

Desigualdades en el acceso a la atención médica para inmigrantes en California: proyecto de Ley de la Asamblea 1045 (AB 1045)

Miguel A. Fernández-Ortega,^{1*} Lilia V. Castro-Porras,¹ Gustavo A. Olaiz-Fernández,¹ Mario E. Rojas-Russell,² Alejandra Chávez-Ciriaco,¹ Brandon Salas-Sánchez¹ e Itzayana Sánchez-Méndez¹

¹Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina; ²Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: En 2002, el estado de California, en Estados Unidos, aprobó el Proyecto de Ley de la Asamblea 1045 (AB 1045), que permite a los médicos mexicanos trabajar en clínicas de salud para poblaciones de inmigrantes hispanos.

Objetivo: Comparar la satisfacción del paciente durante la consulta médica, en términos del desempeño de los médicos mexicanos en comparación con los médicos no mexicanos. La investigación se llevó a cabo en clínicas de tres condados de California, durante un período de seguimiento de dos años. **Material y métodos:** Estudio de encuestas repetidas en pacientes de nueve clínicas de tres condados de California después de una consulta médica, entre 2021 y 2023. Se realizaron análisis psicométricos de las variables de satisfacción, así como análisis bivariados y multivariados con regresiones logísticas.

Resultados: El número de pacientes hispanos que visitan las clínicas se incrementó de siete a nueve de cada diez en dos años. Hubo mayor satisfacción al ser atendido por médicos mexicanos que por médicos no mexicanos, principalmente en aspectos relacionados con la comunicación médico-paciente y el examen físico. **Conclusiones:** El modelo logístico mostró que los pacientes atendidos por médicos mexicanos tenían casi el doble de probabilidades de estar satisfechos que los atendidos por médicos no mexicanos.

PALABRAS CLAVE: Barreras del idioma. Disparidades sociales en salud. Equidad en el acceso a los servicios de salud. Inmigración. Política pública. Satisfacción del paciente.

Disparities in access to health care for immigrants in California: Assembly Bill 1045 (AB 1045)

Abstract

Background: In 2002, Assembly Bill (AB) 1045 was approved by the State of California, which allows Mexican physicians to work as providers in health clinics for low-income populations. **Objective:** To compare patient satisfaction during medical consultation in terms of the performance of Mexican physicians to that of non-Mexican physicians. This was done in, three California counties' clinics over a two-year follow-up period. **Material and methods:** A pseudo longitudinal study of patients of nine clinics in three counties from 2021 to 2023. Psychometric analyses of the satisfaction variables were performed, as well as bivariate and multivariate analyses with logistic regressions. **Results:** The number of Hispanic patients visiting the clinics increased from seven to nine out of ten in two years. There was greater satisfaction in being attended by Mexican

*Correspondencia:

Miguel A. Fernández Ortega

E-mail: miguelaf@comunidad.unam.mx

0016-3813/© 2024 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 25-06-2024

Fecha de aceptación: 26-09-2024

DOI: 10.24875/GMM.M24000904

Gac Med Mex. 2024;160:519-529

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

physicians than by non-Mexican physicians, mainly in aspects related to physician-patient communication and physical examination. **Conclusions:** The logistic model reported patients seen by Mexican physicians were almost twice as likely to be satisfied as those attended by non-Mexican physicians.

KEYWORDS: Language barriers. Social disparities in health. Equity in access to health services. Immigration. Public policy. Patient satisfaction.

Introducción

En febrero de 2024, Estados Unidos contaba con un total de 336 069 135 habitantes, lo cual lo convierte en el tercer país más poblado del mundo después de China e India; 19.1 % eran latinos, predominantemente hispanos.¹ Asimismo, en 2017 se calculó que 64 % de los 12 millones de inmigrantes irregulares de Estados Unidos eran de origen hispano, asentados principalmente en California, Texas y Florida.² En 2023, había 38 965 193 habitantes en California, 40.3 % de los cuales eran latinos (principalmente hispanos)³ y 10.4 millones, inmigrantes predominantemente mexicanos, muchos de ellos monolingües.⁴

Comparados con el número de hispanos en Estados Unidos, solo 5.4 % de los médicos eran de ascendencia latina e hispanohablante.⁵ En California, se calculó un total de 113 718 médicos en 2022, de los cuales solo 7197 (6.3 %) eran de origen hispano,⁶ aun cuando dos de cada cinco personas del estado pertenecen al segmento de la población hispana.³ Esta disparidad sugiere que una proporción significativa de esta población tiene dificultades para acceder a los servicios médicos debido a deficiencias de comunicación asociadas a problemas lingüísticos en la relación médico-paciente.⁷⁻⁹

La barrera idiomática entre los hispanos no angloparlantes es un obstáculo que acentúa las desigualdades al acceder a la atención médica.¹⁰⁻¹³ En concreto, la población que vive en comunidades rurales (agrícolas) y semimetropolitanas y tiene un nivel bajo de ingresos son inmigrantes de primera, segunda e, incluso, tercera generación que trabajan en el sector agrícola, de servicios o de la construcción. Ellos corren un mayor riesgo de sufrir enfermedades o accidentes laborales.¹³ Por si esto fuera poco, no pueden acceder a los servicios médicos por la falta de seguro médico o de estabilidad económica.^{3,10,11,13-15} Aunque esta realidad es bien conocida, muchas de las dificultades asociadas a este acceso a la atención médica y a la satisfacción del paciente se deben a la falta de conocimientos culturales y lingüísticos entre los

hispanos.¹⁶ Otras disparidades en materia sanitaria asociadas al idioma se han descrito, por ejemplo, entre médicos hispanohablantes que brindan servicios sanitarios a la población hablante de lenguas indígenas de Guatemala.¹⁷

Varios estudios indican que la calidad de la atención médica recibida y el nivel de satisfacción con los servicios médicos a menudo se valoran según las expectativas y frustraciones de los propios pacientes.^{9,18} Las disparidades en la satisfacción de los pacientes son importantes al medir las percepciones de la calidad de la atención médica. Estas disparidades se asocian a cuestiones tales como el número de pacientes establecidos en una clínica, el número de pacientes nuevos y la adherencia al tratamiento, entre otros. La falta de adherencia al tratamiento o la falta de continuidad asociada a la atención médica tiene que ver con el deterioro de la salud/enfermedad, desarrollo de complicaciones, incremento de los costos derivados de la atención médica e, incluso, la muerte.¹⁹

Varios estudios han resaltado la importancia de la concordancia racial y étnica, incluido el género, en la comunicación médico-paciente satisfactoria para efectos prácticos. No solo los aspectos idiomáticos son clave, sino también otros más profundos que definen esta relación, tales como sentimientos de respeto y comprensión, así como al interpretar la enfermedad, la vida o la muerte.¹⁹⁻²² Los problemas de comunicación derivados de las diferencias culturales médico-paciente suelen contribuir a una disparidad en el entendimiento del origen de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos disponibles,²³ lo cual ha llevado a diferentes autores a coincidir en que los pacientes de poblaciones multiculturales están más satisfechos con proveedores sanitarios que comparten antecedentes raciales o étnicos similares.

En el año 2000, representantes de la California Hispanic Health Care Association (Estados Unidos), integrada por centros de salud comunitarios en entidades rurales y metropolitanas con alta concentración de mexicanos de primera y segunda generación, se pusieron en contacto con la Facultad de Medicina de

la Universidad Nacional Autónoma de México y con la Secretaría de Salud de México para solicitar su apoyo a fin de avalar el Proyecto de Ley de la Asamblea 1045 (Assembly Bill 1045, AB 1045). En términos prácticos, AB 1045 tiene como objetivo brindar atención “culturalmente competente” a la comunidad hispana mediante la prestación de servicios sanitarios por médicos formados en México y que ejercen en Estados Unidos.²⁴

AB 1045/Capítulo 1157 (Programa Piloto de Médicos y Dentistas Titulados en México) fue presentado por el Central Coast Health Consortium y se basa en la aplicación del AB 1045/Capítulo 1157 promulgado en California en 2002.²⁵ En dicho Proyecto, se autorizan 30 licencias para médicos de familia, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y 30 dentistas mexicanos. De esta forma, pueden ejercer su profesión durante tres años en centros sanitarios comunitarios de California que atienden principalmente a poblaciones inmigrantes latinas.

La particularidad del AB 1045/Capítulo 1157 es que los médicos mexicanos seleccionados no requieren pruebas adicionales ni cursos de capacitación en Estados Unidos. Sus estudios de especialización en universidades e instituciones de salud mexicanas son válidos, y han sido certificados y recertificados por los consejos médicos de las cuatro especialidades autorizadas. Al finalizar los tres años, los médicos mexicanos tienen que regresar a su país.^{24,25}

AB 1045 se implementó 18 años después de que fuese aprobado en 2002, pero hasta 2021 los primeros médicos mexicanos comenzaron a ejercer como profesionales sanitarios en California. En la actualidad, se ha licenciado a 26 médicos de un total de 30. A continuación, se presentan los resultados de las evaluaciones correspondientes a tres años de seguimiento de este programa, incluidas las mediciones basales antes de la llegada de los médicos mexicanos en 2021 y las de dos años tras la incorporación de estos (2022 y 2023). Atendiendo al rendimiento, el objetivo del estudio fue determinar la satisfacción de los pacientes con los médicos mexicanos durante las consultas médicas en clínicas de tres condados de California durante un período de seguimiento de dos años.

Material y métodos

Se realizó un estudio de encuestas repetidas en 2021, 2022 y 2023 para obtener información de los pacientes o sus familiares en nueve clínicas comunitarias en los condados de Tulare, Monterrey y

San Benito que atienden a una población inmigrante, predominantemente hispana, receptoras de médicos mexicanos bajo el amparo de AB 1045, en la región central de California. Por razones de confidencialidad, las clínicas de este estudio se denominarán arbitrariamente como clínicas 1, 2 y 3 (C1, C2 y C3).

Los participantes fueron distintos en cada recolección de información. No obstante, los criterios de inclusión para los participantes y las preguntas formuladas fueron siempre las mismas; en ese sentido, el diseño podría considerarse pseudolongitudinal.²⁶ Las encuestas las llevó a cabo un equipo de tres encuestadores entre octubre y noviembre de 2021, noviembre y diciembre de 2022 y octubre de 2023, simultáneamente. Los participantes fueron seleccionados mediante invitación directa a los pacientes o familiares salientes de una consulta médica.

Los participantes menores de edad fueron acompañados por sus padres o tutores. El idioma del instrumento (español o inglés) fue seleccionado según la preferencia del participante y administrado por un médico previamente capacitado que no pertenecía a la clínica. La entrevista se efectuó con una tableta electrónica que contenía un cuestionario validado en el idioma elegido. La información se guardó en tiempo real en una base de datos electrónica. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito, previa aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con registro FM/DI/054/2019.

Instrumento

Se realizó un cuestionario de satisfacción percibida compuesto por 34 ítems de opción múltiple en la versión de 2021 y 40 ítems en las versiones de 2022 y 2023. En los tres casos, los cuestionarios incluían tres tipos de variables: las características sociodemográficas (10 ítems), la satisfacción con los servicios de la clínica (14 ítems) y la satisfacción con la atención médica dispensada (16 ítems). En la versión 2021 no se incluyeron variables relacionadas con la nacionalidad del médico, el tiempo total pasado en la clínica, el tiempo de espera, el tiempo transcurrido hasta ser derivado a un especialista cuando fuese necesario (tanto dentro como fuera del centro) y una pregunta sobre recomendaciones para la mejora del servicio. En 2021, el cuestionario fue validado, tanto en la forma como en el fondo, por profesores de la Universidad Nacional Autónoma de México y pilotado en la evaluación basal.

Plan de análisis

El análisis tuvo en cuenta a todos los participantes de 2021, pero no había médicos mexicanos, ya en ese año se realizó la medición basal previa al inicio del programa. La versión del cuestionario para 2022 y 2023 versó sobre la nacionalidad del médico tratante. Del estudio se excluyeron todos los cuestionarios en los que no se respondió esta pregunta o cuando el participante no pudo identificar la nacionalidad del médico.

Para los tres años, la descripción de las características sociodemográficas de los participantes e ítems asociados a la atención médica recibida durante la consulta se basó en medidas de tendencia central y dispersión o frecuencias y proporciones, según la naturaleza de la variable. Los resultados se informaron por nacionalidad del médico tratante y para el total de cada muestra.

El índice de satisfacción se desarrolló con base en un análisis factorial exploratorio y en 14 ítems del cuestionario sobre las percepciones de los participantes en sus interacciones con el médico. En la mayoría de las preguntas, las opciones de respuesta fueron binarias u ordinales, y divididas en tres categorías, razón por la cual se empleó una matriz de correlación policórica. Se retuvieron ítems con cargas factoriales > 0.4 y se identificaron sus estructuras factoriales. Se desarrolló un único factor de satisfacción que explica 79.0 % de la varianza del instrumento utilizando 10 de los 14 ítems inicialmente considerados. Se obtuvo un valor de 0.79 en el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach. Esta misma prueba se utilizó para validar la consistencia interna del factor generado en los datos de muestra obtenidos en 2023, estableciendo un punto de corte superior a 0.7 como criterio de aceptación.²⁷

Las cargas factoriales y el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach se muestran en los datos adicionales (Tabla 1). Se obtuvieron las medias del índice de satisfacción por clínica y por nacionalidad del médico tratante para cada año del estudio. Se realizó la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk para el índice de satisfacción. Como no se cumplió el criterio de normalidad, se realizaron pruebas no paramétricas de diferencia de medias de Kruskal-Wallis para más de dos grupos y pruebas U de Mann-Whitney para dos grupos. Considerando la distribución sesgada negativamente de la variable índice de satisfacción, se empleó la mediana de la medición basal como punto

de corte para la creación de la variable dicotómica de satisfacción (satisfecho/no satisfecho).

Para comparar la satisfacción entre años de encuesta, se calculó la razón de momios (RM) de satisfacción a partir de un modelo logístico, considerando como variables de ajuste la clínica, el idioma en que se realizó la consulta y las variables sociodemográficas, que obtuvieron $p < 0.30$ en el análisis bivariado y que fueron estadísticamente significativas en el modelo multivariado. Para evaluar la multicolinealidad, se calculó el factor de inflación de la varianza para las variables independientes en una regresión lineal auxiliar. Valores < 5 fueron aceptables. El modelo logístico multivariado ajustado resultante se sometió a la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow.²⁸ Se presentaron gráficos de la probabilidad estimada de satisfacción a partir del modelo logístico por nacionalidad del médico tratante y clínica o año de estudio. Se consideró significación estadística para todos los análisis cuando se obtuvieron valores de $p < 0.05$. Los análisis se realizaron con el programa Stata versión 18.

Resultados

La muestra total fue de 1463 participantes y estuvo compuesta por 708, 390 y 365 participantes para las encuestas de 2021, 2022 y 2023, con una tasa de no respuesta inferior a 5 %. En el primer año, como no había médicos de origen mexicano, se incluyó toda la muestra. La C3 obtuvo el porcentaje más alto de participantes, tanto en 2021 como en 2023 (63.8 y 42.5 %, respectivamente). En los tres años estudiados, la participación de mujeres fue superior a 70 % en ambos grupos comparativos. La mayoría de los participantes se encontraban en el rango de edad de 40 a 59 años y superaban 70 % para 2022 (80.2 y 74.8 % para los participantes atendidos por médicos mexicanos y no mexicanos, respectivamente). Más de la mitad dijo tener educación primaria o secundaria. Asimismo, la mayoría de los participantes indicaron estar casados y más de 90 % se identificaron como latinos. A nivel laboral, las amas de casa fueron el grupo más frecuente (25.3 %), seguidas por trabajadores de servicios (22.3 %) y los agricultores (16.5 %). Se debe mencionar que el número de consultas por médicos mexicanos se incrementó en el grupo de desempleados entre 2022 y 2023 (Tabla 1).

Respecto a las características de la atención médica según la nacionalidad de los proveedores sanitarios, las mediciones basales se obtuvieron en 2021 cuando

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes entre 2021 y 2023 según la nacionalidad de los médicos tratantes

Característica	Mexicanos				No mexicanos				Total			
	2021 (n = 172)	2022 (n = 225)	2023 (n = 218)	P	2021 (n = 708)	2022 (n = 708)	2023 (n = 140)	P	2021 (n = 708)	2022 (n = 390)	2023 (n = 365)	P
Edad (media ± desviación estándar)	42.0 ± 18.3	45.3 ± 16.6	40.8 ± 18.3	42.3 ± 17.1	46.5 ± 16.5	< 0.01	40.8 ± 18.3	42.2 ± 16.6	45.8 ± 16.5	< 0.01		
Clínica												
1	74	45.1	33	39.3 < 0.01	68	100.0	90	54.9 < 0.01	68	9.6	164	42.1 < 0.01
2	55	66.3	96	76.2	188	100.0	28	33.7	188	26.6	83	21.3 < 0.01
3	43	30.1	96	61.9	452	100.0	100	69.9	452	63.8	143	36.7 < 0.01
Sexo												
Masculino	48	28.1	56	25.0	NS	208	29.8	47	21.7	36	26.1	NS < 0.01
Femenino	123	71.9	168	75.0	490	70.2	170	78.3	102	73.9	NS	208 < 0.01
Rango de edad (años)												
≤ 19	2	1.2	5	2.2 < 0.01	25	3.5	1	0.5	2	1.4	< 0.01	25 < 0.01
20-39	11	6.4	79	35.1	57	8.1	12	5.5	50	35.7	57 < 0.01	8.1 < 0.01
40-59	138	80.2	101	44.9	524	74.0	163	74.8	54	38.6	524 < 0.01	74.0 < 0.01
≥ 60	21	12.2	40	17.8	102	14.4	42	19.3	34	24.3	102 < 0.01	14.4 < 0.01
Educación*												
Ninguna o educación primaria o educación incompleta	30	17.4	12	5.4 < 0.01	130	18.4	38	17.4	6	4.3	< 0.01	130 < 0.01
Educación primaria o secundaria completa	89	51.7	112	50.0	210	29.7	92	42.2	76	54.3	210 < 0.01	29.7 < 0.01
Educación secundaria completa	35	20.3	55	24.6	263	37.1	59	27.1	37	26.4	263 < 0.01	37.1 < 0.01
Educación universitaria o superior	18	10.5	45	20.1	80	11.3	29	13.3	21	15.0	80 < 0.01	11.3 < 0.01
Estado civil*												
Soltero	63	36.6	95	42.4 < 0.01	221	31.2	75	34.4	55	39.3	< 0.01	221 < 0.01
Casado	87	50.6	129	57.6	354	50.0	114	52.3	85	60.7	354 < 0.01	50.0 < 0.01
Otro	22	12.8	0	0.0	133	18.8	29	13.3	0	0.0	133 < 0.01	18.8 < 0.01
Se considera latinoamericano/a												
No	14	8.1	13	5.8	NS	217	30.6	21	9.6	14	10.0	217 < 0.01
Sí	158	91.9	212	94.2	491	69.4	197	90.4	126	90.0	491 < 0.01	69.4 < 0.01
Trabaja en la actualidad												
No												
Sí												
Ocupación												
Estudiante	12	7.0	10	4.5	0.05	61	9.1	16	7.3	5	3.6	< 0.01
Amo de casa	39	22.7	55	24.6	164	24.4	57	26.1	37	26.4	164 < 0.01	24.4 < 0.01
Desempleado	15	8.7	32	14.3	63	9.4	23	10.6	14	10.0	63 < 0.01	9.4 < 0.01
Agricultor	41	23.8	36	16.1	110	16.4	46	21.1	24	17.1	110 < 0.01	16.4 < 0.01
Trabajador social	22	12.8	49	21.9	65	9.7	24	11.0	32	22.9	65 < 0.01	9.7 < 0.01
Profesional	11	6.4	7	3.1	20	3.0	18	8.3	5	3.6	20 < 0.01	3.0 < 0.01
Otra	32	18.6	35	15.6	188	28.0	34	15.6	23	16.4	188 < 0.01	28.0 < 0.01

*Algunos participantes no respondieron. Prueba de Kruskal-Wallis o prueba de χ^2 según el tipo de variable; NS: no significativo.

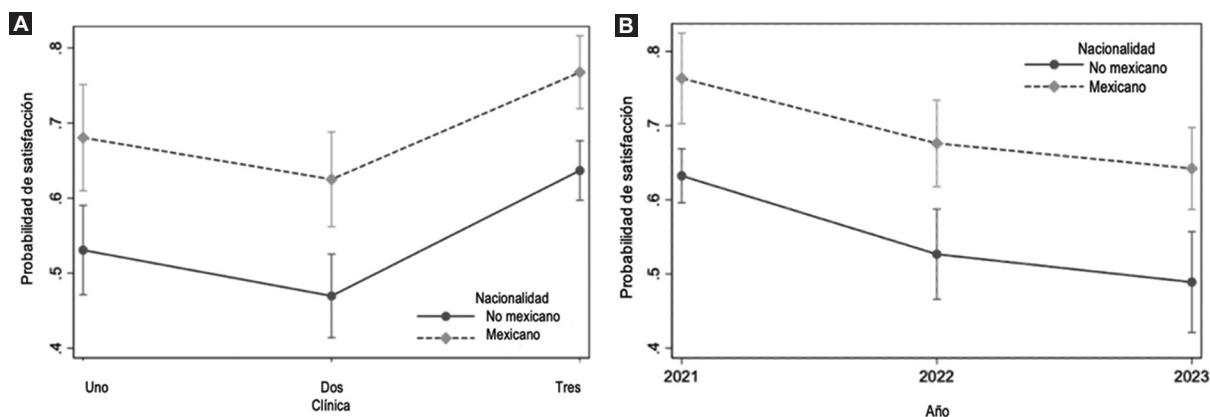


Figura 1. Probabilidad obtenida de un modelo logístico para la satisfacción. **A:** por clínica y nacionalidad del médico tratante. **B:** por año y nacionalidad del médico tratante.

no había médicos mexicanos trabajando. En este sentido, las casillas de la Tabla 2 de la columna de 2021 están vacías y solo se reportan el primer y segundo año de desarrollo del programa (2022 y 2023). Cuando a los pacientes se les formuló la siguiente pregunta: “Durante la consulta, ¿tuvo ocasión de hacerle al médico todas las preguntas que le preocupaban sobre su salud?”, 85.5 y 98 % de los pacientes respondieron “Sí, en detalle” para los médicos mexicanos. Para los médicos no mexicanos, 78 y 80 % de los participantes dieron la misma respuesta, respectivamente; dicha diferencia fue significativa. A la pregunta, “Durante la consulta, ¿escuchó el médico atentamente su explicación sobre su enfermedad?”, 98 % de los pacientes respondió “Sí, en detalle” para los proveedores mexicanos en ambos años. En cambio, la misma respuesta para los médicos no mexicanos fue de 89 % en 2023. Cuando se les hizo la pregunta, “¿Siente que el médico comprendió los síntomas o molestias que motivaron la consulta?”, 91 y 92 % de los pacientes respondieron afirmativamente para los proveedores mexicanos. En cambio, 87 y 78 % de los pacientes respondieron afirmativamente para los proveedores no mexicanos en los mismos años, 2022 y 2023 (Tabla 2). Además, se observaron diferencias significativas en la pregunta “¿Cómo calificaría la exploración del médico durante la consulta?”. La exploración física llevada a cabo por el médico fue considerada completa por 92 y 96 % de los pacientes atendidos por médicos mexicanos en 2022 y 2023, respectivamente. La misma respuesta fue reportada por 88 y 81 % de los atendidos por médicos no mexicanos. En cuanto a la explicación del médico sobre la enfermedad de los pacientes, las respuestas claras

y muy claras para los dos años estuvieron por encima de 96 %, incluso llegaron a 99 %. Estas respuestas no fueron tanto para los médicos no mexicanos; de hecho, 13 % de los pacientes no comprendieron la explicación en 2023.

El índice de satisfacción mostró un sesgo negativo en los tres años del estudio y los valores mínimos, percentiles 50. Los valores máximos de este índice fueron 11, 28 y 29 para 2021; 10, 28 y 29 para 2022; y 13, 28 y 29 para 2023 (datos no mostrados). No obstante, la media de este índice fue mayor en los participantes atendidos por médicos mexicanos que en los atendidos por no mexicanos en los años en los que fue posible realizar una comparativa por nacionalidad: 27.6 versus 27.2 en 2022 y 27.5 versus 26.1 en 2023 (Tabla 3).

El valor mediano fue de 28, con el cual como punto de corte se creó la variable para indicar si un participante había quedado o no satisfecho con el servicio médico recibido. El modelo logístico indicó que un paciente atendido por un médico mexicano tenía casi el doble de probabilidad de estar satisfecho que un paciente atendido por un médico no mexicano, con independencia de la clínica en la que fue atendido o el año en que recibió dicha atención médica ($RM = 1.90$ [1.40, 2.58]) (Tabla 4).

A partir de este modelo, se calculó la probabilidad de satisfacción en un análisis *post hoc*, tal como se muestra gráficamente en los resultados. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad estimada de experimentar satisfacción cuando los médicos tratantes eran mexicanos versus cuando no lo eran, tanto por clínica como por año de medición (Figuras 1A y 1B).

Tabla 2. Características de la atención de los pacientes entre 2021 y 2023 según la nacionalidad de los médicos tratantes

Característica	Mexicanos												No mexicanos												Total										
	2021 (n = 172)			2022 (n = 225)			2023 (n = 225)			p			2021 (n = 708)			2022 (n = 140)			p			2021 (n = 708)			2022 (n = 390)			2023 (n = 365)			p				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%					
Durante la consulta, ¿tuvo ocasión de hacerle al médico todas las preguntas que le preocupaban sobre su salud?	3	1.7	5	2.2	< 0.01	26	3.8	10	4.6	14	10.0	< 0.01	26	3.8	13	3.3	19	5.2	< 0.01	540	78.7	321	82.5	345	94.8										
No tuve la ocasión/no quise	22	12.8	0	0.0		120	17.5	33	15.2	0	0.0		120	17.5	55	14.1	0	0.0																	
Sí, en parte	147	85.5	219	97.8		540	78.7	174	80.2	126	90.0		540	78.7	321	82.5	345	94.8																	
Sí, en detalle																																			
La cantidad de tiempo que el médico dedicó a explicar su enfermedad o motivo de consulta fue:	4	2.3	8	3.6	< 0.01	25	3.7	5	2.3	15	10.9	< 0.01	25	3.7	9	2.3	23	6.4	< 0.01	655	96.3	380	97.7	338	93.6										
Inadecuado	167	97.7	215	96.4		655	96.3	213	97.7	123	89.1		655	96.3	380	97.7	338	93.6																	
Adecuado																																			
¿Hasta qué punto pidió y tuvo en cuenta el médico su opinión durante la consulta?	8	4.7	11	4.9		30	4.4	11	5.1	6	4.3		30	4.4	19	4.9	17	4.7		19	11.2	61	27.1	50	7.4	48	22.2	53	38.4	600	88.2	299	77.7	232	63.9
Nada	19	11.2	61	27.1		600	88.2	157	72.7	79	57.2		600	88.2	299	77.7	232	63.9																	
Un poco	142	84.0	153	68.0																															
Adecuadamente																																			
Durante la consulta, ¿escuchó el médico atentamente su explicación sobre su enfermedad?	3	1.8	5	2.2	NS	20	3.0	6	2.8	15	10.9	< 0.01	20	3.0	9	2.3	20	5.5	< 0.05	656	97.0	375	97.7	342	94.5										
No	165	98.2	219	97.8		656	97.0	210	97.2	123	89.1		656	97.0	375	97.7	342	94.5																	
Si																																			
¿Siente que el médico comprendió los síntomas o molestias que motivaron la consulta?	15	8.8	17	7.6	NS	59	8.9	26	12.1	30	21.7	< 0.01	59	8.9	41	10.6	47	13.0	155	91.2	207	92.4	155	91.2	207	92.4	155	91.2	207	92.4	155	91.2	207	92.4	
En parte																																			
Sí, totalmente																																			
¿Cómo calificaría la exploración del médico durante la consulta?	10	5.9	2	0.9	< 0.05	97	14.3	18	8.4	15	10.7	< 0.01	97	14.3	28	7.3	17	4.7	3	1.8	6	2.7	22	3.2	8	3.7	11	7.9	559	82.4	344	89.8	331	90.7	
No me hizo una exploración	156	92.3	217	96.4		559	82.4	188	87.9	114	81.4		559	82.4	344	89.8	331	90.7																	
Incompleta																																			
Completa																																			
¿Respondió el médico a todas sus preguntas?	1	0.6	7	3.1	0.05	13	2.1	12	5.6	17	12.1	< 0.01	13	2.1	13	3.4	24	6.6	< 0.01	169	99.4	218	96.9	609	97.9	202	94.4	123	87.9	609	97.9	371	96.6	341	93.4
No																																			
Sí, completamente																																			

(Continua)

Tabla 2. Características de la atención de los pacientes entre 2021 y 2023 según la nacionalidad de los médicos tratantes (continuación)

Prueba de la χ^2 : NS: no significativo.

Tabla 3. Escala de satisfacción según la nacionalidad del médico tratante y por año

Año	Nacionalidad		Total	p*
	Mexicano	No mexicano		
2021				
n (%)	0	708 (100.0)	708 (100.0)	
Satisfacción	NP	27.2 ± 2.6	27.2 ± 2.6	
2022				
n (%)	172 (44.1)	218 (55.9)	390 (100.0)	0.028
Satisfacción	27.6 ± 1.6	27.2 ± 2.0	27.4 ± 1.8	
2023				
n (%)	225 (61.6)	140 (38.4)	365 (100.0)	0.000
Satisfacción	27.5 ± 2.1	26.1 ± 3.5	26.9 ± 2.8	

*Prueba t de Student; NP: no procede.

Tabla 4. Modelo multivariado de asociación entre nacionalidad y satisfacción (2021-2023)

Modelo	n	RM (IC 95 %)	Variables de ajuste
I	1 463	1.16 (0.91, 1.47)	Ninguna
II	1 463	1.35 (1.05, 1.72)	Clínica
III	1 463	1.20 (0.94, 1.52)	Edad
IV	1 463	1.71 (1.27, 2.29)	Año en el que se obtuvieron las mediciones
V	1 463	1.16 (0.91, 1.47)	Sexo
VI	1 462	1.16 (0.91, 1.47)	Estado civil
VII	1 462	1.23 (0.96, 1.57)	Educación
VIII	1 410	1.19 (0.93, 1.51)	Trabaja en la actualidad
IX	1 462	1.27 (0.98, 1.65)	El médico habla español
X	1 463	1.22 (0.96, 1.56)	El médico es latinoamericano
XI	1 463	1.31 (1.02, 1.68)	Clínica, grupo de edad
XII	1 463	1.90 (1.40, 2.58)	Clínica, año
XII	1 463	1.88 (1.38, 2.55)	Clínica, edad y año

Se incluyeron 1463 participantes (708, 390 y 365 en 2021, 2022 y 2023, respectivamente).

Discusión

Estados Unidos tiene el sistema de salud más caro del mundo, con un gasto médico de 15.9 % en 2020 y 14.1 % en 2022.²⁹ A pesar de ello, el sistema sanitario de este país no es eficaz ni equitativo y deja sin atención médica de calidad a las personas con un poder adquisitivo bajo, principalmente de origen hispano y/o inmigrante, que viven en áreas rurales.^{7,8,30} Desde 2016, los inmigrantes indocumentados/no

autorizados que se quedaron fuera de la reforma sanitaria y los inmigrantes asentados legalmente arrojaron las tasas más bajas de cobertura sanitaria (39 y 17 %, respectivamente) en comparación con los ciudadanos estadounidenses (9 %).¹⁵

Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de la población que acudió a las clínicas participantes era de origen latino, tal y como se ha descrito durante los últimos 20 años.^{9,16,31} El perfil sociodemográfico de estos usuarios sigue siendo parecido: principalmente mujeres hispanas, mexicanas con educación básica, de bajos ingresos, con edades comprendidas entre los 40 y 59 años), cuyas ocupaciones eran amas de casa, agricultoras, trabajadoras de servicios y, en este informe, además, también desempleadas. A pesar de estas similitudes persistentes a lo largo de dos décadas, se observó un incremento de más de 25 % de los pacientes que acudieron a las nueve clínicas para recibir atención médica en este estudio. El número de pacientes pasó de siete de 10 en la medición basal en 2021 a nueve de 10 en los últimos dos años (2022 y 2023), lo cual sugiere un aparente incremento de pacientes de origen latino en estos centros médicos.

En cuanto a la calidad de la atención médica recibida por los pacientes, se observaron diferencias significativas entre los proveedores mexicanos y no mexicanos en varias preguntas asociadas a la satisfacción del paciente en términos de comunicación paciente-médico. Llama la atención que los pacientes hispanos atendidos por médicos en español tuvieron más oportunidades de expresar sus motivos de consulta y dudas, se sintieron más escuchados y tuvieron la sensación de que se entendían sus síntomas y problemas de salud. Además, se tuvo la percepción de que el examen físico realizado por médicos mexicanos fue más completo en hasta 96 % de los pacientes. En este sentido, los usuarios atendidos por médicos mexicanos en español tenían casi el doble de probabilidades de estar satisfechos que los atendidos por médicos no mexicanos, con independencia de la clínica donde se recibiera la atención médica o del grupo de edad al que pertenecieran (en 2023, más del doble) (RM = 2.21 [1.40, 3.48]).

Con independencia de la clínica asignada o los médicos y el año de evaluación (2022 o 2023), estos resultados demuestran el éxito de AB 1045/Capítulo 1157 (Programa Piloto de Médicos y Dentistas Titulados de México) desde el punto de vista del acceso a la atención médica recibida por el paciente y la satisfacción generada con los servicios sanitarios. Según distintos autores, lo anterior se traduce

en mayor confianza, seguridad, mejores condiciones sanitarias y posibilidad de adherencia terapéutica.^{2,9,18,21,22,32,33} Ejemplos de esto son los descritos por Fernández en un hospital público con pacientes hispanohablantes que asociaron una mayor competencia cultural y lingüística a mejores resultados clínicos, sobre todo, en casos de enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión.^{9,10,34} Asimismo, los resultados de un estudio de 250 pacientes realizado en una clínica especializada en el manejo de la hipertensión confirma que una comunicación adecuada médico-paciente se traduce en una mayor adherencia terapéutica en pacientes hipertensos.³³

Millones de personas en Estados Unidos enfrentan enormes disparidades sociales derivadas de innumerables barreras estructurales en el sistema político contra inmigrantes que no cumplen los criterios necesarios, ya sea por su estatus legal o por la duración de su residencia en el país. Tal es el caso de la Ley de Responsabilidad Personal y Reconciliación del Trabajo (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act, PRWORA), aprobada en 1996, y la Ley de Asistencia Sanitaria (Affordable Care Act, ACA), aprobada en 2010, que excluyen a estos individuos de la posibilidad de tener seguros sanitarios financiados por el gobierno federal (Medicaid). Les excluye, incluso, de tener seguros autofinanciados y acceso a ayudas económicas tales como la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI); las ayudas para alimentos (SNAP) y asistencia médica (Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños [CHIP]).^{14,35-38}

Tal y como se ha explicado, AB 1045 tiene como objetivo mejorar el acceso a los servicios sanitarios para personas hispanas, monolingües que viven en áreas marginadas del estado de California.²⁵ Históricamente, estas personas se han considerado personas vulnerables propensas a sufrir problemas de salud graves, tal como muestran los indicadores de morbilidad y mortalidad, esperanza o años de vida saludable perdidos.¹³ En consecuencia, el Programa Piloto AB 1045 parece erigirse como un contrapeso a la actual legislación, tanto estatal como federal, que limita el acceso a los servicios sanitarios para los hispanos con diferentes niveles de marginación. Estas personas reciben atención médica en clínicas comunitarias en los tres condados que se benefician de dicha legislación.

Aun cuando la principal fortaleza de este estudio fue la recolección de datos primarios a partir de un diseño de encuesta repetida, los autores reconocen limitaciones, algunas de las cuales son las que se presentan a continuación: los participantes no fueron los mismos durante los tres años del estudio, el número de participantes se redujo debido a factores ambientales, laborales (vacaciones de proveedores), institucionales (reformas realizadas en las clínicas participantes) y culturales (apatía a la hora de participar). No obstante, el número de participantes fue suficiente para obtener el poder estadístico necesario para hacer inferencias. Otra limitación del estudio fue la homogeneidad de la muestra de pacientes que acudieron a estas clínicas. En este sentido, la extrapolación de estos resultados solo es posible para poblaciones similares a las comunidades participantes, predominantemente de origen hispano.

Conclusiones

Existen determinantes sociales de la salud que prevalecen en la población inmigrante de primera y segunda generación, las cuales sumadas a las barreras legislativas que genera el sistema político de Estados Unidos en la población con bajo poder adquisitivo, provoca enormes dificultades de acceso a la atención médica, insatisfacción y peores indicadores de salud. El AB 1045/Capítulo 1157 reduce las disparidades sociales y reivindica el papel que desempeñan las instituciones sanitarias en estas comunidades. Posibilita servicios de alta calidad, valorados por la población hispana con altos niveles de satisfacción. Ante todo, proporciona proveedores de atención médica cultural y lingüísticamente competentes capaces de generar una adecuada relación médico-paciente en español. Según el análisis comparativo entre médicos mexicanos y no mexicanos, las consultas llevadas a cabo por los primeros fueron mejor calificadas que las llevadas a cabo por los últimos, sobre todo entre la población adulta.

Por último, se pudo observar una mayor presencia de pacientes latinos en las clínicas en el segundo año de desarrollo de este programa piloto que en años anteriores, llegando a nueve de cada 10 pacientes en 2023. Estos resultados han sido presentados a la Legislatura de California y coinciden con las conclusiones de la University of Davis sobre el éxito de este Programa, razón por la cual ya se ha presentado la

iniciativa AB 2860 al mismo Congreso Estatal, que amplía este Programa hasta 2044 con el apoyo total de asambleístas y senadores. Asimismo, los estados de Texas y Arizona están estudiando la posibilidad de desarrollar la misma estrategia en sus respectivos territorios.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses. Los directores de las tres clínicas participantes proporcionaron todas las facilidades a su alcance para que el grupo de evaluación tuviera la información disponible, personal de apoyo conocedor del trabajo comunitario y dentro de las instalaciones. No participaron en el diseño, el proceso de datos ni en la redacción del manuscrito.

Financiación

La Fundación Gonzalo Río Arronte fue la institución que proporcionó el financiamiento necesario para llevar a cabo esta investigación; su único interés fue participar en la evaluación de AB 104 del estado de California que compara el rendimiento de los médicos mexicanos con el de los norteamericanos. Los fondos de la Fundación se proporcionaron a la Universidad Nacional Autónoma de México para llevar a cabo esta investigación de tres años. La Fundación Gonzalo Río no participó en modo alguno en la investigación, tan solo recibe los informes técnicos y financieros. Código de proyecto: S.654

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Además, los autores reconocieron y siguieron las recomendaciones según las guías SAGER dependiendo del tipo y naturaleza del estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

- Dietrich S, Hernández E. Language use in the United States: 2019. American Community Survey Reports. United States Census Bureau; 2022. Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2022/acs/acs-50.pdf>
- Beck TL, Le TK, Henry-Okafor Q, Shah MK. Medical care for undocumented immigrants: national and international issues. *Physician Assist Clin.* 2019;4(1):33-45. DOI: 10.1016/j.vph.2018.10.008
- US Census Bureau [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos: Health insurance historical tables-HHI Series. Disponible en: <https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/health-insurance/historical-series/hic.html>
- IOM UN Migrations [Internet]. Ginebra, Suiza: Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. Organización Internacional para las Migraciones. Disponible en: <https://publications.iom.int/es/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2020>
- AAMC [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos: 2022 Physician specialty data report. Association of American Medical Colleges. Disponible en: <https://www.aamc.org/data-reports/data/2022-physician-specialty-data-report-executive-summary>
- AAMC [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos: 2021 State physician workforce data report. Disponible en: <https://www.aamc.org/data-reports/workforce/report/state-physician-workforce-data-report>
- McAlister M, Helton JD. A comparison of the United States and Austrian healthcare needs and systems. *Inquiry.* 2021;58:004695802110001. DOI: 10.1177/00469580211000162
- Zieff G, Kerr ZY, Moore JB, Stoner L. Universal healthcare in the United States of America: a healthy debate. *Medicina.* 2020;56(11):580. DOI: 10.3390/medicina56110580
- Fernández A, Schillinger D, Grumbach K, Rosenthal A, Stewart AL, Wang F, Pérez-Stable EJ. Physician language ability and cultural competence. An exploratory study of communication with Spanish-speaking patients. *J Gen Intern Med.* 2004;19(2):167-174. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.30266.x
- OPS [Internet]. Perfil de país-Estados Unidos de América. PAHO/OPS. 2023 Sep 19. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/paises/2022/perfil-estados-unidos>
- Otero-Puime A, Zunzunegui MV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. En: Salud y Comunidad. España: Elsevier; 2011. p. 87-99. Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>
- Fuertes C, Laso M. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An Sist Sanit Navar.* 2008;29(1):9-25. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2163>
- Flynn MA, Eggerth DE, Jacobson CJ. Undocumented status as a social determinant of occupational safety and health: the workers' perspective. *Am J Ind Med.* 2015;58(11):1127-1137. DOI: 10.1002/ajim.22531
- Omelas IJ, Yamanis TJ, Ruiz RA. The health of undocumented Latinx immigrants: what we know and future directions. *Ann Rev Public Health.* 2020;41(1):289-308. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094211
- Kaiser Family Foundation. Health coverage of immigrants. San Francisco, California, Estados Unidos: Kaiser Family Foundation; 2019. Disponible en: <https://files.kff.org/attachment/Fact-Sheet-Health-Coverage-for-Immigrants>
- Fernández-Ortega MA, Juárez-Flores A, Olaiz-Fernández GA, et al. Patient dissatisfaction associated with physician-patient linguistic discordance in California clinics: an analytical cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2023;189(23). DOI: 10.1186/s12913-023-09176-2
- Flood D, Chary A, Rohloff P, et al. Language as health. En: Avineri N, Graham LR, Johnson EJ, et al., editores. *Language and social justice in practice.* New York/Londres: Routledge; 2019. p. 136-143.
- Wang Y, Liu C, Wang P. Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective. *Front Public Health.* 2023;11. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1103819
- Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient race/ethnicity and quality of patient-physician communication during medical visits. *Am J Public Health.* 2004;94(12):2084-2090. DOI: 10.2105/ajph.94.12.2084
- Hayek S, Derhy S, Smith ML, Towne SD, Zelber-Sagi S. Patient satisfaction with primary care physician performance in a multicultural population. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9(1). DOI: 10.1186/s13584-020-00372-7
- López-Vera A, Thomas K, Trinh C, Nausheen F. A Case study of the impact of language concordance on patient care, satisfaction, and comfort with sharing sensitive information during medical care. *J Immigr Minor Health.* 2023;25(6):1261-1269. DOI: 10.1007/s10903-023-01463-8
- Moore C, Coates E, Watson A, De Heer R, McLeod A, Prudhomme A. "It's Important to work with people that look like me": Black patients' preferences for patient-provider race concordance. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2022;10(5):2552-2564. DOI: 10.1007/s40615-022-01435-y
- Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, et al. Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA.* 1999;282(6):583-589. DOI: 10.1001/jama.282.6.583
- Cicero-Domínguez SA. La iniciativa AB 1045: un ejercicio bioético de equidad y acceso a la salud para la comunidad mexicana migrante de California. *Rev Marplatense Filos.* 2003;7:15-35. Disponible en: <http://www.agoraphilosophica.com/Agora7/agora7-Cicero%20Dom%20Dnguez.pdf>
- Assembly Member Firebaugh. Assembly Bill No. 1045. Chapter 1157. An act to repeal and add Section 853 of, and to add Sections 854 and 855 to, the business and professions code, relating to healing arts. Disponible en: http://www.leginfo.ca.gov/pub/01-02/bill/asm/ab_1001-1050/ab_1045_bill_20020930_chaptered.pdf
- Pan X. Repeated cross-sectional design. En: Gu D, Dupre ME, editores. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging.* Springer; 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-22009-9_578
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika.* 1951;16(3):297-334. DOI: 10.1007/BF02310555
- Hosmer DW, Lemeshow S. Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model. *Commun Stat: Theory Methods.* 1980;9(10):1043-1069. DOI: 10.1080/03610928008827941
- Expansión/Datosmacro.com [Internet]. Estados Unidos-Gasto público salud. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/usa>
- Garcini LM, Nguyen K, Lucas-Marinelli A, Moreno O, Cruz PL. "No one left behind": a social determinant of health lens to the wellbeing of undocumented immigrants. *Curr Opin Psychol.* 2022;47:101455. DOI: 10.1016/j.copsyc.2022.101455
- Kelson M, Nguyen A, Chaudhry A, Roth P. Improving patient satisfaction in the Hispanic American community. *Curēus.* 2022 Aug 22. DOI: 10.7759/cureus.27739
- Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient satisfaction determinants of inpatient healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(21):11337. DOI: 10.3390/ijerph182111337
- Tran AA, Szekely B, Moughalian SS, DiGiovanna MP, Sanft T, Hofstatter E, et al. The impact of communication style on patient satisfaction. *Breast Cancer Res Treat.* 2019;176(2):349-356. DOI: 10.1007/s10549-019-05232-w
- Świątoniowska-Łonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician-patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1). DOI: 10.1186/s12913-020-05912-0
- INEGI [Internet]. México: Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2023. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022-Dft.pdf>
- ASPE [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos: Overview of immigrants' eligibility for SNAP, TANF, Medicaid, and CHIP. Assistant Secretary for Planning and Evaluation; 2012 Mar 26. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/reports/overview-immigrants-eligibility-snap-tanf-medicaid-chip-0>
- Perreira KM, Pedroza JM. Policies of exclusion: implications for the health of immigrants and their children. *Ann Rev Public Health.* 2019;40(1):147-166. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-040218-044115
- ASPE [Internet]. Washington, D.C., Estados Unidos: The affordable care act: coverage implications and issues for immigrant families. Assistant Secretary for Planning and Evaluation; 2012 Apr 29. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/reports/affordable-care-act-coverage-implications-issues-immigrant-families-0>