reunir la información relacionada con salud y para monitorear los problemas de salud en el área fronteriza México-Estados Unidos.

El aspecto clave de los recursos monetarios para la Comisión de Salud Fronteriza se define en el artículo 7:

1. Las actividades de la Comisión deberán estar sujetas a la disponibilidad de recursos y fondos provistos por las Partes.
2. Las actividades de la Comisión podrán ser financiadas conjuntamente por las Partes o solamente por cada una de ellas.

Tomando en consideración las décadas de participación de la Secretaría de Salud del Gobierno de México en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y la existencia institucional de un canal interno para honrar los compromisos con contrapartes externas como es la Dirección General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, las cuotas del erario federal a la nueva Comisión pudieron empezar a gestionarse a partir del 2001 en la partida 49201 Cuotas y aportaciones a organismos internacionales (Diario oficial de la Federación, 2000).

De acuerdo con el Informe Anual 2003 de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, en ese año fiscal, el Gobierno mexicano aportó \$ 906,000 dólares, mientras que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos facilitó \$ 3.4 millones de dólares. Gracias a aportaciones provenientes de terceras fuentes, en ese año fiscal la Comisión reportó disponer de \$5.9 millones de dólares para atender sus funciones y emprender proyectos que atendieran a su objeto de creación (Comisión de Salud Fronteriza, 2003). Lo anterior representó un gran reto para ambos países, sin embargo, se rescata el compromiso de ambos para establecer el mecanismo.

3.2.2. Involucramiento institucional de la Secretaría de Relaciones Exteriores en la provisión de servicios de salud a migrantes en Estados Unidos a través de las Ventanillas de Salud.

Dar continuidad a los compromisos entablados por la Administración Federal 1994-2000 y honrar las obligaciones en cuanto a cuotas binacionales a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos fue de gran ayuda al nuevo Gobierno Federal 2000-2006 e hizo posible la inserción de la Secretaría de Salud federal en

los nuevos esquemas puestos en práctica desde el año 2002, en apoyo a las comunidades mexicanas más allá de las fronteras.

La primera iniciativa a nivel presidencial destinada a la población migrante fue la creación del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior, mediante el Acuerdo del Ejecutivo Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación (2002).

Las dos consideraciones centrales del texto legal hicieron referencia a que el gobierno de la República asigna una alta prioridad a la atención de los mexicanos que residen en el extranjero y considera una misión esencial coadyuvar a su mejor desarrollo social en el país donde radiquen, así como al cálculo de que existe una población de mexicanos de primera generación que reside en el extranjero, que se calculaba superior a los 8.5 millones de personas y que es, a su vez, parte de una población de origen mexicano superior a los 20 millones de personas.

La naturaleza del Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior y su objeto de creación se hicieron explícitos en el artículo 1: “Una Comisión Intersecretarial de carácter permanente, que tendrá por objeto proponer y coadyuvar en la promoción de las políticas y acciones de gobierno encaminadas a la atención de las demandas de las comunidades mexicanas que radican fuera del país”.

Adicionalmente, el artículo 2 plasmó las principales atribuciones del nuevo ente interinstitucional: “Elaborar y presentar las políticas nacionales en la materia, así como proponer su incorporación en los programas de las dependencias que la integran”, así como “impulsar entre sus integrantes la adopción de acciones que contribuyan a elevar el nivel y la calidad de vida de las comunidades mexicanas que radican fuera del país”, a través de propuestas en materia de organización comunitaria, educación, cultura, salud, deportes, promoción de negocios e inversiones [...]”.

Finalmente, la integración del nuevo cuerpo colegiado se detalló en el artículo 3: “El Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior será presidido por el titular del Ejecutivo Federal, y estará integrado por los titulares de las secretarías de Gobernación; de Relaciones Exteriores; de Hacienda y Crédito Público; de Desarrollo Social; de Economía; de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; de Educación Pública; de Salud y del Trabajo y Previsión Social, quienes, en caso de ausencia, podrán nombrar suplentes que deberán tener el nivel mínimo de Subsecretario. El titular de la Secretaría de Relaciones Exteriores fungirá como secretario ejecutivo del Consejo”.

Habiendo aportado su cuota al presupuesto de la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, la Secretaría de Salud federal contaba con una base firme para cumplir con las atribuciones sectoriales que le correspondieran con motivo de su inclusión en el Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior. Sin embargo, para concretar acciones en materia de atención a la salud de las comunidades asentadas en el exterior, requería de instalaciones físicas donde se ejecutarán los proyectos.

A raíz de lo anterior, resultó especialmente valiosa la participación de la Secretaría de Relaciones Exteriores, también incluida en el novedoso Consejo Nacional, pero con una visibilidad todavía mayor, al haberle encomendado el presidente de la República al Canciller fungir como secretario ejecutivo del órgano intersecretarial (Diario Oficial de la Federación, 2004b).

Los consulados de México en Estados Unidos fueron prontamente identificados como espacios propicios para llevar a cabo iniciativas concretas para la prestación de servicios, tomando en cuenta que son espacios naturales a los que confluye el público objetivo, es decir, la población migrante mexicana, y son sedes de presencia permanente de la autoridad mexicana. En este contexto, los Consulados Generales de México en San Diego y en Los Ángeles fueron, en 2003, las sedes piloto de las Ventanillas de Salud, con financiamiento inicial de la Comisión de Salud Fronteriza

México-Estados Unidos (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2020) y posteriormente dicho programa piloto fue replicado por el resto de la red consular, tomando en consideración las particularidades de cada oficina.

De forma general, las Ventanillas de Salud pueden describirse como módulos instalados en las salas de espera de los Consulados para ofrecer servicios clínicos básicos y preventivos a los usuarios que acuden a realizar trámites o solicitar orientación y asistencia. De esta forma, mientras esperan a recibir un servicio consular, tienen el acceso directo a la atención clínica y a información en materia de salud, sin necesidad de desplazarse a una ubicación distinta. Si se toma en consideración el volumen de los mexicanos en los Estados Unidos, mencionado anteriormente, y que en gran medida dicha población recurre periódicamente las oficinas consulares, las Ventanillas de Salud reciben un flujo constante de personas que pueden beneficiarse de los servicios que tienen disponibles.

Considerando las limitantes normativas mexicanas, para que los recursos del erario federal pudieran ejercerse en esta iniciativa se requirió que cada Consulado firmara, con la autorización previa de la Consultoría Jurídica de la Cancillería, un Memorándum de Entendimiento con la organización que fungiría como agencia fiscal, de forma que se garantizara la transparencia, rendición de cuentas y las obligaciones y responsabilidades de cada una de las partes, con pleno cumplimiento de las leyes de cada país.

En este contexto de expansión de la iniciativa y la construcción de alianzas para su implementación, resulta una paradoja que la asignación de los recursos semilla por parte del gobierno de México dependa de la renovación de los compromisos institucionales federales a través de la firma, año tras año, de las Bases de Colaboración entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Relaciones Exteriores (Comisión de Salud Fronteriza, 2021), siendo que el Memorándum de Entendimiento entre los Consulados y sus respectivas agencias fiscales tiene un carácter plurianual. Es decir, una iniciativa que ha estado en operación por dos

décadas requiere que anualmente se renueve la voluntad política para asignar y etiquetar recursos, documentar la rendición de cuenta y la trazabilidad financiera, introduciendo incertidumbre en las alianzas locales o incurriendo en demoras dentro del año fiscal en lo que se realizan las gestiones correspondientes en México, con lo que dichos recursos no son suelen ser entregados como semilla al inicio ciclo, sino como reposición al final de cada ejercicio.

La dilatada ruta de veinte años desde la expresión constitucional del Derecho a la Protección de la Salud de 1983 a la puesta en marcha de los primeros servicios efectivos destinados específicamente a la población migrante en 2003 hace surgir la pregunta de si la falta de compromiso institucional de sucesivas administraciones federales en México se debió a que las comunidades mexicanas que radican tras las fronteras no son lo suficientemente importantes o si carecen de impacto para la vida de los mexicanos que viven en territorio nacional. Los datos sugieren lo contrario, en tanto que la migración mexicana es numerosa e importante, y las comunidades migrantes asentadas en el exterior juegan un papel en el bienestar de todo el país.

3.2.3. Las Ventanillas de Salud y la incorporación de la prestación de servicios.

Probablemente el recurso más valioso del Instituto de los Mexicanos en el Exterior se encuentre en su capacidad de generar iniciativas que puedan ejecutarse en una red de 53 consulados en Estados Unidos, además de otros 20 en el resto del mundo, 81 embajadas, 7 misiones permanentes y 3 oficinas de enlace, conforme a las atribuciones del director del IME plasmadas en artículo 5 del Decreto de creación de dicho instituto, que lo faculta a “Coordinar acciones a favor de las comunidades mexicanas en el exterior, a través de la red diplomática y consular del Gobierno de México” (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2003). En esta disposición radica la factibilidad de poner en marcha las Ventanillas de Salud en sedes permanentes del Gobierno de México, que puertas adentro se rigen por la normatividad de nuestro

país, para brindar servicio a las comunidades mexicanas que radican prácticamente en cualquier parte del mundo.

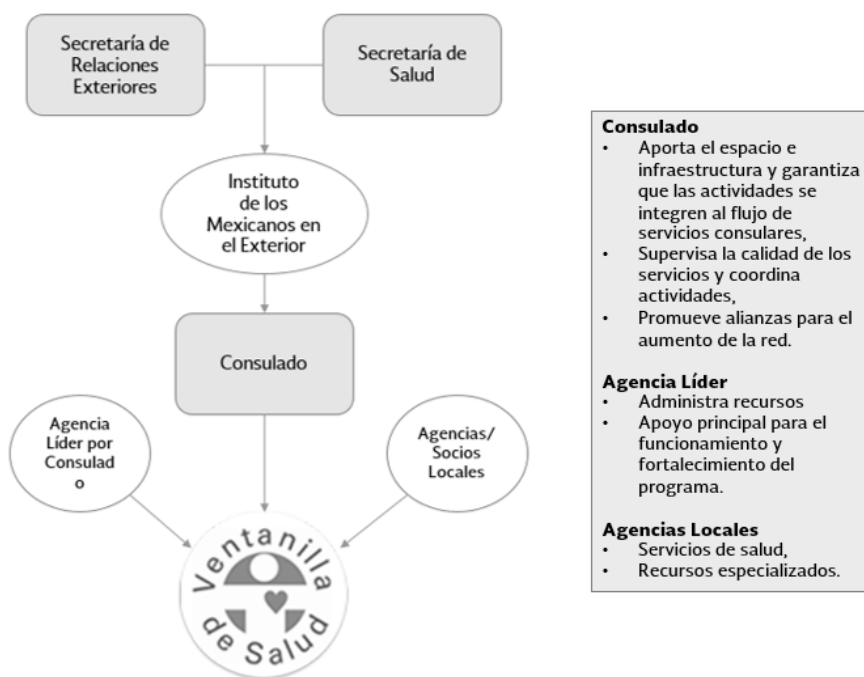
El éxito del innovador proyecto piloto de 2003 que la Comisión de Salud Fronteriza decidió financiar para cumplir con su mandato de elevar los estándares de salud pública, y aprovechando que la Secretaría de Salud federal había cubierto la cuota mexicana para esta iniciativa, permitió el establecimiento de dos espacios permanentes en los Consulados Generales de México en San Diego y Los Ángeles, dedicados a brindar información sobre salud preventiva y especialmente asesorías a las familias usuarias de servicios consulares para inscribir a sus hijos en el seguro público de salud conocido como *California Healthy Families*. De manera natural, en razón de que los consulados cuentan con ventanillas de atención al público dedicadas al procesamiento de pasaportes, matrículas consulares, actos de registro civil y otros servicios, el nuevo espacio permanente se denominó Ventanilla de Salud (Front Public Health , 2017).

Además de la ventaja de contar con un flujo considerable de población objetivo, al ser solicitantes de servicios consulares que permanecían durante algún tiempo en la sala de espera antes de sus trámites, las Ventanillas de Salud se beneficiaron de espacios físicos administrados por el Gobierno de México, quien ya cubría los gastos asociados a la renta de inmuebles, y pago de servicios como electricidad, agua, guardias, seguros de daños a terceros y otros gastos destinados a la operación. Asimismo, las métricas del éxito del proyecto eran sumamente transparentes al orientarse a la afiliación cuantificable de familias al seguro público del estado de California, que registraba un bajo índice de inscripción de hispanos. Sin embargo, se enfrentaba un reto mayúsculo al concentrar la mayor parte de sus gastos en la contratación de personal con un perfil de alta capacitación, que realizaba funciones que en sentido estricto correspondía a agencias estatales y a las oficinas de Salud Pública de los condados. En este sentido, la contratación de las personas que atienden directamente la Ventanilla de Salud es un tema de suma trascendencia, ya que normativamente no pueden ser empleados del consulado y, aquí radica la importancia de contar con una organización que funja como agencia

fiscal a través de clínicas comunitarias y entidades no lucrativas, facultadas para recibir donativos de la Comisión Binacional de Salud Fronteriza para realizar pagos locales, incluyendo la compensación por la prestación del servicio a los operadores de la VDS.

Una vez solventados los temas operativos y de contratación para la atención de las dos primeras Ventanillas de Salud, la posibilidad de conseguir financiamiento adicional permitiría expandir el programa a las sedes consulares mexicanas en otras partes del estado, con presencia en Calexico, Santa Ana, San Bernardino, Oxnard, Fresno, San José, San Francisco y Sacramento. Sin embargo, existía el riesgo de que su concentración fundamental en las asesorías para la afiliación en el seguro público local representara una estrechez de misión, de forma que la ejecución del proyecto se centrara únicamente en California. Ante este escenario, el proyecto de Ventanillas de Salud en su primera década de vida se centró en dos tareas fundamentales: la ampliación a otros consulados y el incremento del catálogo de servicios.

Figura 1. Operación de la Ventanilla de Salud



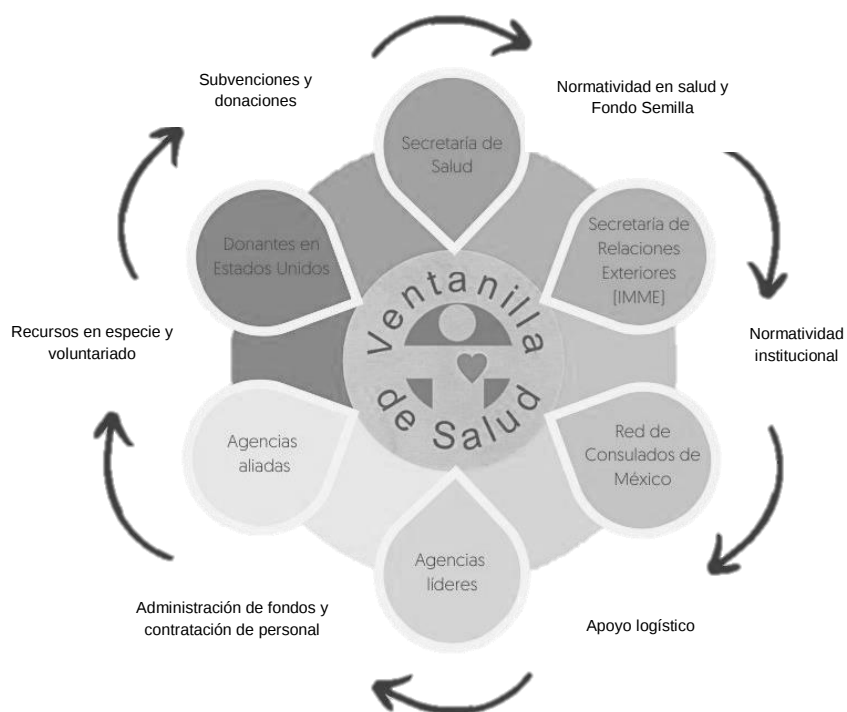
Fuente: Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME)

De acuerdo con Iván Roberto Sierra Medel, quien fue el responsable de asuntos comunitarios en el Consulado General de México en Sacramento de 2004 a 2006 y posteriormente de 2006 a 2008 fue Director General Adjunto del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, el eslabón que hizo posible incluir y ampliar institucionalmente los servicios de salud al público en las primeras Ventanillas de Salud radicó en la labor que desde 2002 realizaron cada una de las diez sedes consulares del estado, con el apoyo de la Universidad de California, para llevar a cabo ferias anuales de salud (Sierra Medel, I., comunicación personal, 22 de noviembre de 2024). De esta forma, en octubre de 2003, mientras en México se realizaba la Semana Nacional de Vacunación, se dio un acercamiento entre la Dra. Xóchitl Castañeda -quien por veinte años fungió como punto focal en el Sistema de la Universidad de California para las acciones de salud concertadas con México- con el personal del Consulado General de México en San Francisco, y propuso aprovechar la caja de resonancia de las campañas de vacunación tradicionales en México para hacer en las mismas fechas campañas de salud pública entre la población mexicana en Estados Unidos, lo que dio origen a la Semana Binacional de Salud/Semana de Salud México-California.

La Dra. Castañeda ha escrito numerosos artículos en publicaciones académicas sobre la naturaleza las ferias de salud que empezaron a acercar los servicios clínicos a los migrantes en el marco de la Semana Binacional de Salud. En su ensayo *“Mobilizing Existing Networks and Resources to Focus on Migrant Health Care Issues”*, ofrece testimonio de cómo las ferias de salud organizadas cada octubre con la red consular en California permitieron el acceso a la salud a la población hispana con la participación de más de 300 organizaciones aliadas (Castañeda, X, 2006). En este sentido, las acciones de los diez consulados en California para poner en marcha una prestación regular de servicios de salud preventiva y de carácter clínico a la población impulsó la expansión del proyecto concreto de operación de las Ventanillas de Salud por consulado de 2003 a 2007.

Por otro lado, Sierra Medel (comunicación personal, 22 de noviembre de 2024) señala que la aportación anual de recursos de la Secretaría de Salud y la coordinación del Instituto de los Mexicanos en el Exterior fue determinante para la apertura de nuevas Ventanillas de Salud que inició desde finales de 2003 en Omaha, Indianápolis, Raleigh, Little Rock, Saint Paul, Nueva Orleans, Boise, y Milwaukee. Ya en agosto de 2024, el Instituto de los Mexicanos en el Exterior y la Secretaría de Salud registraban 51 Ventanillas de Salud en operación, apoyadas en una red de alianzas locales con una agencia fiscal fungiendo como agencia líder por circunscripción consular.

Figura 2. Estructura de la Estrategia Ventanilla de Salud



Fuente: Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME)

3.2.4. Rendición de cuentas y sus implicaciones

Desde el lado operativo, la administración de los fondos se empata con la forma en la que se utilizan. Al tener un componente del erario, son sujetos de las medidas de uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos que establece el gobierno de México. Al mismo tiempo, la información que se genera de cada usuario que recibe atención u orientación en las Ventanillas de Salud contiene elementos de gran utilidad para el desarrollo de estrategias e indicadores. Es así que a partir de 2007 se desarrollaron herramientas de seguimiento y rendición de cuentas sobre los servicios que recibe la población usuaria, lo que a su vez justifica el otorgamiento de recurso del erario mexicano (Comisión de Salud Fronteriza, 2024).

En seguimiento a estas medidas de transparencia y trazabilidad, en 2018 la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos lanzó una plataforma piloto para el registro de datos disponibles en las VDS con el objetivo de facilitar la generación de datos estadísticos. Al año siguiente, la plataforma recibió formalmente el nombre de Sistema de Información Continua y Reportes de Salud de mexicanos en Estados Unidos de América (SICRESAL), administrado por la Comisión de Salud Fronteriza, y contó con la aprobación de la Secretaría de Relaciones Exteriores y de la Secretaría de Salud para funcionar como el mecanismo oficial para documentar las actividades de las Ventanillas de Salud en la red consular.

A través de esta herramienta en línea, las autoridades centrales recaban datos en tiempo real -a través del llenado de formularios- para el análisis de información que permite no solo la creación de estadísticas descriptivas de las personas atendidas, las características demográficas y los servicios brindados por categorías como detección temprana, orientación, canalización a clínicas, información preventiva y vacunas recibidas, sino que ayuda a conocer las condiciones y necesidades de la población mexicana en Estados Unidos para desarrollar acciones concretas de salud preventiva para la comunidad (Comisión de Salud Fronteriza, 2024b), además de ser un indicador para la asignación de los recursos semilla a cada VDS.

A pesar de la utilidad del SICRESAL como mecanismo para la toma de decisiones, en la práctica, las personas que operan la Ventanilla de Salud se enfrentan continuamente a las dificultades de la burocracia mexicana. Además de las actividades propias de la atención, canalización y orientación sobre servicios de salud, los operadores de las ventanillas deben dividir su tiempo para la captura y gestión diaria de datos en SICRESAL, así como en plataformas distintas conocidas como Bitácora IME y el Sistema Informático de Comunidades (SIC) de uso exclusivo de la Secretaría de Relaciones Exteriores, y en específico del Instituto de los Mexicanos en el Exterior, con información que ya había sido registrada previamente en SICRESAL.

En estas herramientas adicionales se debe realizar la carga de las fichas de atención diaria, los datos de la población beneficiada, la memoria fotográfica de actividades y los reportes de impacto. Lo anterior se suma a las comunicaciones oficiales y requerimientos de información que periódicamente solicita la Secretaría de Relaciones Exteriores y a los reportes que las propias fiscales requieren para dar seguimiento a los servicios y proyectar las necesidades de insumos clínicos para su operación. La duplicidad de trabajo generada por la obligación de reportar constantemente la misma información a través de distintos medios a las diferentes instancias involucradas en la operación de la Ventanilla de Salud implica una carga administrativa y operativa que impacta negativamente en las labores sustantivas propias de la Ventanilla de Salud (Comisión de Salud Fronteriza, 2024a).

Capítulo 4. Metodología.

4.1. Enfoque y Tipo de investigación.

Esta sección constituye el eje central de la investigación, puesto que define el camino para recolectar, analizar e interpretar la evidencia empírica. En el ámbito de las ciencias sociales y el análisis de las políticas públicas, coexisten principalmente dos enfoques, el cuantitativo y el cualitativo, cuyas naturalezas difieren en objetivos, herramientas y alcances metodológicos.

Por una parte, la investigación cuantitativa se presenta como una metodología estructurada e idónea para la recopilación y el análisis de datos numéricos provenientes de fuentes masivas. Su enfoque de carácter concluyente se apoya en el uso de herramientas informáticas, estadísticas y matemáticas, buscando cuantificar variables, medir la magnitud de las problemáticas institucionales y establecer generalizaciones o relaciones de causa y efecto proyectables a una población amplia a través de muestras probabilísticas.

En contraste, la investigación cualitativa se caracteriza por ser de naturaleza interpretativa y explicativa, orientada a comprender los fenómenos en sus contextos naturales. En lugar de buscar representatividad estadística, este enfoque se centra en explorar las causas subyacentes de los problemas, las dinámicas institucionales, los significados y las percepciones de los actores involucrados mediante la recopilación de datos de carácter verbal, documental u observacional. Este método proporciona una visión integral y profunda de los procesos de gestión que no pueden ser reducidos a indicadores numéricos.

A diferencia de los estudios de mercado o de proyectos de intervención socio-pedagógica que optan por enfoques mixtos para medir frecuencias y percepciones de manera simultánea, la presente investigación adopta un enfoque estrictamente cualitativo. La elección de este enfoque se justifica debido a que el objeto de estudio es el análisis del diseño institucional, la evolución programática y la gestión operativa de una política pública transnacional de salud. Por lo tanto, el estudio no busca cuantificar la afluencia de usuarios, sino examinar de forma holística cómo se articulan las directrices del Estado mexicano con las necesidades de la población migrante a través de un espacio consular específico. La investigación analiza los mecanismos de planeación, gestión y rendición presupuestal de la VDS del Consulado de México en Saint Paul haciendo uso del método cualitativo y análisis documental.

4.1.1. Método. Estudio de Caso Único

El método de investigación seleccionado para el desarrollo de este trabajo es el estudio de caso único. Este diseño metodológico es óptimo para investigar fenómenos contemporáneos dentro de su contexto real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes.

La utilidad de implementar un estudio de caso único radica en su capacidad para ofrecer un análisis intensivo, detallado y exhaustivo de una unidad de observación específica. En este escenario, el método permite examinar las particularidades de la gestión, los convenios locales y los mecanismos de financiamiento que ocurren dentro de una sede consular en un entorno particular, sirviendo como un modelo de análisis para comprender las operaciones de la diplomacia sanitaria de México en el exterior.

4.1.2. Enfoque. Cualitativo con técnicas de análisis documental y de gestión

El enfoque cualitativo de esta investigación se pone en práctica mediante el uso de técnicas de análisis documental y de gestión. El análisis de gestión se enfoca en evaluar la eficiencia de las estructuras organizacionales, la asignación de recursos y la coordinación interinstitucional.

Por su parte, el análisis documental se define como un conjunto de operaciones encaminadas a buscar, seleccionar, clasificar y evaluar críticamente los documentos oficiales, textos jurídicos y reportes programáticos. Esta combinación técnica resulta la más práctica y viable para identificar las brechas normativas, los vacíos operativos y las estrategias de vinculación comunitaria que permitan la provisión de servicios preventivos de salud para la comunidad migrante, evitando sesgos al fundamentar los hallazgos en la evidencia documental e institucional preexistente.

4.2. Universo, Población y Muestra.

A diferencia de las investigaciones que recurren al muestreo probabilístico y a fórmulas estadísticas para calcular tamaños de muestra en poblaciones finitas, este estudio utiliza un muestreo no probabilístico dirigido por conveniencia y objetivos. En las investigaciones de corte cualitativo y de gestión, la selección de la muestra no busca la representatividad estadística para generalizar resultados, sino la riqueza, profundidad y pertinencia de la información recolectada respecto al objeto de estudio.

4.2.1. Universo.

El universo de esta investigación está conformado por el total de las 53 Ventanillas de Salud (VDS) distribuidas en la red consular de México dentro de los Estados Unidos de América, operadas bajo la supervisión del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME).

4.2.2. Población.

La población objeto de estudio para el análisis institucional está integrada por el conjunto de 106 documentos oficiales clave que rigen el sistema transnacional de salud migrante, desglosados de la siguiente manera:

- 53 Manuales y Lineamientos Operativos generales emitidos por la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud en México.
- 53 Informes Ejecutivos Anuales y reportes presupuestarios de actividades correspondientes al cierre del último ejercicio fiscal programático de la red consular.

4.2.3. Muestra.

Debido a la naturaleza profunda del estudio de caso único, se seleccionó una muestra no probabilística dirigida por objetivos, la cual quedó delimitada de forma específica en:

- 1 unidad institucional: La Ventanilla de Salud del Consulado de México en Saint Paul, Minnesota.
- 12 informes mensuales de gestión interna y minutas de acuerdos correspondientes a la sede de Saint Paul, a través de los cuales se auditan los convenios económicos locales y la incorporación de servicios con aliados estratégicos, como *St. Mary's Health Clinics*.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para la ejecución de esta investigación cualitativa, se seleccionaron técnicas e instrumentos orientados a la captura de datos institucionales de carácter secundario y de evidencia documental cualitativa. El propósito es recopilar información fidedigna que permita contrastar el diseño normativo de la política pública con su ejecución operativa real en el caso de estudio.

El cuerpo documental estuvo integrado por lineamientos operativos, informes de actividades, reportes presupuestales, memorándums de entendimiento y otros documentos normativos y administrativos vinculadas a la rendición de cuentas y operación de la Ventanilla de Salud de Saint Paul. Asimismo, se consideraron documentos de carácter institucional y confidencial a los que la autora tuvo acceso en el ejercicio de sus funciones profesionales, los cuales únicamente fueron utilizados para revisión y análisis académico.

- Instrumento 1: Matriz Analítica de Contenido Normativo y Programático

Este instrumento se diseñó con el objetivo de vaciar y evaluar el discurso, los alcances y las limitaciones de los textos legales y los manuales de organización identificados en la población de estudio.

Código del documento	Nombre oficial del documento / Institución emisora	Año de publicación	Variables de gestión a evaluar	Extracto textual clave (evidencia)	Brecha u oportunidad identificada (análisis)
Documento 01	Manual de organización de las VDS (SRE/Salud).	2018	Alcance de la prestación de servicios y limitantes legales.	Las VDS orientan más no operan como clínicas.	Define el vacío presupuestario de origen y la obligación de buscar aliados externos.
Documento 02	Reglas de operación del IME (SRE).	2022	Asignación presupuestaria transnacional directa.		Permite contrastar los recursos asignados desde México contra el gasto real en Saint Paul.

- Instrumento 2: Matriz de Mapeo de Actores Locales y Modelos de Financiamiento (Caso: Saint Paul)

Este instrumento cualitativo de gestión permite desglosar de manera sistemática cómo la muestra seleccionada (Consulado de Saint Paul) incorpora los servicios de salud mediante su red de cooperantes locales.

Actor local / Afiliado estratégico	Tipo de organización (ONG, clínica, universidad, entre otros)	Convenio formal (sí/no y año)	Servicio médico preventivo incorporado	Esquema de financiamiento / Co-inversión	Impacto en la población migrante
<i>St Mary's Health Clinics</i>	Organización de la sociedad civil / religiosa	Si	Consulta médica primaria, exámenes de glucosa y presión.	Infraestructura y personal por la ONG, espacio y difusión por el consulado.	Acceso gratuito sin requerir estatus migratorio ni seguro social estadounidense

Condado de Ramsey / Depto. de salud	Agencia gubernamental local (EE.UU.)	En revisión	Campañas de vacunación estacional (influenza/COVID-19).	Donación de materiales biológicos y clínicos por el condado.	Inclusión de la comunidad mexicana en los esquemas de salud pública locales.
-------------------------------------	--------------------------------------	-------------	---	--	--

4.4. Procedimiento para el Análisis de la Información

Una vez recolectados los documentos oficiales y mapeados los actores a través de los instrumentos anteriores, la información se procesará siguiendo las etapas del Análisis de Contenido Cualitativo:

1. Fase de Organización y Catalogación: Cada documento obtenido a través de los portales de transparencia o archivos consulares recibirá un código único (ej. DOC-01, DOC-02) para mantener el orden de la evidencia.
2. Fase de Categorización: La información de los extractos clave se agrupará en tres categorías temáticas:
 - Barreras de acceso a la salud en el exterior.
 - Mecanismos de cooperación transnacional.
 - Sostenibilidad financiera local.
3. Fase de Triangulación Documental: Se contrastará lo que dictan las leyes y normatividad mexicana (Capítulo III) con lo que realmente ocurre en los informes operativos de Saint Paul (Capítulo V). Esta confrontación de datos permitirá identificar si el modelo de alianzas estratégicas logra resolver el vacío programático de los últimos veinte años.

4.5. Consideraciones Éticas

Aun cuando esta investigación se fundamenta principalmente en el análisis de documentos oficiales, fuentes de acceso público e informes institucionales que no implican la intervención clínica directa ni la manipulación de sujetos humanos, el

diseño metodológico se rige bajo estrictos principios éticos que garantizan la integridad científica del trabajo:

- Principio de Transparencia y Legalidad: Toda la información documental utilizada para el análisis de la Ventanilla de Salud de Saint Paul ha sido obtenida a través de canales oficiales institucionales, respetando la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública en México, así como las normativas de datos abiertos de las dependencias gubernamentales.
- Protección de Datos Personales y Confidencialidad: En estricto apego a las leyes de protección de datos, el análisis de los informes de gestión omite cualquier información biográfica, expediente clínico, estatus migratorio o dato personal que pudiera llevar a la identificación de los usuarios migrantes que asistieron a la Ventanilla de Salud. Los datos se presentan de manera agregada e institucional.
- Honestidad Académica y Rigor en el Citado: Para salvaguardar los derechos de propiedad intelectual y evitar el plagio, cada documento, manual, ley o cifra presupuestaria utilizada en los capítulos teóricos y empíricos cuenta con su respectiva referencia bibliográfica detallada, otorgando el crédito correspondiente a las instituciones generadoras de la información (SRE, Secretaría de Salud, INEGI, IME).
- Ausencia de Conflictos de Interés: Se declara que la presente investigación se realiza con fines estrictamente académicos, manteniendo una postura analítica crítica, objetiva e independiente respecto a las operaciones de las agencias consulares y gubernamentales evaluadas.

Capítulo 5. Desarrollo

5.1. Casos de éxito en las Ventanillas de Salud en la red consular.

El análisis empírico de la gestión pública transnacional cobra relevancia al evaluar los impactos tangibles y los casos de éxito que la Red de Ventanillas de Salud (VDS) ha consolidado en territorio estadounidense. A lo largo de más de dos décadas de existencia, el modelo ha transitado de ser un espacio de orientación básica a convertirse en un nodo de salud preventiva e inclusión social fundamental para la diáspora mexicana. El éxito programático de las VDS no se mide bajo los esquemas tradicionales de cobertura clínica directa del Estado emisor, sino a través de su capacidad adaptativa para subsanar los vacíos estructurales del sistema de salud receptor mediante un modelo de gobernanza multinivel, es decir, con la participación de diversos actores -dependencias, instituciones y organizaciones- vinculados entre sí únicamente por un objetivo en común.

Los casos de éxito documentados dentro de la red consular evidencian que las VDS han logrado institucionalizar la confianza comunitaria, mitigando el temor fundado de los migrantes indocumentados frente a las instituciones públicas de los Estados Unidos. Al transformar el espacio consular en un entorno seguro y culturalmente competente, el programa ha operado como un catalizador de equidad sanitaria. La acumulación de capacidades operativas, la sistematización de la información a través del Sistema de Información de las Ventanillas de Salud (SIVDS) y la flexibilidad para articular esfuerzos entre agencias gubernamentales de ambos países representan los pilares institucionales que justifican el reconocimiento de esta política pública como un referente de la diplomacia sanitaria a nivel internacional.

5.1.1. La Ventanilla de Salud ante la pandemia del COVID-19.

La crisis sanitaria global desencadenada por la pandemia del COVID-19 en el año 2020 constituyó la prueba de esfuerzo más crítica para las estructuras de gestión

de la red consular mexicana, y al mismo tiempo, el escenario donde las Ventanillas de Salud demostraron su mayor resiliencia y valor estratégico. La población migrante hispana en los Estados Unidos fue una de las comunidades más severamente afectadas por la emergencia, debido a factores estructurales preexistentes como el hacinamiento laboral en sectores esenciales (agricultura, servicios y construcción), la falta de cobertura médica y las barreras del idioma para acceder a información oficial de mitigación de contagios.

Ante este panorama, las VDS experimentaron una reconfiguración operativa inmediata. Ante el cierre parcial de espacios públicos y las restricciones de movilidad, las ventanillas fungieron como el principal canal de traducción cultural y difusión epidemiológica para la comunidad mexicana. El caso de la Ventanilla de Salud en Saint Paul no fue la excepción. Con el desarrollo de los materiales biológicos para la contención de la crisis sanitaria, Minnesota enfrentó un reto particular: gran parte de la población local no acudía a los centros de salud tradicionales para la aplicación de pruebas de detección de COVID-19, en un primer momento, ni de vacunas, a pesar de contar con una alta disponibilidad de insumos. La proporción de la población hispana que se acercaba a dichos centros era aún menor.

Con este escenario en mente, la Ventanilla de Salud, a través de *St. Mary's Health Clinics* en colaboración con *M Health Fairview*, *Homeland Health*, organizaciones aliadas y autoridades sanitarias locales y estatales autorizaron jornadas semanales de detección y aplicación de vacunas en el estacionamiento del Consulado, con total vigilancia de las medidas de distanciamiento social para la disminución de riesgos de contagio. Al considerar a la sede consular como un sitio neutro, con una confianza adquirida a través de los años y con la facilidad lingüística, esta estrategia permitió revertir la baja asistencia de la población mexicana a las sesiones de inmunización con la aplicación de 10,671 dosis de vacunas contra COVID y 2,095 dosis contra la influenza en 2021, situación que además fue aprovechada por

personas hispanas de distintas nacionalidades, convirtiendo estas jornadas extraordinarias en un referente de atención directa a la salud comunitaria.

En este sentido, la gestión transnacional se focalizó en dos vertientes críticas:

La democratización de la información y pruebas de detección: Las VDS diseñaron campañas masivas en español sobre medidas de prevención, distribuyeron material de protección personal y coordinaron la instalación de unidades móviles de testeo clínico en los estacionamientos consulares y zonas de alta concentración migrante, en apego a las medidas de seguridad sanitaria y distanciamiento social.

La diplomacia de la vacunación: Una vez disponibles los insumos biológicos, las VDS operaron como ejes de concertación con los departamentos de salud locales de los condados estadounidenses. Las sedes consulares se transformaron en centros de vacunación masiva donde se garantizó la aplicación de las dosis sin requerir un número de seguro social o estatus migratorio, rompiendo el clima de desconfianza y asegurando que miles de connacionales, junto con los propios ciudadanos estadounidenses, ejercieran su derecho a la inmunización.

Fue tal el éxito de las campañas de detección y vacunación que durante los siguientes 5 años la Ventanilla de Salud continuó realizando dos jornadas semanales contra la influenza y COVID-19 en la sede consular además de proporcionar dicho servicio en las Jornadas Sabatinas y consulados móviles, junto con el resto de servicios clínicos disponibles para la comunidad, ampliando también su aplicación en iglesias, escuelas y centros comunitarios. De acuerdo con Alle y Flood (comunicación personal, 20 de diciembre de 2024) con lo anterior fue posible atender individualmente a 2,497 personas, brindando 14,274 servicios médicos, y proporcionar 2,130 sesiones informativas a una población de 27,060 personas durante 2023, mientras que en 2024 se llegó a cerca de 17,500 personas y aplicar

3,874 dosis de vacunas. Asimismo, se brindó orientación sobre las nuevas variantes de COVID, la importancia los refuerzos de la vacuna, y medidas de prevención frente al COVID prolongado, además del monitoreo constante de las condiciones y necesidades de la población que se encuentra alejada de las Ciudades Gemelas. El trabajo sobresaliente de la Ventanilla de Salud durante la pandemia, llevó a que el propio Departamento de Salud de Minnesota entregara en 2024 un reconocimiento por las acciones que permitieron un acceso equitativo de la población hispana a las vacunas.

5.1.2. La experiencia, desde la práctica, de la Ventanilla de Salud en el Consulado en Saint Paul, Minnesota.

Al trasladar el análisis del plano general de la red consular hacia la práctica cotidiana específicamente en la Ventanilla de Salud (VDS) del Consulado de México en Saint Paul, Minnesota, sobresale como una unidad de observación paradigmática. La operación de esta sede se centra en la región del Medio Oeste de los Estados Unidos, un entorno geográfico y demográfico que presenta dinámicas de inserción laboral y barreras institucionales sumamente particulares para la comunidad mexicana, la cual se concentra principalmente en sectores agrícolas, de procesamiento de alimentos y de servicios.

Desde la práctica operativa, la VDS de Saint Paul identificó que la dispersión geográfica de la población en las Ciudades Gemelas (*Twin Cities*) y las zonas rurales colindantes, sumada a las extremas condiciones climáticas invernales de la región que llegan a registrar temperaturas inferiores a los -40°C y acumulación de nieve de hasta 60 centímetros, constituían barreras físicas críticas para el acceso a la salud preventiva. Aunado a esto, el marco normativo local del estado de Minnesota y los condados de la zona metropolitana (como Hennepin y Ramsey) históricamente han restringido el acceso a seguros médicos públicos para personas indocumentadas, dejando a miles de connacionales en una situación de extrema vulnerabilidad sanitaria.

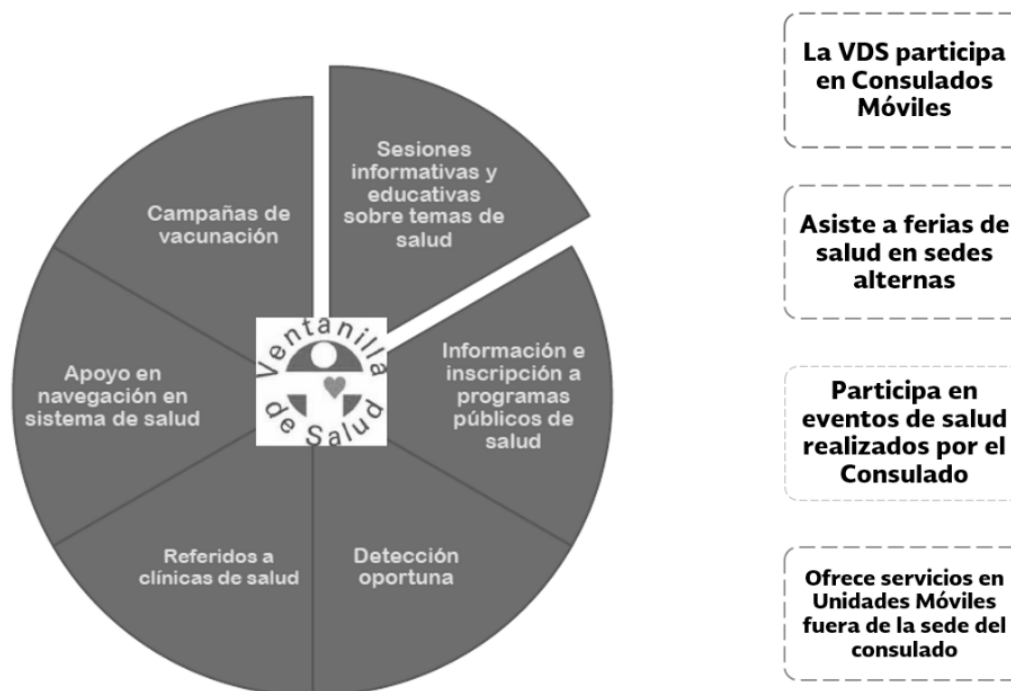
Ante este escenario, la experiencia práctica de la VDS en Saint Paul demostró que la gestión consular no podía limitarse a la entrega pasiva de folletos informativos. El personal administrativo adscrito al área de Comunidades tuvo que diseñar una estrategia activa de diplomacia sanitaria local, transformando la oficina consular en un espacio de diagnóstico oportuno. La práctica diaria en esta sede institucionalizó jornadas de detección de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión, obesidad y diabetes tipo II) que afectan desproporcionadamente a la población hispana, convirtiendo la sala de espera del consulado en una clínica de aplicación preventiva de pruebas y un espacio de alfabetización en salud, donde se desmitifican los temores asociados al estatus migratorio.

De acuerdo con la promotora de la VDS, Rosalinda Alle y la coordinadora de salud comunitaria de *St. Mary's Health Clinics*, Cristina Flood (Alle, R. y Flood, C., comunicación personal, 20 de diciembre de 2024), las actividades en el Consulado de México en Saint Paul se complementan con los servicios médicos gratuitos que semanalmente brinda *St. Mary's* en sus clínicas ubicadas en Apple Valley, Saint Paul West Side, Minneapolis, Shakopee y Fridley, además de contar con presencia en el Consulado de Ecuador, y las actividades diarias de asistencia a la comunidad. Adicionalmente, durante el año organizan o participan en eventos de salud en la región, especialmente en iglesias y escuelas, y coordinan y financian clases de reactivación física, con cuatro clases semanales gratuitas de zumba abiertas a la comunidad.

Actualmente proporcionan más de 30 servicios que incluyen, mas no se limitan a, la aplicación de pruebas y vacunas contra COVID, influenza, sarampión, paperas y rubéola y tétanos, difteria y tos ferina; toma de presión arterial y glucosa, talla y peso; mamografías y colonoscopías; exámenes de la vista; pruebas de infecciones de transmisión sexual; aplicación de flúor dental; talleres de prevención de abuso de sustancias, adicciones y el correcto uso de Narcan; técnicas para aliviar el estrés y ansiedad; clases de activación física, nutrición, salud preventiva y primeros auxilios; referencias a servicios y terapias de salud mental a través de la UNAM; educación sobre desarrollo y crecimiento infantil, la vacunación para niños y adultos,

el COVID prolongado, el manejo de diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias, cáncer -con énfasis en los padecimientos de colon, seno y cáncer cervical; planificación familiar, salud sexual y reproductiva; información para dejar de fumar y canalización a programas de apoyo; acceso a seguros médicos disponibles para la comunidad y programas de asistencia sanitaria a través de instituciones como Allina, *M Health Fairview* y Park Nicollet; y, prevención de violencia doméstica y referencias a programas para víctimas. Una variante adicional de las acciones que la VDS ha desarrollado en fechas recientes es la orientación para la población migrante con intenciones de retornar a México, ante lo cual se guía a los usuarios sobre las formas de conducirse entre ambos sistemas de salud y la importancia de resguardar los expedientes médicos y de vacunación para su uso en territorio nacional (Alle R. y Flood. C, comunicación personal, 20 de diciembre de 2024).

Figura 3. Servicios que brindan las VDS



Fuente: Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME)

Estas actividades conllevan una planeación y seguimiento constante, que se traducen en la revisión de los esquemas de trabajo de manera semanal. Internamente, la promotora de la VDS desarrolla el calendario de actividades dentro de las instalaciones del consulado, mientras que la coordinadora de salud comunitaria distribuye las sesiones de trabajo fuera de la Representación. En lo que respecta al registro de personas atendidas y a la fiscalización de los recursos, además del envío diario de los reportes en SICRESAL y el llenado de los formularios para la Bitácora IME y el SIC, así como los propios reportes internos que son solicitados por la agencia fiscal, la Ventanilla de Salud cuenta con su propia codificación para el correcto seguimiento de los gastos del programa, con un número de cuenta bancario específico para este propósito, la contratación de los servicios del Director de Finanzas de *Sisters of St. Joseph of Carondelet* para su supervisión y la realización de auditorías anuales. Estos ejemplos de transparencia y correcto uso de los recursos justifican que la Ventanilla de Salud en Saint Paul recibiera en 2021 una aportación adicional de \$10,000 dólares al obtener una alta calificación durante la Convocatoria “Iniciativa Modelos de Excelencia” (Comisión de Salud Fronteriza, 2020).

A pesar de los logros y resultados que ha obtenido la Ventanilla de Salud en Saint Paul, existen áreas de preocupación, específicamente con el tratamiento de datos personales de los usuarios. Cada vez que una persona hace uso de los servicios la VDS es necesario recabar los datos básicos, edad, sexo, nacionalidad y estatus migratorio, que sirven para la generación de estadísticas y mejora en la atención médica por parte del personal clínico de *Saint Mary's*. así como para alimentar los reportes de SICRESAL. En este sentido, se considera que existe un riesgo ante la posible vulneración o uso incorrecto tratamiento de dichos datos en tanto que estos son recabados y tratados por un ente privado, en este caso la clínica *St. Mary's* y compartidos a distintas dependencias e instituciones del gobierno de México. Al respecto, un posterior análisis y recomendación estaría encaminado a la creación de un aviso de privacidad tanto para la *St Mary's*, como para el Consulado, especificando el manejo de datos y su finalidad, en pleno cumplimiento del marco normativo mexicano, en particular la Ley General de Protección de Datos

Personales en Posesión de Particulares, así como aquella referente a entes públicos, junto con su contraparte jurídica en los Estados Unidos.

5.1.3. Las alianzas estratégicas: St. Mary's, Gobierno Local.

La sostenibilidad operativa y el éxito de la estrategia preventiva de la VDS en Saint Paul radican estructuralmente en el diseño e instrumentación de sus alianzas estratégicas locales. Como se estableció en el análisis metodológico, la SRE y la Secretaría de Salud en México no dotan a las ventanillas de presupuestos clínicos, insumos biológicos, ni de personal médico habilitado para ejercer en territorio estadounidense. Por lo tanto, la incorporación efectiva de la prestación de servicios preventivos se ha logrado mediante la articulación de un modelo de co-inversión social con actores clave del sector salud en Minnesota.

El eje medular de esta red de cooperación es la alianza estratégica con *St. Mary's Health Clinics*, una organización de base comunitaria y de la sociedad civil que opera desde el año 1992, con un profundo arraigo ético y asistencial en la región. A través de convenios de colaboración formalizados a partir de 2018 con el Consulado de México en Saint Paul, *St. Mary's Health Clinics* aporta el capital humano especializado (médicos, enfermeras y coordinadores de salud bilingües), los insumos clínicos de diagnóstico y las unidades móviles de atención, mientras que el Consulado de México provee la infraestructura institucional segura, la legitimidad social y el acceso directo a la comunidad objetivo. Este esquema de gestión ha permitido ofrecer de forma sistemática y gratuita consultas de atención primaria, proveyendo 33 servicios clínicos y no clínicos con la cooperación de 53 agencias aliadas, así como derivaciones a especialistas y laboratorios a pacientes de bajos recursos y sin cobertura médica.

De forma complementaria, la VDS ha consolidado puentes con el gobierno local, específicamente con los departamentos de salud pública de los condados de Ramsey y Hennepin. Estas alianzas con agencias gubernamentales estadounidenses han permitido la inserción de la población migrante mexicana en

los programas estatales de inmunización y control epidemiológico. Los gobiernos de los condados transfieren recursos en especie como insumos biológicos para campañas masivas de vacunación estacional y pruebas de detección rápida, reconociendo que la infraestructura de la Ventanilla de Salud de Saint Paul es el canal más eficiente y confiable para alcanzar a una población que, de otro modo, permanecería invisibilizada y excluida de los sistemas de salud pública locales.

Tabla 1. Lista de agencias e instituciones aliadas de la VDS de St. Paul

Alcohólicos Anónimos	Esperanza United	Minnesota Department of Health
American Heart Association	Gillete Children's Hospital and Clinics	Minnesota Department of Education
Animal Humane Society	HACER	Minnesota Recovery Connection
Anoka County Public Health	Help Me Grow and Brightworks	NAMI Minnesota
Bloomington, Richfield, Edina Public Health	Hennepin County Public Health	Neighborhood Health Source
Centro Tyrone Guzmán	Hennepin County Sheriff's Office	North Point Community Clinic
Children Dental Services	Hennepin Health Care	Open Cities Community Clinic
Clues	Herzing University	Open Door Clinic
Community Dental Services	Homeland Health Specialists	Ramsey County Public Health
Consulado de Ecuador	Hope Dental	Riverland Community Health (United Family Medicine)
COPAL	Latino Economic Development Center	Small Sums
Community University Health Care Center	La Red Latina de Educación Temprana	Shriners Children Hospital and Clinics
Dakota County Public Health	Medica	St. Catherine University
Dakota County Parks	M Health Fairview	SOTAK Family Clinic
Delta Dental	Metro State University	University of Minnesota
Department of Public Safety- State of Minnesota	Minnesota Community Care	UCare Foundation
East Side Neighborhood Development	Migrant Clinicians Network	Urban Ventures
Epilepsy Foundation of MN	Minneapolis Health Department	

Fuente: Alle y Flood (comunicación personal, 20 de diciembre de 2024)

5.1.4. En el ámbito de la cooperación Internacional: la alianza del sector público y privado para el beneficio de los mexicanos.

El modelo operativo desplegado en la Ventanilla de Salud de Saint Paul, Minnesota, constituye un objeto de estudio idóneo para la teoría de la administración pública y de las relaciones internacionales, al materializar un esquema avanzado de cooperación internacional transnacional. Este fenómeno modifica la lógica tradicional de la diplomacia, donde las interacciones ocurren exclusivamente entre Estados soberanos (gobierno a gobierno), para dar paso a una gobernanza en red. En este espacio, el sector público de un Estado emisor -la Secretaría de Relaciones Exteriores de México- se articula horizontalmente con el sector privado no lucrativo de la sociedad civil y agencias gubernamentales del país receptor -los Estados Unidos- con un objetivo común: la protección de los derechos sanitarios de una población transfronteriza vulnerada.

En el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo, esta alianza estratégica demuestra que la escasez presupuestaria interna del Estado mexicano puede ser mitigada mediante la movilización de capital social institucional y recursos locales en el extranjero. La VDS de Saint Paul no actúa como un mero receptor de asistencia externa, sino como un socio estratégico que aporta valor a la salud pública de los propios Estados Unidos. Al canalizar de manera ordenada a la población migrante hacia servicios preventivos y de atención primaria, la ventanilla alivia la presión financiera y la saturación operativa que sufren las salas de emergencia de los hospitales públicos de Minnesota. Así, la cooperación público-privada transnacional se consolida bajo un enfoque de beneficio mutuo: México cumple con su mandato de la protección consular extendida y el sistema local estadounidense optimiza sus recursos sanitarios mediante la medicina de prevención comunitaria.

5.1.5. Reconocimientos: El Othli en 2021 a la VDS.

La trascendencia institucional y el impacto social del modelo de gestión de la Ventanilla de Salud de Saint Paul alcanzaron su máxima validación oficial en el año 2021, al ser galardonada la organización aliada que hace posible su operación con el Reconocimiento Othli, la distinción más alta que otorga el Gobierno de México a través del Instituto de los Mexicanos en el Exterior (IME). Este galardón, cuyo nombre en náhuatl significa "camino", se concede a personas u organizaciones que han dedicado su labor a abrir senderos de bienestar, equidad y desarrollo para las comunidades mexicanas en el extranjero.

La entrega del Reconocimiento Othli en 2021 a Crisitina Flood, la aliada estratégica de la VDS en el contexto de la labor humanitaria de *St. Mary's Health Clinics* no representó un mero acto protocolario, sino el reconocimiento de un caso de éxito excepcional en la diplomacia sanitaria mexicana. Su trabajo, centrado en la búsqueda constante de nuevas alianzas con organizaciones proveedoras de salud para la ampliación de los servicios ofrecidos por la VDS, principalmente aquellos que representan un alto costo, ha permitido avanzar en el pleno acceso de personas que no cuentan con un plan de seguro médico por su condición migratoria irregular y facilitar los servicios médicos básicos a familias de escasos recursos, rompiendo con las barreras y retos que enfrenta la comunidad migrante latina.

Adicionalmente, el comité evaluador y las autoridades del IME destacaron la labor ininterrumpida de la ventanilla durante los momentos más álgidos de la crisis sanitaria por el COVID-19. Además, como lo reporta la propia Comisión de Salud Fronteriza (2020), la Ventanilla de Salud en el Consulado en Saint Paul obtuvo una de las calificaciones más altas por parte de los expertos reunidos por el IME y la Secretaría de Salud, durante la valoración para premiar a las VDS a nivel nacional mediante la Iniciativa Modelos de Excelencia.

Mientras otros servicios comunitarios e institucionales se contrajeron debido a la incertidumbre epidemiológica, la alianza en Saint Paul redobló esfuerzos para

asegurar que la comunidad indocumentada del Medio Oeste tuviera un acceso digno a pruebas, orientación culturalmente comprensible y jornadas masivas de vacunación. Este hito histórico consolidó el prestigio de la sede de Saint Paul dentro de las 53 ventanillas de la red consular, demostrando que el diseño de alianzas sólidas con la sociedad civil es el factor determinante para la excelencia y supervivencia de los programas transnacionales de bienestar social (Sisters of St. Joseph of Carondelet, 2022).

Además de los resultados respaldados con las estadísticas registradas en SICRESAL, la evidencia de éxito de la Ventanilla de Salud está presente y es reconocida constantemente por los medios locales y nacionales, incluso atrajo el interés de una de las revistas de mayor prestigio en investigación médica en Estados Unidos, el *New England Journal of Medicine Catalyst*, la cual en su edición de julio de 2024 abordó la experiencia en el artículo titulado *Knocking Down Public Health and Health Care Silos: An Innovative Covi-19 Health Equity Response*. (Johansen, Selim, Jackson, & Ramirez Rattray, 2024).

5.1.6. Razones del éxito de las VDS.

Las experiencias de la red de Ventanillas de Salud en Estados Unidos han sido recogidas en diversas investigaciones y publicaciones (Flynn y otros, 2021) y galardonadas con premios como el otorgado por la Organización de Estados Americanos en 2017 por su Innovación para la Gestión Pública (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2022). Tampoco puede dejar de reconocerse la motivación que el personal involucrado directamente en la Ventanilla de Salud encuentra en su interacción con los beneficiarios, como un elemento crucial para su éxito. Como lo refleja el testimonio de la promotora de la VDS en Laredo, Texas, se trata auténticamente de “Una Misión de Vida” (Revista Casa México, 2022).

El análisis sistemático del caso de Saint Paul, Minnesota, en contraste con el desempeño general de la red consular, permite identificar los factores

determinantes o razones de éxito que posicionan a la Ventanilla de Salud como una política pública transnacional de alto impacto. Estas razones no responden a la casualidad, sino a un diseño de gestión pública flexible y adaptado a las realidades del entorno receptor. Los pilares del éxito se sintetizan en tres dimensiones fundamentales:

1. La competencia cultural y lingüística (confianza institucional): El principal activo de la VDS es el rompimiento de la barrera del miedo. Al operar dentro del perímetro seguro del Consulado, y al ser atendida por personal bilingüe que comprende los determinantes sociales de la migración, el espacio neutraliza la desconfianza que los migrantes indocumentados suelen tener hacia las clínicas tradicionales en los Estados Unidos por temor a ser reportados ante las autoridades migratorias.
2. La descentralización de servicios vía unidades móviles: La VDS de Saint Paul entendió que la concentración urbana de los servicios de salud dejaba fuera a los trabajadores agrícolas de las zonas periféricas del Medio Oeste. La adaptabilidad para trasladar las jornadas de salud fuera de la sede consular hacia iglesias, escuelas, centros comunitarios y campos de trabajo garantizó una cobertura real y equitativa.

El efecto multiplicador del capital social: Al no contar con presupuestos médicos autónomos de gran magnitud procedentes de México, la ventanilla basó su éxito en su capacidad de negociación. La VDS actúa como un gestor de enlaces: detecta la necesidad del migrante y la empareja con la capacidad instalada y los fondos de las organizaciones no gubernamentales estadounidenses, multiplicando el impacto de cada peso mexicano invertido. En este sentido, instituciones locales como la Fundación Cargill han destinado fondos (\$23 mil dólares en 2024) directamente a la agencia fiscal, al reconocer que la salud preventiva es una inversión estratégica para el bienestar comunitario y que la VDS juega un papel fundamental en la

inclusión social, la educación y el ejercicio del derecho a la salud para las familias de bajos recursos.

5.1.7. Presupuesto en Saint Paul y cómo se gestiona desde el área de Comunidades.

El proyecto presupuestal de la Ventanilla de Salud durante el año fiscal 2024 consideró un total de \$148,543 dólares para cubrir el plan de trabajo de *St. Mary's Health Clinics*, dividido en ocho rubros y a su vez en 190 conceptos de gasto, de los cuales se recibió de parte del gobierno de México \$36,317.46 dólares, que permiten cubrir la mitad del sueldo de la promotora de la VDS, y mil dólares destinados a la compra de material promocional.

La dimensión financiera de la Ventanilla de Salud de Saint Paul revela una paradoja de la administración pública: cómo operar un programa de cobertura masiva con un presupuesto fiscal directo sumamente acotado. La insuficiencia de recursos es una limitante que impacta directamente la capacidad operativa y la expansión de servicios, sobre todo si se considera la lejanía geográfica de algunas ciudades con alta concentración de población mexicana, las condiciones climáticas que impactan en los traslados a los centros de salud y el difícil acceso a servicios médicos derivados de la condición migratoria de la comunidad (Comisión de Salud Fronteriza, 2024a). Los fondos asignados desde la Federación mexicana, provenientes de la Secretaría de Salud, distribuidos por el Instituto de los Mexicanos en el Exterior con la autorización de la Secretaría de Hacienda, se transfieren anualmente bajo partidas presupuestarias específicas destinadas a la operación básica, mantenimiento de equipo informático y materiales de difusión. Estos recursos son gestionados y auditados de manera interna por el área de Comunidades del Consulado, la cual tiene la responsabilidad legal de vigilar el cumplimiento de los lineamientos oficiales (Instituto de los Mexicanos en el Exterior, 2018).

Sin embargo, debido a que dichos fondos son insuficientes para cubrir nóminas de personal médico estadounidense o tratamientos clínicos complejos, el área de

Comunidades despliega una estrategia de ingeniería financiera y gestión de recursos en especie. Desde la práctica administrativa, el personal consular gestiona la viabilidad del programa mediante el "esquema de contrapartidas" (*matching funds*). Esto significa que por cada dólar o peso que el gobierno de México aporta para la infraestructura de la ventanilla, el área de Comunidades negocia con aliados como *St. Mary's Health Clinics* o los Departamentos de Salud locales para que ellos absorban los costos de los profesionales de la salud, las vacunas, los exámenes de laboratorio y los seguros de responsabilidad civil médica bajo las leyes de Minnesota. Sin esta colaboración y formación de alianzas con instituciones locales el programa resultaría inviable.

De este modo, la gestión presupuestaria desde el área de Comunidades se transforma de un ejercicio pasivo de comprobación de gastos a una labor activa de recaudación y concertación de fondos locales. Esta habilidad para triangular recursos públicos internacionales con fondos privados y comunitarios de los Estados Unidos es lo que garantiza la sostenibilidad financiera de la Ventanilla de Salud de Saint Paul, demostrando que la eficiencia de una política pública transnacional no depende exclusivamente de la cantidad de presupuesto asignado en el Presupuesto de Egresos de la Federación, sino de la capacidad de gestión local de sus operadores consulares.

Cabe resaltar que durante la pandemia de COVID-19, se evidenció que la rigidez de la asignación presupuestal y las limitantes de su ejercicio, pueden representar un obstáculo para la implementación de iniciativas como la VDS, en el entendido que su espacio de acción está mayoritariamente concentrado en las instalaciones de los consulados. Los recursos destinados a las representaciones de México en el exterior, es decir, a las embajadas y consulados, experimentaron ajustes significativos como parte de la respuesta a la crisis sanitaria y económica global. Al igual que en otros países del mundo, el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), tuvo que adaptarse a una serie de prioridades emergentes que representaron la suspensión o la reducción de muchos servicios

consulares y actividades diplomáticas en persona. Para el consulado de México en Saint Paul esto significó una caída en sus gastos operativos, ya que dentro de los lineamientos normativos de la SER no es posible utilizar recursos destinados a diferentes partidas presupuestales sin previa autorización de áreas como la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, la Dirección General de Protección Consular o, en el caso que compete, el Instituto de los Mexicanos en el Exterior.

Este periodo fue una oportunidad desaprovechada por los procesos burocráticos de la SRE que pudo marcar la pauta hacia un cambio en la toma de decisiones presupuestarias más independiente para las Representaciones de México en el Exterior, al no considerar diversos factores de evolución que afectan a todo el proceso de dirección consular y de las propias necesidades de la comunidad mexicana en momentos de mayor vulnerabilidad ante las nuevas prioridades de asistencia consular.

Capítulo 6. Conclusiones y Recomendaciones.

6.1. Conclusiones de la Investigación

El Derecho a la Salud es efectivo para todos los mexicanos, sin importar dónde se encuentren o cuál sea su estatus migratorio. A través de los programas, acuerdos bilaterales y el trabajo cotidiano que los consulados desarrollan bajo las directrices del IME, ha sido posible implementar estrategias que acercan los servicios médicos esenciales para la comunidad mexicana en el extranjero.

En el caso particular del Consulado de México en Saint Paul, es posible afirmar que las alianzas locales que se han establecido son funcionales y han sido clave para posicionar a la Representación como un referente en el ámbito de la salud ante la comunidad mexicana. No obstante, se resalta la necesidad de desarrollar un plan de mejora que no solo permita alcanzar resultados tangibles a corto plazo sino establecer metas que lleven a un aumento de los servicios médicos que se ofrecen,

así como expandir el número de personas que resulten beneficiadas de dichos servicios.

El esquema de rendición de cuentas que las autoridades del IME solicitan a las Ventanillas de Salud es perfectible y requiere una revisión profunda para agilizar y simplificar sus procesos. En particular, la cantidad y tipo de información que los encargados de las VDS deben capturar en las bases de datos para cuantificar los servicios proporcionados y supervisar su trabajo cotidiano resulta complicado y repetitivo, lo cual implica una inversión de tiempo excesiva para completar reportes y formularios. Por otro lado, las autoridades del Gobierno de México -Secretaría de Salud y Secretaría de Relaciones Exteriores, a través del IME- deben procurar las necesidades físicas de la VDS como el espacio insuficiente con el que se ofrece el servicio a los connacionales. Por otro lado, la radicación de recursos económicos no se realiza en tiempo y forma conforme al plan anual de trabajo y generalmente se realiza hacia final del año, siendo un punto que puede provocar el debilitamiento de la alianza con las agencias fiscales e impacta negativamente en la percepción del compromiso y seriedad del gobierno de México para cumplir con los acuerdos de colaboración.

Tras haber ejecutado el análisis documental y de gestión sobre la operación transnacional de la Red de Ventanillas de Salud (VDS), y tomando como eje empírico el caso del Consulado de México en Saint Paul, Minnesota, se desprenden las siguientes conclusiones definitivas:

- Superación del vacío presupuestal de origen: Se concluye que, si bien el modelo de las VDS presenta una contradicción de origen al no contar con un presupuesto clínico autónomo desde México, esta limitación no anula la efectividad del programa. Al contrario, ha operado como un catalizador de innovación que obligó a las sedes consulares a evolucionar de oficinas de información pasiva a gestores activos de recursos en el extranjero.

- Consolidación de una gobernanza de beneficio mutuo: El caso de Saint Paul demuestra que las alianzas estratégicas con el sector civil estadounidense (como *St. Mary's Health Clinics*) y los gobiernos locales (los condados de Ramsey y Hennepin) son el motor que sostiene la política pública. Este modelo genera una relación ganar-ganar: México aporta el espacio seguro y la confianza comunitaria —activos invaluableles ante el temor migratorio—, mientras que los aliados locales absorben los costos de personal médico e insumos, beneficiando a la salud pública local al desahogar las salas de urgencias mediante la prevención.
- Competencia cultural y resiliencia ante emergencias: El éxito programático de esta sede —validado institucionalmente con el Reconocimiento Othli en 2021— radica en su capacidad de adaptación. Al implementar jornadas de salud móviles, el consulado rompió las barreras geográficas del Medio Oeste para atender a los trabajadores esenciales (agrícolas y de servicios). Asimismo, durante la crisis del COVID-19, la VDS probó su valor al convertirse en el principal puente de vacunación y alfabetización sanitaria para la comunidad indocumentada.

6.2. Recomendaciones para la Gestión Consular

Con base en la evidencia analizada en la práctica de la sede de Saint Paul, se proponen las siguientes acciones concretas para optimizar el funcionamiento de la Ventanilla de Salud y fortalecer el trabajo del área de Comunidades:

- Institucionalizar los convenios locales frente a la rotación de personal: Es indispensable transitar de los acuerdos basados en la buena voluntad hacia convenios marco multianuales formalizados jurídicamente. Esto blindará la operación de la VDS ante los cambios

de administración, tanto del personal consular mexicano como de las directivas de las organizaciones aliadas.

- Diversificar la red de cooperantes institucionales: Para no centralizar la operación en un solo actor, se recomienda abrir canales de colaboración con escuelas de medicina y enfermería de universidades locales de Minnesota. Esto permitiría incorporar estudiantes en servicio social o prácticas profesionales, abaratando costos y ampliando el catálogo de servicios (como salud dental o nutrición).
- Optimizar el seguimiento preventivo digital: Se aconseja aprovechar las bases de datos del Sistema de Información de las Ventanillas de Salud (SIVDS) para diseñar campañas de seguimiento preventivo personalizado. Si un usuario se realiza una prueba de glucosa en el consulado, el área de Comunidades debe contar con mecanismos para canalizarlo a clínicas comunitarias fijas y monitorear su atención a mediano plazo, en caso de requerirlo.

6.3. Perspectivas a Futuro de las Ventanillas de Salud

La iniciativa de las Ventanillas de Salud en los consulados de México en Estados Unidos, a través de su red de alianzas locales y con el apoyo presupuestario parcial proveniente de la Secretaría de Salud, ha demostrado sus fortalezas como un canal para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población migrante.

En lo que se refiere a la iniciativa en su conjunto, desde el punto de vista de la administración, la optimización de recursos y la estructuración de la rendición de cuentas, se puede transmitir la necesidad de un mayor esfuerzo institucional, que no requiere cambios legales, con miras de allanar los principales desafíos operativos en el manejo de recursos y hacer previsible a los aliados la llegada oportuna del financiamiento aportado por México.

En este sentido, la Secretaría de Salud podría canalizar la totalidad su aportación mediante la partida presupuestal del Clasificador de Objeto de Gasto federal más

propicia, la 49201 “Cuotas y aportaciones a organismos internacionales” y por tanto calendarice la disponibilidad presupuestaria desde el primer trimestre del año y no hasta el último bimestre del año como ocurre actualmente, siendo ésta depositada en las cuentas que opera la Comisión de Salud Fronteriza a través de bancos estadounidenses. De esta manera, se podrían evitar las demoras inherentes al proceso actual de celebrar anualmente la Bases de Colaboración a ser firmadas por ambas secretarías y posteriormente la transferencia presupuestal que año con año involucra a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, situación que ha inyectado considerable incertidumbre y demora en la dotación de recursos a las agencias fiscales para su funcionamiento cotidiano (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2010).

A partir del precedente de las donaciones originales de 2003 hechas directamente por la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos para el lanzamiento del programa piloto de las Ventanillas de Salud en San Diego y Los Ángeles, se puede diseñar un mecanismo de rendición de cuentas respecto de los recursos monetarios, en lo administrativo, y una evaluación de resultados en cuanto a la oferta de servicios a la comunidad, en lo sustantivo. Incluso, la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos en coordinación con cada sede consular, podría explorar la alternativa de firmar Memorándum de Entendimiento con clínicas legales universitarias encargadas de auditar localmente el manejo de recursos de las Ventanillas de Salud y de ese modo contar con un escrutinio profesional sobre el uso de fondos públicos.

En lo que respecta al proyecto específico de cooperación con la clínica *St Mary's* en Saint Paul, y a la captación de los recursos adicionales, se ha demostrado que existe un interés de entes externos para fortalecer financieramente a la iniciativa de la VDS. El camino recorrido con Fundación Cargill en 2024, con el impulso del consulado, abre la puerta para desarrollar una procuración de recursos continua con otras empresas asentadas en Minnesota, etiquetando los recursos específicamente a dos rubros orientados a la expansión del programa: el apoyo financiero para los desplazamientos de la Ventanilla de Salud en la totalidad de las ciudades en las que

los Consulados Móviles brindan atención y la contratación de una promotora adicional para complementar el trabajo de la promotora actual, con miras a garantizar que la totalidad de los usuarios que acuden diariamente al consulado, reciban al menos un servicio de salud preventiva como toma de presión sanguínea, medición de glucosa o examen de la vista y a la vez cumplir en tiempo y forma la entrega de los diversos reportes sobre las actividades de la VDS. Ambos rubros requerirían una inversión anual aproximada de \$20,000 dólares, lo cual, considerando la magnitud del proyecto y su impacto, resulta asequible. Actualmente, ningún otro Consulado o incluso ninguna Ventanilla de Salud se ha planteado una meta de esta naturaleza, pero una adecuación administrativa bien ejecutada puede darle a la Ventanilla de Salud de Saint Paul este papel pionero en el servicio a la comunidad.

Finalmente se tiene que considerar que el entorno político, social y sanitario en los Estados Unidos se encuentra en constante evolución. Ante este panorama, el programa de las Ventanillas de Salud deberá transformar sus prioridades en el mediano y largo plazo bajo los siguientes ejes estratégicos:

- Abordaje prioritario de la salud mental y el trauma migratorio: La experiencia post-pandemia ha dejado claro que el desarraigo, las dinámicas migratorias y el estrés laboral impactan severamente a la comunidad mexicana. Las VDS deberán reconfigurar sus prioridades para que la atención psicológica y el manejo del estrés postraumático tengan el mismo peso operativo que las detecciones clínicas tradicionales.
- Adaptación proactiva a las normativas estatales cambiantes: El programa requerirá una alta flexibilidad política y legal. Mientras algunos estados de la Unión Americana flexibilizan el acceso a la salud para personas indocumentadas, otros endurecen sus leyes locales. La VDS tendrá que mapear de forma constante el entorno legal de su circunscripción para reconfigurar sus alianzas según el territorio.

- Incorporación de la telemedicina transnacional: La perspectiva de modernización apunta hacia el uso de tecnologías digitales. Ante la dispersión geográfica del Medio Oeste, la VDS de Saint Paul puede convertirse en un nodo pionero de telemedicina, conectando a pacientes en áreas rurales con especialistas bilingües mediante plataformas virtuales, reduciendo costos de traslado y maximizando el alcance de la diplomacia sanitaria mexicana.

6.4 Reflexiones finales

La forma de operar de la Secretaría de Relaciones Exteriores no siempre refleja una visión estratégica adaptada a las realidades de cada país o región e incluso presenta demoras en los compromisos institucionales establecidos desde el poder ejecutivo o en los marcos normativos. La política exterior, los lineamientos consulares y las acciones en favor de la población mexicana se dictan desde las oficinas centrales, muchas veces sin tener en cuenta las particularidades locales de cada comunidad migrante o la dinámica de cada país receptor.

Brindar a las representaciones en el exterior más autonomía en las decisiones presupuestarias y operativas podría mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta ante situaciones locales imprevistas. Esto incluiría la capacidad de reorientar recursos rápidamente en función de la demanda de servicios o emergencias locales, como fue el caso de la pandemia de COVID-19.

Con la descentralización de decisiones, una mayor flexibilidad administrativa, y el uso de tecnologías modernas que permitan a los consulados adaptarse rápidamente a los contextos locales, no solo se mejoraría la gestión interna, sino también la percepción de los ciudadanos mexicanos sobre la efectividad de los servicios prestados por las representaciones de México. Sin embargo, no puede descuidarse en ningún momento la necesidad de rendir cuentas y ejercer los recursos de forma transparente.

Bibliografía

- American Immigration Council (2021). *The Economic Contributions of Hispanic Americans*. New American Economy. Obtenido de: <https://www.americanimmigrationcouncil.org/report/hispanic-spending-power-2021/>
- Azari, S., Jenkins, V., Hahn J. y Medina L. (2024). "The Foreign-Born Population in the United States: 2022". American Community Survey Briefs. Obtenido de: <https://www2.census.gov/library/publications/2024/demo/acsbr-019.pdf>
- Banco de México. (2024). *Ingresos y Egresos por Remesas, diciembre de 2023*. Sistemas de Información Económicas. Obtenido de: <https://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-prensa/remesas/%7BFE4559B7-66D0-0A28-8175-D2A7E24AA1E5%7D.pdf>
- Banco Mundial. (2023). "Los flujos de remesas continúan creciendo en 2023, aunque a un ritmo más lento" *Reseña sobre migración y desarrollo: Flujos de remesas*. Obtenido de: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/12/18/remittance-flows-grow-2023-slower-pace-migration-development-brief>
- Castañeda, X. (2006). "Mobilizing Existing Networks and Resources to Focus on Migrant Health Care Issues". Universidad de California en Berkeley. Obtenido de <https://hia.berkeley.edu/wp-content/uploads/2014/03/bhwmobilizingnetworks.pdf>
- Comisión de Salud Fronteriza (2000). Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. Obtenido de: https://saludfronterizamx.org/wp-content/uploads/2025/06/1_1.pdf
- Comisión de Salud Fronteriza (2003). Informe Ejecutivo 2003. Obtenido de: <https://saludfronterizamx.org/biblioteca/transparencia/>
- Comisión de Salud Fronteriza (2021). Estrategia Ventanillas de Salud Resultados 2020 y proyectos estratégicos 2020-junio 2021. Informe Ejecutivo. Obtenido de <https://ventanillasdesaludums.org/wp-content/uploads/2021/12/Informe-ejecutivo-VDS-2020-jun2021.pdf>

- Comisión de Salud Fronteriza (2024a). Evaluación de la Estrategia Ventanillas de Salud. Reporte de Resultados. Obtenido de: https://ventanillasdesaludums.org/wp-content/uploads/2025/03/7.1-VDS_080924_COMPLETO_GOB.pdf
- Comisión de Salud Fronteriza (2024b). Modelo de Atención de Unidades Móviles de Salud. Obtenido de: <https://saludfronterizamx.org/biblioteca/transparencia/>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2019). Principios interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de la trata de personas (Resolución 04/19 aprobada por la Comisión el 7 de diciembre de 2019). Obtenido de: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/principios%20ddhh%20migrantes%20-%20es.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (1983). Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_to_pdf.php?fecha=03/02/1983&edicion=MAT
- Diario Oficial de la Federación (1984). Ley General de Salud. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4652777&fecha=07/02/1984&cod_diario=200301
- Diario Oficial de la Federación (1993). Reglamento Interior de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Obtenido de: https://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=4721259&fecha=3/03/1993&cod_diario=203502
- Diario Oficial de la Federación (2000). Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del año 2001. Obtenido de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2065188&fecha=31/12/2000#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (2002). Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el Exterior. Obtenido de: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=721574&fecha=08/08/2002#gsc.tab=0
- Diario Oficial de la Federación (2004). Decreto que reforma diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Obtenido de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=665736&fecha=26/08/2004
- Diario Oficial de la Federación (2004b). Acuerdo por el que se reforma el diverso que crea el Consejo Nacional para las Comunidades Mexicanas en el

- Exterior. Obtenido de https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=684674&fecha=16/03/2004#gsc.tab=0
- Flynn, M., Rodriguez, A., Lara, J., Rosales, C., Feldstein, F., Dominguez, K., Wolkin, A., Sierra Medel, I., Tonda, J., Romero-Steiner, S., Dicent, J., y Rangel M. (2021) "An innovative United States-Mexico Community Outreach Initiative for Hispanic and Latino People in the United States: A Collaborative Public Health Network", Public Health Report. Obtenido de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33478368/>
- Front Public Health (2017). "Ventanillas de Salud: A Collaborative and Binational Health Access and Preventive Care Program" National Library of Medicine. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28713806/>
- Gobierno de México. (2022). "En 2022, Ventanillas de Salud en EE. UU. brindaron más de 7 millones de servicios a 1.3 millones de personas". Obtenido de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/329-en-2022-ventanillas-de-salud-en-ee-uu-brindaron-mas-de-7-millones-de-servicios-a-1-3-millones-de-personas>
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior. (2016). "El programa Ventanilla de Salud es un programa que busca facilitar el acceso de los inmigrantes mexicanos a los servicios de salud." Obtenido de: <https://www.gob.mx/ime/acciones-y-programas/ventanilla-de-salud>
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior. (2018). Lineamientos de las Ventanillas de Salud. Obtenido de: <https://ime.gob.mx/salud/programa/ventanillas-de-salud-vds>
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (2020). Ventanillas de Salud (VDS). Obtenido de: <https://www.gob.mx/ime/articulos/ventanillas-de-salud-vds-239641?idiom=es>
- Instituto de los Mexicanos en el Exterior (2022). Revista Casa México, marzo de 2022. Obtenido de: <https://ime.red/casa-de-mexico/marzo-2022/interactivo>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). Censo de Población y Vivienda 2020 Obtenido de: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2020. Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido de INEGI: <https://www.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=702825198060>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *La Información Estadística de la Población Mexicana en el Exterior*. Obtenido de: <https://www.inegi.org.mx/eventos/2023/innametra/>
- Johansen, Selim, Jackson, & Ramirez Rattray (2024). *Knocking Down Public Health and Health Care Silos: An Innovative Covid-19 Health Equity Response*. New England Journal of Medicine Catalyst. Obtenido de <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11254351/>
- Migration Policy Institute. (2024). *Mexican Immigrants in the United States*. MPI Migration Information Source. Obtenido de: <https://www.migrationpolicy.org/article/mexican-immigrants-united-states>
- Minnesota Council on Latino Affairs. (2023). *A Portrait of Hispanic/Latine Minnesotans: Demographic Report*. Obtenido de: https://mn.gov/mcla/assets/03_31_23%20-%20Demographic%20Report%20-%20MCLA_tcm1099-602196.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Obtenida de: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Obtenido de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Ramos, G. (24 de mayo de 1990). "Mexican Political Heads Beat Path to Southland and Find Applause". *Los Angeles Times*. Obtenido de: <https://www.latimes.com/archives/la-xpm-1990-05-24-ti-5-story.html>
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2022). Presupuesto de Egresos de la Federación Ejercicio Fiscal 2023, Obtenido de: <https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF2023/home>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2003). Decreto por el que se crea el Instituto de los Mexicanos en el Exterior, con el carácter de órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores. Obtenido de: <https://www.gob.mx/ime/documentos/decreto-por-el-que-se-crea-el-ime>
- Secretaría de Relaciones Exteriores. (2018). Ventanilla de Salud. Obtenido de: <https://www.gob.mx/ime/acciones-y-programas/ventanilla-de-salud>
- Sisters of St. Joseph of Carondelet (2022). *Partners for the future*. Obtenido de: <https://csjcarondelet.org/partners-for-the-future/>

The American Presidency Project. (06 de 05 de 1998). *Joint Statement on Migration Adopted by the President of the United States and the President of Mexico*.
Obtenido de: <https://www.presidency.ucsb.edu/documents/joint-statement-migration-adopted-the-president-the-united-states-and-the-president-mexico>

Universidad de California en Los Ángeles (2024). "U.S. Latino GDP skyrockets to record \$3.7 trillion, with growth rate outpacing China, India" Obtenido de: <https://newsroom.ucla.edu/releases/us-latino-gdp-skyrockets-to-record-37-trillion-dollars>

U.S. Census Bureau. (12 de Agosto de 2021). Demographic and Housing Estimates.
Obtenido de: <https://data.census.gov>

Pike, A. (1899). *Ex corde locutiones: Words from the heart spoken of his dead brethren*.