

Cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana en Estados Unidos. Una mirada a nivel estatal¹

Paula Leite
Rodrigo Villaseñor

Introducción

Los datos más recientes sobre el acceso a los distintos esquemas de seguridad médica en Estados Unidos dan cuenta de profundas inequidades entre distintos grupos poblacionales, las cuales expresan procesos de integración social que difieren según la etnia/raza y también el estatus migratorio. Los inmigrantes mexicanos, por mucho la primera minoría inmigrante en el país, pero caracterizados por procesos de integración socioeconómica desfavorables, se encuentran sobrerrepresentados en el universo de población no asegurada. De hecho, más de la mitad no cuenta con cobertura de seguridad médica y enfrenta, en consecuencia, grandes obstáculos para acudir de manera regular y oportuna a los servicios de salud (CONAPO, 2005, 2008).

Lo anterior resulta, en buena medida, de la limitada probabilidad de que muchos mexicanos obtengan un seguro de salud a través del trabajo, el cual constituye el principal mecanismo para contar con un seguro médico. La posibilidad de contar con esa prestación varía según el tipo de ocupación desempeñada, en beneficio de aquellos que se insertan en el tope de la escala ocupacional y en desventaja para los trabajadores que laboran en las actividades menos calificadas. El bajo nivel de capital humano y el estatus de indocumentado que caracteriza a una significativa parte de los trabajadores mexicanos los confina a actividades poco calificadas y de baja remuneración, las cuales, en general, no incluyen la prestación de beneficios por parte del empleador, entre ellos el seguro médico.

Por otro lado, la población inmigrante mexicana se ha beneficiado en menor medida que otros grupos de los programas públicos orientados a apoyar a las familias de

escasos recursos. La condición de ciudadanía o un periodo mínimo de cinco años de estancia legal en el país constituyen criterios de elegibilidad que un número importante de mexicanos con bajos ingresos no ha podido cumplir (CONAPO, 2005, 2008, 2010).

Cabe recordar que en la Unión Americana cada estado tiene su propia política de salud, la cual, a partir de los criterios establecidos por las autoridades federales, puede ser más o menos incluyente, según el rumbo que tomen las decisiones políticas en temas como la cobertura de seguridad médica, la infraestructura médica, los costos de atención médica, etc. Uno de los aspectos centrales, en este contexto, se relaciona con el grado de acceso de las poblaciones inmigrantes a los programas públicos de salud dirigidos a los grupos de más escasos recursos. Muchos de los programas disponibles a nivel estatal, e incluso local, como *Medicaid* y *CHIP*,² son cofinanciados con fondos del gobierno de Estados Unidos y se encuentran blindados por ordenamientos y reglas federales específicas que rigen su funcionamiento.

Sin embargo, cuando los estados son la principal fuente de financiamiento, tienen la facultad de imponer requisitos adicionales a los criterios exigidos por las autoridades federales. Por ejemplo, los estados pueden incluir como condición de elegibilidad el requerir que al menos uno de los cinco años de residencia legal en el país haya sido en su circunscripción, o bien la ejecución de estrictos controles

¹ Agradecemos el apoyo de María Adela Angoa en el procesamiento de la información sobre la cobertura de seguridad médica de la población mexicana y nativa blanca en Estados Unidos.

² Medicaid es un programa para la atención de la salud financiado conjuntamente por el gobierno federal de los Estados Unidos y los gobiernos estatales, orientado a atender a las personas de bajos ingresos. Las pautas generales para el funcionamiento del programa son establecidas por el gobierno federal, en tanto los estados gozan de la opción y capacidad de diseñar la operación específica del programa en su territorio. El CHIP es el programa de seguro médico estatal, financiado en la mayoría de los casos conjuntamente con fondos federales y estatales, que proporciona cobertura médica a los menores de edad de familias de bajos ingresos que no tienen acceso al programa Medicaid o a un seguro privado.

para la calificación y acceso de los programas, que incluyen la realización de estudios socioeconómicos, visitas de inspección a la vivienda, o la comprobación rigurosa de la información presentada con la solicitud de petición. En consecuencia, una persona que califica para un programa de atención médica en un determinado estado pudiera no calificar en otros con criterios más estrictos.³ Todo lo anterior, aunado a las diferencias a nivel estatal en los procesos de integración laboral de la población inmigrante mexicana, que derivan en mayores o menores oportunidades de contar con un seguro médico a través del empleo, hace que el nivel de cobertura de seguridad médica de esta población varíe de manera significativa entre los distintos estados de la Unión Americana (CONAPO, 2010).

Por ello, nos parece pertinente profundizar en el análisis de las diferencias a nivel estatal en el acceso a los distintos esquemas de seguridad médica aún vigentes, en el contexto de un intenso activismo de las legislaturas estatales sobre los derechos de la población inmigrante y de una reforma del sistema de salud que, como se mencionará con mayor detalle a continuación, excluye a una parte sustantiva de la población inmigrante en virtud de su estatus migratorio. El presente artículo busca así hacer un balance del estado actual de cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana a nivel estatal e identificar los estados donde el grado de desprotección y las inequidades sociales resulten más alarmantes, lo cual, en buena medida, puede vincularse a un contexto político y social poco favorable a su integración.

El trabajo descansa en las estimaciones del CONAPO con base en la *Current Population Survey* y en los informes de la *Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales de Estados Unidos* (NCSL, 2005-2009). En un primer término, se examinan las provisiones de la reforma del sistema de salud aprobada en marzo de 2010 y se analizan sus eventuales implicaciones en el ámbito estatal. Seguidamente, se hace un breve balance de las leyes promulgadas en el periodo reciente en los estados de la Unión Americana, que definen los derechos y beneficios públicos de los inmigrantes, y que inciden en el acceso a la salud de la población inmigrante mexicana. Después, se examina el índice de desprotección de seguridad médica de este grupo y se analiza la magnitud de las disparida-

des con respecto a la población nativa blanca. Al final, se reflexiona sobre la condición de desventaja de la población inmigrante mexicana en el acceso a los diferentes esquemas de seguridad médica, en el marco de un gran activismo legislativo anti-migrante a nivel estatal y de la reforma del sistema sanitario.

La reforma del sistema de salud en Estados Unidos y sus afectaciones y reacciones a nivel estatal

El plan de reforma al sistema de salud aprobado por el Congreso de Estados Unidos y convertido en ley por el Presidente Obama en marzo de 2010 implica una transformación de fondo de uno de los sistemas de salud más desiguales del mundo desarrollado y sienta las bases para la construcción de un sistema de salud nacional más justo e incluyente. En un lapso de diez años, se aspira a asegurar médicamente a más de 32 millones de personas que se encuentran excluidas del sistema de salud, y beneficiar a varios millones más que ya cuentan con algún tipo de cobertura médica en territorio estadounidense. En este universo se incluye a un número importante de inmigrantes, que, tras un periodo de estancia legal de cinco años en el país, podrá verse beneficiado en el mediano plazo de las facilidades brindadas por el gobierno para tener acceso a servicios públicos o apoyo para reducir los costos de un seguro privado. En cambio, se estima que entre 15 y 20 millones de personas permanecerán ajenas al sistema de salud por no cumplir con algunos criterios básicos de elegibilidad. Así ocurrirá con un elevado número de individuos no institucionalizados⁴ —incluyendo ciudadanos estadounidenses—, y otros que, por razones religiosas y étnicas, no podrán calificar y acceder a las ventajas y beneficios incluidos en la reforma, por carecer, por ejemplo, de la calidad de arraigo a un sitio de habitación permanente (OA/DNC, 2009). Circunstancia que igualmente compartirán al menos 12 millones de inmigrantes no documentados —más de la mitad es nativo de México—, que tampoco podrán gozar de dichos beneficios, en tanto no exista un mecanismo previo que permita regularizar su estatus migratorio en Estados Unidos.

³ Por ejemplo, en el estado de Maine se requiere al menos un año de residencia legal en su circunscripción.

⁴ Personas sin hogar, personas alistadas en las fuerzas armadas, trabajadores migratorios o estacionales.

¿De qué manera afecta el plan de reforma del sistema de salud a los escenarios estatales? Por tratarse de un ordenamiento emanado del Congreso estadounidense y sancionado por el poder ejecutivo federal, se deberá implementar en todo el territorio de la Unión Americana, por lo que se esperaría que no subsistieran diferencias sustantivas entre los estados en cuanto al nivel de población asegurada.

No obstante, lo cierto es que ciertas provisiones de la reforma han generado una serie de obstáculos legales aún pendientes de acción, que buscan limitar la aplicación futura de algunas partes medulares del plan de salud, así como la función en la materia de las autoridades nacionales a partir de diferencias de carácter político. Tan sólo días después de la aprobación de la reforma del sistema sanitario, una docena de estados de la Unión Americana —Alabama, Carolina del Sur, Dakota del Norte, Dakota del Sur, Florida, Nebraska, Oklahoma, Pensilvania, Texas, Utah, Virginia, y Washington—, por medio de sus procuradores y fiscales generales, hicieron válida la ejecución de recursos judiciales en cortes federales, justificándolos como un efecto inmediato de la toma de control por la autoridad federal de la asistencia médica proporcionada en los estados —*una intromisión en la política estatal*—, que conducirá, a la larga, a su juicio, a la conducción de los servicios de salud por parte de esa autoridad, e impondrá una carga onerosa a las cuentas del país y sus ciudadanos (NSCL/Health Reform Implementation, 2010). Al respecto, habrá que ver qué tan factible resultará la disposición que determina que en 2014 el gobierno federal asumirá el 90% del financiamiento de los programas públicos de atención a la salud disponibles en los estados y localidades, y que podría contribuir a homogeneizar los criterios de elegibilidad de dichos programas en todo el territorio estadounidense.

Otro de los puntos centrales de las controversias presentadas, y que pudieran derivar en procesos judiciales aún más prolongados, se centra en el mandato que obliga a todas las personas en los Estados Unidos a contar con un seguro médico —*de lo contrario pudieran ser sujetos a una sanción*—, lo que de acuerdo con detractores del plan, restringe la libre elección —*el libre comercio*— de las personas de contar o no con un servicio determinado, en este caso una cobertura sanitaria; un derecho consagrado en la Constitución de los Estados Unidos y que ninguna otra ley nacional puede limitar (NSCL/Health Reform Implementation, 2010).

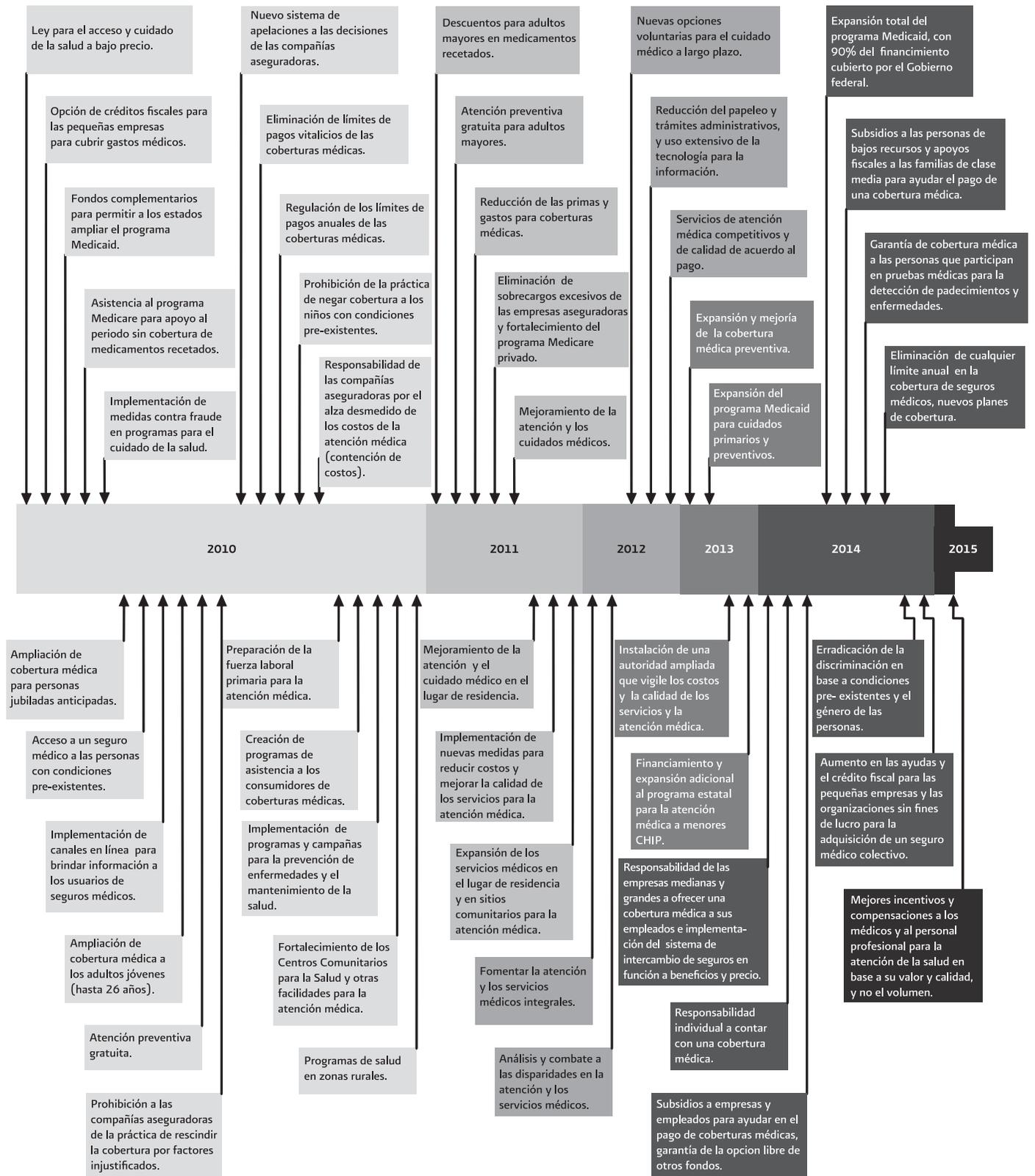
Cabe señalar que las disposiciones más comprensivas de la reforma del sistema de salud estadounidense serán puestas en ejecución de manera gradual a lo largo de los próximos diez años (véase diagrama 1). Por ejemplo, la obligación de las empresas de mediana y gran dimensión de ofrecer una cobertura médica a sus trabajadores o los apoyos del Estado para subsidiar los costos de la atención médica o la compra de un seguro de salud todavía no se encuentran vigentes. De hecho, el mandato que exige a las personas contar con un seguro privado para su atención médica y que tendrá un gran impacto en las estadísticas de cobertura de seguridad médica vence en 2014 (NGA, 2010). Es así muy probable que sólo a partir de entonces las fuentes de datos reflejen una ampliación sustantiva de la cobertura del sistema de salud nacional. Por otro lado, es también posible que en algunos estados la implementación de ciertas provisiones sustantivas de la reforma se vea obstaculizada o postergada en virtud de las controversias legales anteriormente mencionadas y de la eventual aprobación y promulgación de leyes estatales que buscan limitar el alcance de la reforma del sistema de salud.

El activismo legislativo a nivel estatal

En años recientes, la actividad legislativa de los gobiernos estatales de Estados Unidos relacionada con la inmigración y los inmigrantes ha observado un intenso dinamismo. En ausencia de una reforma migratoria integral a nivel federal, prácticamente todos los estados de la Unión Americana están definiendo su propia política de inmigración (Villaseñor y Acevedo, 2009; CONAPO, 2010). Según los informes de la *Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales* de Estados Unidos, entre 2005 y 2009 fueron promulgadas 567 leyes estatales relacionadas con la inmigración.⁵ La mayoría de estas leyes se orientaron a reglamentar la expedición y uso de licencias de conducir y documentos de identificación (22%), regular la actividad laboral (15%), el acceso a beneficios públicos (13%), la educación (12%), reforzar la seguridad y los controles de inmigración (11%)

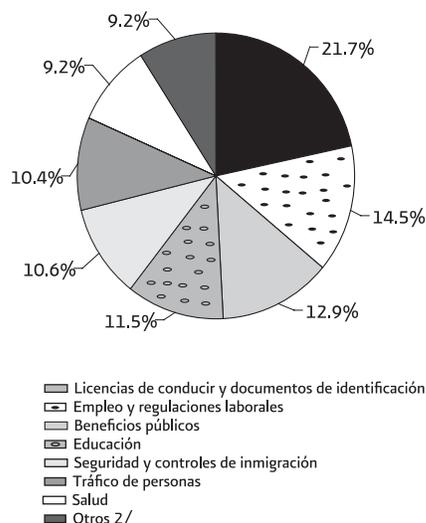
⁵ Excluidas las resoluciones y las leyes que no tuvieron como objeto deliberado al inmigrante o a la inmigración y aquellas que aludían al tema en el marco de disposiciones de otra índole.

Diagrama 1. Plan de acción para implementar el plan de reforma de salud nacional fijado por las autoridades estadounidenses



Fuente: Elaborado por CONAPO con base el portal del gobierno estadounidense: CuidadoDeSalud.gob

Gráfica 1. Temas de las leyes estatales promulgadas¹ en Estados Unidos en materia de inmigración, 2005-2009



Notas: 1/ No incluye Resoluciones ni otro tipo de disposiciones relacionadas con presupuestos y/o asignaciones económicas.

2/ Incluye las denominadas medidas integrales en materia inmigración irregular.

Fuente: Elaborado por CONAPO con base en los informes anuales de la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales, sobre legislación estatal promulgada en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes, 2005-2009.

y el combate al tráfico de personas (10%), entre otros aspectos (véase gráfica 1). Vale la pena destacar que el tema del acceso a la salud ha cobrado una particular relevancia para los congresos estatales a partir de 2007.

En general, las nuevas disposiciones estatales han generado un contexto más favorable para la población inmigrante documentada, toda vez que muchas de las leyes promulgadas en este periodo tuvieron el ánimo de reducir y, en algunos casos, eliminar una serie de restricciones para su acceso a beneficios públicos, así como de ampliar el ejercicio de ciertos derechos civiles, como por ejemplo el desarrollo de ciertas profesiones o actividades económicas que antes estaban limitadas a los ciudadanos de Estados Unidos. En cambio, los inmigrantes indocumentados se han enfrentado a reglamentaciones que dificultan sobremedida su integración: cerca de 80% de las leyes relacionadas con este grupo fue de carácter restrictivo y limitó sus derechos. El intenso activismo legislativo de los congresos estatales en temas que repercuten directa y negativamente en la vida diaria de los inmigrantes indocumentados observados en el primer semestre de

2010 corrobora que se ha convertido en la nueva fórmula que busca desalentar la inmigración y la estancia irregular de personas en sus territorios.

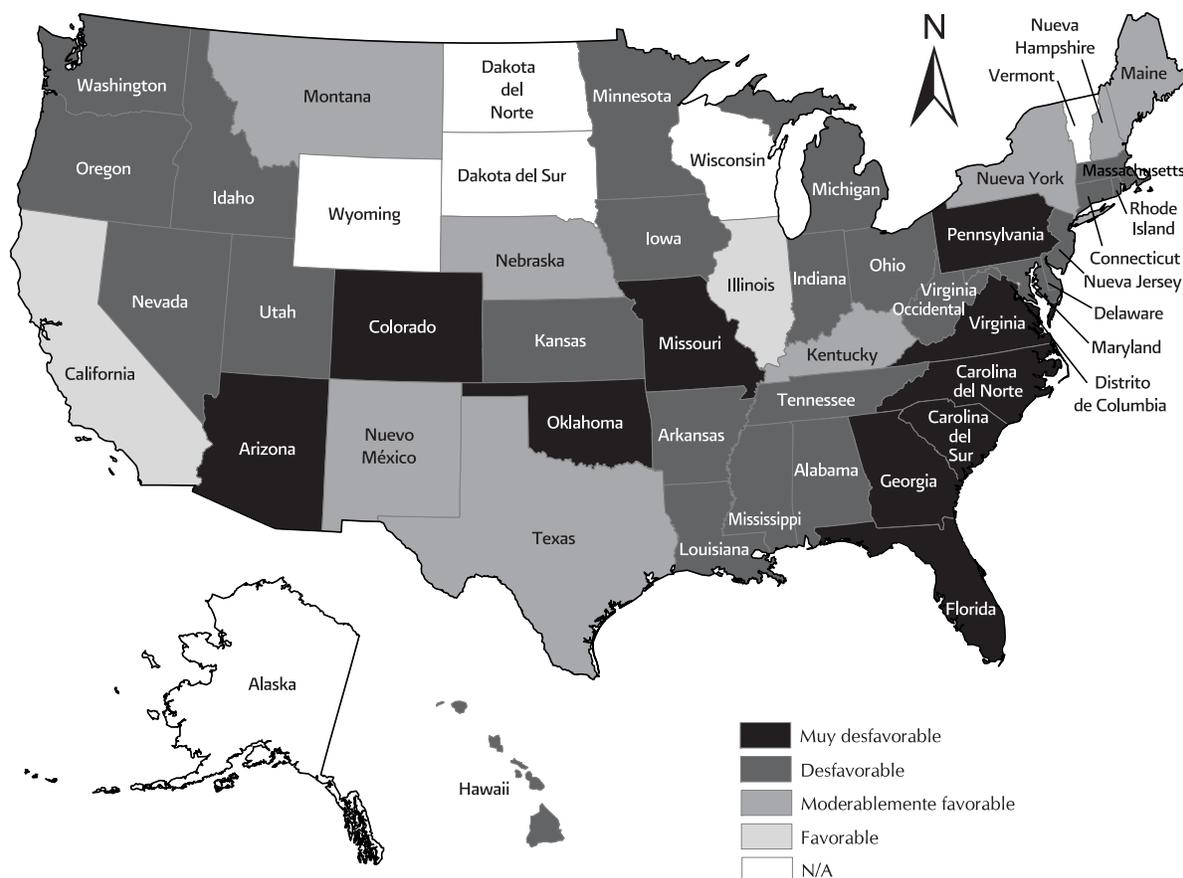
El análisis del sentido de las leyes promulgadas en los últimos años en el ámbito estatal con relación a los inmigrantes indocumentados permite establecer una clasificación de los contextos políticos hacia esta población, que varía desde la categoría de muy desfavorable a favorable. Arizona, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Colorado, Florida, Georgia y Virginia se insertan en la categoría muy desfavorable, al haber promulgado una serie de leyes que buscan dificultar la estancia de los inmigrantes indocumentados, por medio de restricciones en el campo laboral, en el acceso a la educación superior, la calificación para beneficios públicos, la expedición y uso de documentos de identidad y la aplicación de estrictos controles de inmigración y seguridad.

En el sentido opuesto, se encuentran los estados de California e Illinois que, a través de la promulgación de ciertas leyes, han permitido conformar contextos más "amigables" para los inmigrantes indocumentados (véase mapa 1). En el primer caso, destaca, por ejemplo, la ley que prohíbe a los arrendadores solicitar el estatus migratorio de sus arrendatarios o ejercer funciones de control migratorio (que no les corresponden); en el segundo, la ley que acepta a la *Matrícula Consular de Alta Seguridad* como documento de identidad de los inmigrantes mexicanos.

El tema específico del acceso a la salud, al igual que otros derechos fundamentales, como el acceso a la educación y a ciertos beneficios públicos, ha sido así abordado y regulado de forma recurrente en los últimos años. Tan sólo en el periodo 2005-2009, un total de 26 legislaturas estatales aprobaron alrededor de 120 iniciativas de ley que afectan a los inmigrantes indocumentados en áreas vinculadas con la atención médica y otros servicios públicos. La mayoría de estas leyes se orienta a implementar mayores restricciones de acceso a los programas o beneficios públicos para los inmigrantes en una condición indocumentada, con excepción de los casos de atención médica de emergencia o urgencia, la aplicación de inmunizaciones, y los servicios de detección y tratamiento de enfermedades contagiosas o de fácil transmisión (CONAPO, 2010).

Destacan los casos de Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Carolina del Norte, Carolina del Sur y Virginia, que, desde 2005, han promulgado de forma sistemática

Mapa 1. Actividad legislativa estatal orientada a la población inmigrante indocumentada en Estados Unidos,¹ 2005-2009.



Notas: 1/ Incluye legislación en educación, regulaciones al empleo, tráfico de personas, expedición y uso de licencias de conducir y documentos de identificación, beneficios públicos, seguridad y aplicación de la ley, y salud.

Fuente: Elaborado por CONAPO con base en los informes anuales de la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales, sobre legislación estatal promulgada en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes, 2005-2009.

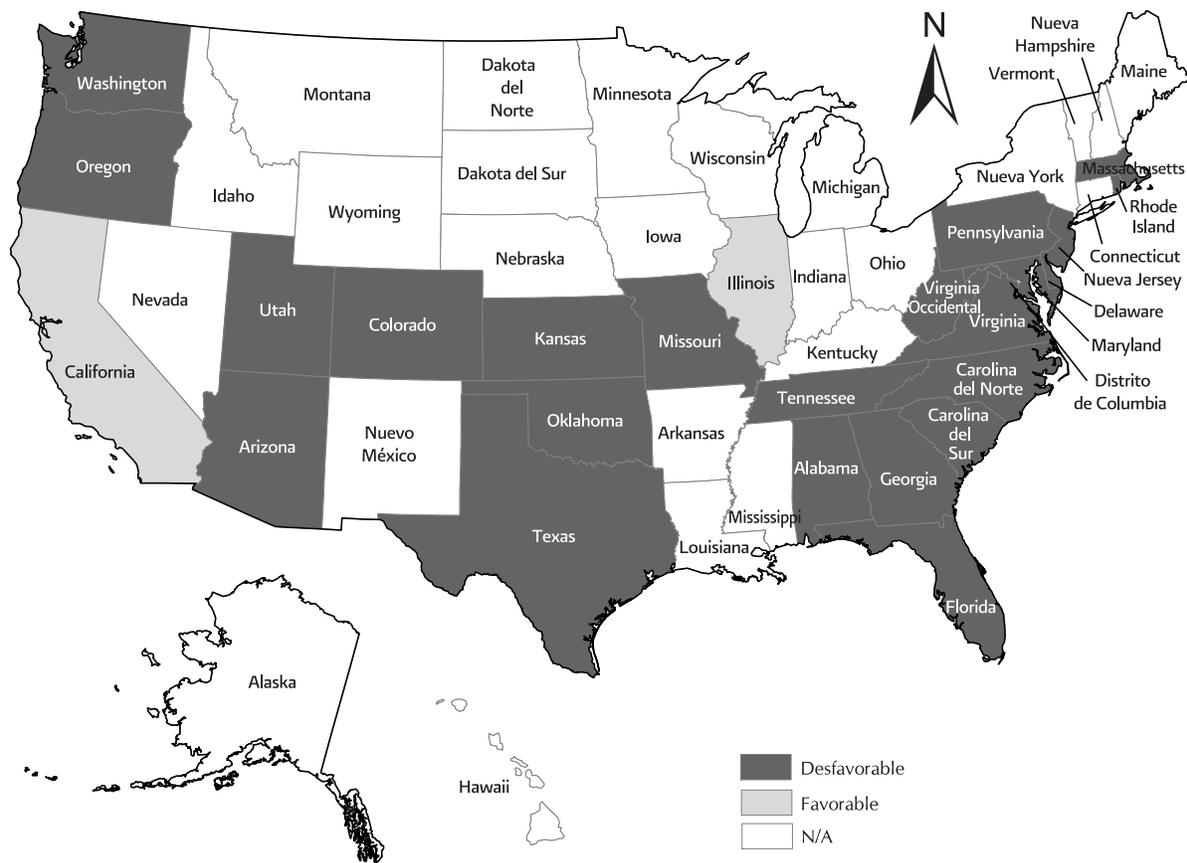
legislaciones que limitan y restringen fuertemente el acceso a los programas públicos estatales de las personas que no cuentan con un estatus migratorio legal en sus respectivos territorios, incluyendo las relacionadas con la salud y su mantenimiento (véase mapa 2). Otros estados, como Missouri, Nueva Jersey, Oklahoma, Pensilvania, Tennessee, Texas, Utah y Washington, han aprobado disposiciones similares, aunque de manera más coyuntural.

En sentido opuesto, resaltan las leyes promulgadas en los estados de California e Illinois entre 2005 y 2009, que permiten, por ejemplo, en lo referente al tópico que concierne a este estudio, la atención médica a inmigrantes indocumentados a través de programas locales y la canalización de más recursos estatales a los Centros Comunita-

rios para la Salud y a los Centros Migratorios para la Salud, instituciones que atienden a cualquier persona, sin importar su estatus migratorio.⁶ Estos estados han decidido, a través de sus propios recursos, favorecer las condiciones de vida de los inmigrantes y proveer, entre otros aspectos, de atención médica a ciertos grupos vulnerables, como mujeres embarazadas y niños menores que no califican para los programas federales.

⁶ Pese a este escenario desalentador a nivel nacional, vale la pena resaltar que un importante número de inmigrantes, en su mayoría irregulares, que no tienen acceso a muchas ventajas y beneficios públicos disponibles en los diferentes estados de la Unión Americana, se han visto favorecidos de alguna forma por medio de los programas locales.

Mapa 2. Actividad legislativa estatal sobre el acceso de la población inmigrante en Estados Unidos a los programas públicos de salud y otros beneficios públicos, 2005-2009



Fuente: Elaborado por CONAPO con base en los informes anuales de la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales, sobre legislación estatal promulgada en los Estados Unidos en materia de inmigración e inmigrantes, 2005-2009.

Disparidades estatales en la cobertura de seguridad médica

Los menores índices de cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana ocurren en estados con un historial muy reciente de inmigración procedente de México y/o de intenso activismo anti-migrante. En efecto, el carácter predominantemente indocumentado de la inmigración mexicana reciente restringe, desde luego, la posibilidad de adquirir un seguro a través del empleo, al tiempo que, en muchos de los estados, fomenta la definición de marcos normativos que limitan en su jurisdicción el acceso a los programas públicos por parte de los inmigrantes indocumentados. Destacan los estados de Louisiana, Mississippi, Carolina del Norte, Florida, Georgia, Carolina del Sur y Nueva Jersey, con un porcentaje de asegurados

inferior a 30%. En el otro extremo, se encuentran Rhode Island, Hawaii, Michigan, Alaska, Distrito de Columbia, Iowa, Indiana, Illinois y California, donde el nivel de cobertura de seguridad médica del contingente mexicano resulta más elevado (véase mapa 3).

En muy pocos estados de la Unión Americana resulta muy considerable la proporción que representa la población inmigrante mexicana en el universo de beneficiarios del *Medicaid*, lo que contraría a las voces que argumentan que los inmigrantes en general, y los mexicanos en particular, representan una elevada carga en el sistema de seguridad social. De acuerdo con la información disponible, hay dos estados donde esa proporción en la población con menos de 65 años es relativamente importante: en California equivale a 14% y en Arizona a 10% (véase gráfica 2). Si consideramos que casi uno de cada cuatro

a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico.

La condición de desventaja de los inmigrantes mexicanos se reproduce en mayor o menor medida en el ámbito estatal. En efecto, existen profundas disparidades entre los estados de la Unión Americana en cuanto al nivel de cobertura de seguridad médica de la población inmigrante mexicana, las cuales guardan una estrecha relación con la mayor o menor posibilidad de contar con un seguro médico a través del empleo.

Por otro lado, dichas diferencias se vinculan con la enorme diversidad de políticas públicas de salud, con frecuencia de cariz restrictivo hacia las poblaciones inmigrantes. De hecho, en los últimos años se ha observado una intensa actividad legislativa a nivel estatal que afecta los derechos otorgados a las poblaciones inmigrantes. En un número muy significativo de estados se ha legislado intensamente para limitar el acceso de las poblaciones inmigrantes a los beneficios y programas públicos, entre ellos, los relacionados con la atención de la salud. En consecuencia, los inmigrantes mexicanos tienen menores posibilidades de beneficiarse de los programas públicos de salud dirigidos a las familias de escasos recursos. En ausencia de una reforma migratoria integral, que dé una respuesta a la inmigración indocumentada, los estados han asumido la responsabilidad de definir su propia política migratoria. En muchos casos, han hecho eco de las voces más conservadoras que sostienen la necesidad de restringir los derechos de los migrantes, en particular los indocumentados, y han promulgado leyes que dificultan, a veces hasta el límite, su estancia en sus jurisdicciones.

Sin duda, la reforma al sistema de salud aprobada en marzo de 2010 constituye un paso importante para reducir las inequidades sociales en el acceso a la salud. No obstante, se mantendrán las inequidades basadas en el estatus migratorio. Es cierto que un número muy importante de la población inmigrante mexicana documentada se verá beneficiada por las disposiciones de dicha reforma, y que se esperaría que los niveles de cobertura de seguridad médica de los inmigrantes mexicanos (documentados) se incrementaran en todos los estados de la Unión Americana. Sin embargo, alrededor de 7 millones de nativos mexicanos en condición indocumentada permanecerán excluidos del sistema de salud. Todo parece indicar que

su incorporación al sistema tiene que pasar, en primera instancia, por una reforma migratoria que regularice su estatus jurídico, y sobre la cual no hay visos de que ocurra en el futuro próximo, derivado de la polarización del tema y del complicado clima político.

Asimismo, cabe resaltar que aquellos que pudieran verse beneficiados del plan, deberán esperar aún el desenlace de las controversias presentadas por un número importante de estados en relación con ciertas provisiones de la reforma, las cuales sin duda tendrán un impacto importante en las políticas de salud a nivel estatal. Por otro lado, mientras no se instrumente la provisión que coloca al gobierno federal como la primera fuente de financiamiento de los principales programas públicos de salud disponibles en los ámbitos estatal y local;⁷ los estados podrían, por el hecho de aportar recursos propios, conservar su facultad de imponer requisitos adicionales a los mínimos exigidos por las autoridades nacionales. En este contexto, es previsible que, en el futuro próximo, no se perciba un cambio de fondo en aquellos estados donde las políticas de salud son poco incluyentes.

En estos momentos cruciales, la reforma de salud no sólo enfrenta obstáculos jurídicos y políticos, sino que, por otro lado, no resulta posible atender de forma inmediata a las más de 30 millones de personas que se estima poder incorporar al sistema. Asimismo, está por concluir con el proceso de desarrollo de los reglamentos y procedimientos que se pondrán en ejecución para alcanzar los objetivos de la reforma sanitaria. En consecuencia, las provisiones en ella incluidas serán puestas en ejecución de manera gradual a lo largo de un periodo de diez años y sólo entonces se podrá evaluar con mayor efectividad los avances de la renovación del sistema de salud. Es probable y deseable que en los próximos años se lleve a cabo una reforma migratoria, lo cual, ciertamente, cambiará el contexto en que tendrán lugar los procesos de integración de los inmigrantes mexicanos en territorio estadounidense y, entre otros aspectos, su incorporación al sistema de salud de aquel país.

⁷ Según el plan de reforma del sistema de salud, en 2014, el 90% del financiamiento de los programas públicos provendrá de los fondos federales.

Referencias

- CONAPO, 2005, *Migración México-Estados Unidos. Temas de Salud*, México, Consejo Nacional de Población, 2005.
- CONAPO, 2008, *Migración y Salud. Latinos en los Estados Unidos*, México, Consejo Nacional de Población, 2008.
- CONAPO, 2010, *Migración y Salud. Inmigrantes Mexicanas en Estados Unidos*, México, Consejo Nacional de Población, 2010.
- Cuidadodesalud (sitio de internet), Washington, Department of Health and Human Services, 2010, disponible en: <http://www.cuidadodesalud.gov/enes/>
- Health Care (sitio de Internet), Washington, Department of Health and Human Services, 2009, disponible en: <http://www.healthcare.gov/>
- NGA, The Implementation Timeline of Health Reform, Reflecting the Affordable Care Act of 2010, Washington, National Governors Association, 2010, disponible en: <http://www.nga.org/Files/pdf/2010HHSIMPLEMENTATIONTIMELINE.PDF>
- NSCL, "State Immigration Related Bills", Washington, National Conference of State Legislatures, 2010, disponible en: <http://www.ncsl.org/Default.aspx?tabID=756&tabs=951,119,851#951>
- NSCL, "Informe anual sobre política estatal en los Estados Unidos en material de inmigración e inmigrantes" 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009, Washington, National Conference of State legislatures, disponible en:
<http://ncsl.org/default.aspx?tabld=13133>;
<http://ncsl.org/default.aspx?tabld=13137>;
<http://ncsl.org/default.aspx?tabld=13106>;
<http://ncsl.org/default.aspx?tabid=13058>;
<http://ncsl.org/default.aspx?tabid=19232>.
- NSCL, "Health Reform Implementation", Washington, National Conference of State Legislatures, 2010, disponible en: <http://www.ncsl.org/IssuesResearch/Health/tabid/160/Default.aspx>
- NSCL, "Health Standing Committee", Washington, National Conference of State Legislatures, 2010, disponible en: <http://www.ncsl.org/Default.aspx?TabID=773&tabs=855,24,636#855>
- OA/DNC, Barack Obama and Joe Biden's Plan to Lower Health Care Costs and Ensure Affordable, Accessible Health Coverage for All, Washington, Organizing for America, Democratic National Committee 2009, disponible en: <http://www.barackobama.com/pdf/issues/healthCareFullPlan.pdf>
- The focus on Health Reform, Summary of Key Health Reform in White House Proposal and House and Senate Reform Bill's (March 2010), disponible en: http://www.kff.org/healthreform/upload/7948_HR3962_HR3590_Summary.pdf
- USCB, Current Population Survey. Microdata. 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, disponible en: <http://dataferrett.census.gov/>
- Villaseñor, Rodrigo y Luís Acevedo "La actividad legislativa estatal vinculada con la inmigración y los inmigrantes en Estados Unidos", en Paula Leite y Silvia Giorguli (Coords.) *El estado de la migración. Las políticas públicas ante los retos de la migración en Estados Unidos*, México, Consejo Nacional de Población, 2009, p.415-438.
- WH, The President's Obama Health Reform Proposal, February 2010, Washington, The White House, 2010, disponible en: <http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/summary-presidents-proposal.pdf>

