



MIGRANT CLINICIANS NETWORK



Fallas del sistema de salud estadounidense para las solicitantes de asilo embarazadas

Informe oficial de la Red de Proveedores de Servicios de Salud para Migrantes (MCN)

Octubre de 2022

Colaboradores y agradecimientos

Autor principal: Alexander Starobin

Editores/Colaboradores: Deliana Garcia, MA, Directora de la División de proyectos internacionales y temas emergentes, y Claire Hutkins Seda, Directora adjunta de comunicaciones de la Red de Proveedores de Servicios de Salud para Migrantes (MCN)

Correspondencia: Claire Hutkins Seda, cseda@migrantclinician.org

La Red de Proveedores de Servicios de Salud para Migrantes (MCN por sus siglas en inglés) es una organización nacional sin fines de lucro cuya misión es crear soluciones prácticas en la intersección entre la vulnerabilidad, la migración y la salud. Nuestra visión es alcanzar un mundo justo y equitativo en salud, donde la migración nunca sea un impedimento para el bienestar. Para más información sobre MCN visite www.migrantclinician.org.

Este informe oficial presenta información sobre lo que actualmente se sabe de las necesidades de las mujeres embarazadas solicitantes de asilo que acaban de ser liberadas de su centro de detención en la frontera entre E.E. U.U. y México y, de su capacidad de acceso a los servicios de salud. Al tener un mejor conocimiento de las necesidades de estas mujeres se les podrá ofrecer un control continuo y eficaz de servicios prenatales y perinatales desde el momento de su liberación hasta su llegada a la comunidad destino.

Este informe no pretende abordar la política de inmigración de este país ni ofrecer recomendaciones al gobierno sobre quién o cómo una persona puede entrar. Al contrario, en este informe se plantean las deficiencias alarmantes que posee el sistema de servicios de salud ante esta población vulnerable y de la que este país ha asumido responsabilidad. Los resultados, interpretaciones y conclusiones obtenidos con base a las entrevistas no necesariamente representan las opiniones de MCN, sus patrocinantes o sus aliados.

MCN desea agradecer a los numerosos profesionales de la salud, al personal de los refugios para inmigrantes y a los defensores en salud que aportaron su conocimiento e ideas para este informe. MCN expresa su gratitud a Enedelia Basurto; Charlene D'Cruz, PA; Marsha Griffin, MD; Candace Kugel, FNP, CNM; Annie Leone, CNM; Brenda Ramirez; Camila Velasquez; y Luis Zayas, PhD.

Resumen

Muchas de las personas que solicitan asilo en E.E. U.U. ya están embarazadas y necesitan atención médica básica cuando llegan a la frontera sur del país. A miles de personas se les permite entrar a E.E. U.U. mientras están a la espera de sus audiencias de inmigración, pero, dadas las condiciones actuales, estas personas enfrentan grandes obstáculos para conseguir cuidados prenatales, a pesar de que las autoridades gubernamentales ya les han concedido el permiso de estar legalmente en el país. La precariedad en el diseño de diversos sistemas y la mala ejecución de las políticas gubernamentales han contribuido a que la atención en salud de una población vulnerable que está bajo la responsabilidad de E.E. U.U., sea insuficiente. Por un lado, tanto las solicitantes de asilo como sus embarazos enfrentan graves peligros al no tener acceso a cuidados de salud adecuados y; por el otro, el sistema de salud se enfrenta a mayores costos de atención debido a los casos de urgencias, los retrasos en la prestación de servicios y a las complicaciones de salud que se puedan dar como resultado. Es necesario un cambio integral del sistema de salud para garantizar un trato humano.

Introducción

Cada año, miles de migrantes desesperados llegan a la frontera entre México y E.E.U.U. en busca de asilo en este país.¹ En el 2021, sólo 36.000 personas solicitaron asilo con éxito,² mientras que la gran mayoría de los migrantes que llegaron a la frontera -alrededor de 1,2 millones- fueron repatriados inmediatamente.³ Desde el 2019, la mayoría de los solicitantes de asilo presentes en la frontera son expulsados inmediatamente de E.E.U.U., bien para esperar por el procedimiento de asilo desde México (de acuerdo con los Protocolos de Protección al Migrante)⁴ o debido a la pandemia COVID-19 (según el Título 42 de la Ley de Servicios de Salud Pública).⁵ Sin embargo, a algunos de los que tienen problemas de salud urgentes se les permite permanecer en el país mientras esperan por la audiencia de asilo. Entre las personas a las que se les suele permitir permanecer con sus familias están las solicitantes de asilo embarazadas que, en su mayoría, están en el tercer trimestre del embarazo.

Una vez que las dejan en libertad, las solicitantes de asilo embarazadas se enfrentan a múltiples obstáculos además de las numerosas fallas sistémicas que dificultan enormemente la búsqueda de cuidados prenatales, hecho que pone en peligro sus vidas y sus embarazos. Si bien es cierto que durante este período pueden ser elegibles para determinados programas de asistencia pública, el gobierno no les proporciona recursos ni apoyo para acceder a esos programas y para conseguir la atención que necesitan tanto en la frontera como en las comunidades de destino.⁶ Además, llegan a un sistema de salud frágil y sobrecargado en muchas zonas del país. Algunas organizaciones sin fines de lucro, como MCN, prestan apoyo a algunas de estas mujeres recién llegadas. Sin embargo, estos esfuerzos sólo benefician a un pequeño porcentaje de las personas que necesitan ayuda. Estos servicios atienden las necesidades inmediatas de las solicitantes de asilo embarazadas, pero no resuelven las deficiencias sistémicas que dejan a muchas de ellas sin acceso a los cuidados de salud.

Condición de las migrantes al llegar a la frontera

Las migrantes embarazadas que cruzan la frontera entre México y E.E.U.U suelen entrar al país maltratadas y exhaustas. Durante su intenso viaje hacia la frontera sur de E.E.U.U, las migrantes embarazadas corren el riesgo de ser secuestradas, violadas, extorsionadas y maltratadas físicamente.⁷ El medio ambiente también representa una gran amenaza, como por ejemplo el agotamiento por calor.⁸ Muchas no tienen acceso a una alimentación suficiente durante el viaje y el hambre y la desnutrición no sólo ponen en peligro la vida de la madre sino también el embarazo. Por ello, tras cruzar la frontera, llegan con problemas y con una gran necesidad de ayuda. Muchas llegan con grandes quemaduras de sol y deshidratadas por la exposición al calor extremo.⁹⁻¹² A menudo, estas mujeres han pasado semanas sin poder bañarse y están cubiertas de polvo. Algunas tienen grandes moretones.^{9,10} Debido a las difíciles circunstancias que las obligan a emigrar y al inmensurable reto que representa para una mujer embarazada el viaje, muchas llegan traumatizadas física y mentalmente sin tener los recursos necesarios para mantener el cuidado de su propia salud física y mental.

Si la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza de Estados Unidos (CBP por sus siglas en inglés) considera que un solicitante de asilo necesita ayuda médica urgente, la agencia puede permitirle cruzar la frontera. Normalmente, el embarazo está dentro de esta categoría. Durante la administración anterior, la gran mayoría de las migrantes embarazadas a las que se les permitió pedir asilo se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, aunque según recientes datos anecdóticos todo parece indicar que ha habido un incremento en la aceptación de solicitantes de asilo durante el segundo trimestre.^{9,10,13} La mayoría de las solicitantes de asilo embarazadas que cruzan la frontera no han recibido o han recibido muy pocos servicios prenatales, una tendencia que es especialmente peligrosa para las que están más avanzadas en su embarazo.^{9-11, 14-16} Pocas saben qué tipos de servicios prenatales hay disponibles o por qué estos servicios son importantes,^{9-11, 14} hecho que hace el acceso a la atención en salud un mayor reto.

Tramitación inicial de la solicitud de asilo para mujeres embarazadas

Cuando las solicitantes de asilo embarazadas llegan a la frontera se les suele conceder, debido a su embarazo, la exención establecida en el Título 42 de la Ley de Servicios de Salud Pública, permitiéndoles entrar al país bajo libertad condicional por “razones humanitarias.”¹³ Según esta disposición, pueden vivir en EE.UU. y viajar a cualquier lugar del país, pero se les prohíbe trabajar, lo que les impide generar alguna forma de ingreso. Las solicitantes de asilo que entran bajo el amparo de las exenciones del Título 42 suelen mantener este estatus legal durante un año o hasta que comparezcan ante el tribunal para la revisión de la solicitud de asilo.¹³

Si, durante el procesamiento del asilo, CBP determina que una solicitante embarazada tiene una condición de salud grave que necesita atención inmediata, se le envía a un hospital cercano donde puede recibir cuidados mientras está bajo la custodia de CBP.^{9, 12-16} La definición de "condición de salud grave" es vaga, pero entre los casos que pueden dar lugar a tal determinación está que un niño tenga espina bífida o que la solicitante de asilo haya sufrido lesiones graves durante el viaje que requieran una intervención quirúrgica.¹⁴ Si una solicitante de asilo va al hospital mientras está bajo la custodia de CBP, la agencia cubre los gastos.¹⁶ Sin embargo, CBP no considera que la mayoría de las solicitantes de asilo embarazadas necesiten atención hospitalaria inmediata. CBP entrega a la mayoría de las solicitantes a los refugios de la región fronteriza, lo que hace que la agencia no asuma la responsabilidad de proporcionar cuidados de salud, ni responsabilidad por lo que suceda con el embarazo. Además, CBP no proporciona recursos u otros servicios de referencia para que la solicitante de asilo encuentre atención por su cuenta; la búsqueda de los cuidados de salud depende completamente de la persona y no de la agencia.

Limitaciones de los cuidados de salud en los refugios de la frontera

Los refugios para inmigrantes, a los que envían a las solicitantes de asilo embarazadas, suelen estar diseñados para descansar por un período corto de tiempo y para coordinar el viaje a su lugar de destino; muchos proporcionan un baño para ducharse y artículos de aseo, una comida caliente y ayuda para comprar un pasaje de autobús. Quienes administran principalmente estos refugios son los voluntarios y los miembros de la comunidad. Algunos ofrecen instalaciones para pasar una o dos noches.

La mayoría de estos refugios no ofrecen servicios médicos. Los que sí lo hacen suelen ofrecer una atención mínima durante el proceso de triaje en el que el proveedor de salud examina a los migrantes para determinar si existen necesidades médicas de urgencia. En uno de los refugios, una enfermera partera realiza periódicamente un examen prenatal básico para asegurarse de que las solicitantes de asilo embarazadas están lo suficientemente sanas como para continuar su migración a la comunidad de destino en E.E. U.U. Otros refugios que operan con limitaciones de personal, suministros, equipos médicos e instalaciones médicas, carecen de la capacidad necesaria para proporcionar a todos los migrantes cuidados de salud que vayan más allá de un examen físico básico. Debido a que estas instalaciones son para estancias de corto plazo, los refugios que proporcionan atención médica no ofrecen soluciones completas a las necesidades de las solicitantes de asilo embarazadas.

En una encuesta anónima realizada en siete refugios ubicados en tres estados fronterizos, tres informaron que ofrecían algún tipo de cuidado de salud o exámenes de detección a los migrantes que atendían.²⁵ Sin embargo, los siete refugios informaron que necesitaban más fondos

para equipos y suministros esenciales y ayuda para una mejor coordinación y cooperación con las entidades gubernamentales. Las condiciones críticas bajo las cuales trabajan los refugios limitan su capacidad para ayudar a los migrantes, incluso si se trata de exámenes de detección básicos después de la detención.

Sistemas de apoyo limitados para los solicitantes de asilo

Una vez que los solicitantes de asilo dejan los refugios para viajar a sus respectivos lugares de destino en todo el país, deben buscar proveedores que puedan satisfacer sus necesidades de salud dentro de su capacidad financiera limitada; una tarea que a menudo se hace inalcanzable debido a la gran cantidad de obstáculos que enfrentan. MCN, una organización nacional sin fines de lucro que aporta soluciones prácticas en la intersección entre la vulnerabilidad, la migración y la salud, dirige un programa llamado la Red de Salud. Este programa pone en contacto a los migrantes que tienen algún problema de salud con los proveedores de cuidados en el lugar de destino, independientemente dónde se encuentre este lugar de destino. En el caso de las solicitantes de asilo embarazadas, los asociados de la Red de Salud, que actúan como navegadores de casos, mitigan los obstáculos para la prestación de servicios al abogar por las solicitantes ante los centros de salud ubicados en las comunidades de destino, concertando citas médicas, transfiriendo historiales médicos de ser procedente, ocupándose de cuestiones logísticas como el transporte para las citas, garantizando así que su acceso a los cuidados de salud sea continuo. Sin embargo, por cada paciente con la que trabaja la Red de Salud, hay muchas más solicitantes de asilo embarazadas que deben valerse por sí mismas sin que nadie les brinde apoyo para manejar sus casos.^{9-12, 14,15} MCN cuenta con un personal y un financiamiento limitado para llevar a cabo sus iniciativas y no puede ponerse en contacto con todas las solicitantes de asilo que necesitan de su apoyo. MCN no tiene una relación formal con ninguna entidad gubernamental de inmigración que les permita saber cuándo y en que parte del país serán liberadas las solicitantes de asilo embarazadas. Además, cuando los asociados de la Red de Salud quieren inscribir como pacientes a las solicitantes de asilo que están en la etapa final de su embarazo para que reciban atención médica, los centros de salud financiados por el gobierno federal y otros centros de atención prenatal oponen resistencia. Mientras tanto, no hay programas federales o estatales que garanticen a las solicitantes de asilo embarazadas la atención que necesitan y merecen. El trabajo realizado por organizaciones no gubernamentales como MCN, es el único apoyo con el que cuentan las inmigrantes embarazadas para recibir servicios de salud en Estados Unidos y, de todas las personas que necesitan este trabajo concertado de apoyo, sólo un número pequeño de personas lo recibe.

Principales obstáculos para el acceso a la atención en salud

Educación. Uno de los obstáculos más importantes a los que se enfrentan las solicitantes de asilo embarazadas a la hora de conseguir cuidados de salud es entender qué servicios hay disponibles y por qué es importante recibir estos cuidados. Varios asociados de la Red de Salud informan que una de las tareas más importantes de su trabajo es educar a sus pacientes sobre el sistema de salud estadounidense, ya que los pacientes están acostumbrados a los sistemas de salud de sus países de origen que son muy diferentes.⁹⁻¹¹

Por lo general, los solicitantes de asilo desconocen el tipo de cuidados de salud al que tienen acceso y que deben tratar de conseguir.^{9-11, 14} Ellos no suelen entender los pasos que deben dar para tener acceso a la atención que necesitan.^{9-11,14,15} "A veces, por ejemplo, los inmigrantes se presentan a las citas con tres horas de retraso pensando que el doctor puede atenderles cuando quieran, así que tenemos que asegurarnos de explicárselo todo detalladamente", explica Brenda Ramírez, asociada de la Red de Salud.⁹ Es así como las solicitantes de asilo que no pueden conectarse con estos navegadores de casos, no poseen las herramientas necesarias para conseguir y tratar de obtener los cuidados de salud que necesitan, lo que supone un peligro para el embarazo y la vida y el bienestar de la madre.

Costos. Las barreras financieras son uno de los retos más importantes a los que se enfrentan las solicitantes de asilo embarazadas cuando buscan atención médica.^{11, 14, 15} Los centros de salud financiados por el gobierno federal tienen la obligación de ofrecer cuidados de salud a migrantes y no migrantes, independientemente de la capacidad de pago que tengan y con tarifas calculadas de acuerdo a una escala de honorarios variable.¹⁷ Sin embargo, muchos solicitantes de asilo se trasladan a lugares que no están lo suficientemente cerca de los centros de salud por lo que no es razonable el acceso a estos centros.¹⁵ En los centros de salud, el pago de honorarios que deben hacer los pacientes se calcula de acuerdo al tamaño de su familia y el nivel de sus ingresos,¹⁷ pero los que se encuentran en la categoría de honorarios más baja deben pagar una "cuota nominal" que puede resultar prohibitiva para el paciente aun si es de tan sólo 30 dólares por visita. Aunque los centros de salud pueden ofrecer planes de pago, los migrantes suelen sentirse lo suficientemente intimidados por el precio que se pide -incluso si es la tarifa nominal- que ni llegan al punto de establecer un plan de pago.¹⁵

Falta de seguro médico. Muchas clínicas se niegan a atender a los pacientes que no tienen seguro médico.^{9, 11, 15} Sin embargo, al no poder generar ingresos, es imposible pagar un seguro privado sin la ayuda de un amigo o familiar y, en 25 estados contiguos de los E.E. U.U, Medicaid no está disponible inmediatamente para las solicitantes de asilo embarazadas.^{18,19} Sin un número de seguro social u otra documentación similar, se hace más difícil obtener y utilizar un seguro médico.¹⁰ Además, las barreras lingüísticas se suman a las dificultades para obtener dicha cobertura.

Transporte. El transporte también suele traer problemas.^{9,11,14,15} Algunos centros de salud proporcionan transporte a los pacientes, pero muchos no lo ofrecen.^{11,15} Los asociados a la Red de Salud a menudo hacen los arreglos para el transporte y buscan la manera de pagarlo para que los pacientes puedan ver a los proveedores de servicios de salud.⁹⁻¹¹ Para las solicitantes de asilo embarazadas que no están inscritas en la Red de Salud, se les hace difícil la coordinación del transporte a los diferentes lugares de la comunidad destino dada la falta de recursos monetarios y la falta de conexión con los recursos existentes en dicha comunidad.^{11,15}

Rechazo por parte de los centros de salud. Muchos proveedores de salud no aceptan a las solicitantes de asilo como nuevas pacientes cuando están en la fase final de su embarazo.^{9-11,14,15} Los centros de salud no han reportado por qué rechazan a las pacientes en esta fase final del embarazo cuando esto va en contra de su obligación como profesionales de la salud. Sin embargo, se cree que esto puede deberse a la preocupación que les genera asumir la responsabilidad de pacientes que no han recibido o han recibido muy pocos cuidados prenatales hasta ese momento y que no han tenido buenos embarazos debido a las dificultades del viaje.^{9,11,14,15}

Miedo. Muchas solicitantes de asilo tienen miedo de compartir mucho de sí o de su historial médico y también de llamar la atención de cualquier manera debido a la falta de confianza en el sistema de inmigración de EE.UU.¹⁵ Es posible que tengan la preocupación de que al aceptar servicios de salud se ponga en peligro su condición de solicitante de asilo. Los asociados de la Red de Salud apoyan con frecuencia a los pacientes que tienen miedo.⁹⁻¹¹ Debido al miedo y la desconfianza que sienten contra el sistema que les rodea, las solicitantes de asilo embarazadas dudan dar los pasos necesarios para recibir los cuidados de salud que necesitan.

Peligros de un cuidado prenatal inadecuado

Los embarazos sin cuidados prenatales adecuados tienen una probabilidad de muerte fetal y neonatal significativamente mayor.^{20,21} Estadísticamente hablando, tener un peso bajo al nacer - otro efecto común de la falta de cuidados prenatales- conlleva a que el individuo en su edad adulta tenga salarios bajos y los peores logros educativos y prospectos de empleo.^{22,23} Una atención prenatal inadecuada incrementa la probabilidad de nacimientos prematuros.²¹ Un estudio demostró que una atención prenatal adecuada está asociada a una reducción de la hospitalización posparto en mujeres que dan a luz por vía vaginal.²⁴ Sin cuidados prenatales, los bebés no podrán beneficiarse de las ventajas que ofrece la detección y el tratamiento temprano de enfermedades potencialmente mortales. Tampoco podrán beneficiarse de la detección de anomalías congénitas mientras están en el útero. La falta de los cuidados prenatales durante el embarazo puede dar lugar a una mayor utilización de los servicios de urgencia lo que genera una carga impredecible adicional en el sistema de salud.

Conclusiones

La base para un desarrollo infantil sano y un vínculo fuerte entre madre e hijo se encuentra en los embarazos y partos seguros. Sin embargo, el sistema actual de salud de E.E. U.U no proporciona a la mayoría de las solicitantes de asilo embarazadas que residen legalmente en el país el apoyo necesario para que tengan embarazos y partos seguros. Esta falla deja a miles de personas en condiciones de vida inhumanas y en peligro. Es necesario que se establezca y agilice un sistema de seguro médico a nivel nacional que sea completo y de bajo costo para las solicitantes de asilo embarazadas y que garantice su acceso a los cuidados de salud que necesiten en cualquier lugar del país e independientemente de su conexión con un benefactor financiero. Este sistema debe responsabilizarse tanto por la salud de las solicitantes de asilo como de sus embarazos. Debido a un sinnúmero de factores, el sistema de salud para migrantes que actualmente existe provee una atención en salud con diferentes niveles de adecuación lo que es insuficiente para la mayoría. Es importante que se impulse un cambio integral del sistema de atención en salud para garantizar un trato humano a quienes se aceptan dentro de las fronteras de este país.

Caso de estudio: Una solicitante de asilo embarazada busca cuidados de salud con la ayuda de MCN

Esther es una haitiana solicitante de asilo que estaba embarazada al cruzar con su esposo la frontera entre México y E.E. U.U. Su embarazo era de alto riesgo ya que anteriormente había tenido dos abortos. Esther y su esposo habían tratado de conseguir cuidados prenatales en México durante su migración, pero su esposo dijo que no les trataron bien. Después de cruzar la frontera y haber tenido un breve período de detención, se trasladaron a un estado de la costa este donde encontraron una organización sin fines de lucro dedicada en la salud emocional de los migrantes. Esta organización sin fines de lucro inscribió a Esther en la Red de Salud, que es el sistema de navegación de casos de migrantes de MCN. Camila Velásquez, asociada de la Red de Salud, fue asignada para ayudar a navegar el caso de Esther. En el momento de la inscripción, Esther estaba en la semana número 23 de su embarazo.

Velásquez llamó a numerosos centros de salud financiados por el gobierno federal, pero se negaron a aceptar a Esther como nueva paciente sin especificar las razones. Es allí cuando Velásquez sospecha que los centros de salud no querían asumir la responsabilidad de un caso de alto riesgo o complicado porque la paciente no había recibido cuidados prenatales previamente.

Cuando Velásquez finalmente consigue la primera cita para Esther, el proveedor de salud decide cancelarla justo antes de que empezara y sin aviso anticipado a la familia. Esther y

su esposo habían llegado a la clínica para la cita a las 10 de la mañana. La clínica les dijo que volvieran a las 5 de la tarde, pero como la pareja no tenía un medio de transporte, Esther y su esposo se vieron obligados a esperar siete horas hasta que el doctor pudiera atenderles. Regresaron a su lugar de residencia aproximadamente a las 9:00 de la noche.

Después de tantos obstáculos para conseguir la primera cita, el centro de salud se negó a darle a Esther una cita de seguimiento sin explicarle por qué no podía continuar recibiendo cuidados de salud allí. Velásquez llamó al centro de salud para pedir más información sobre la negativa, pero al mencionar el nombre de la paciente, el representante de la clínica interrumpió la conversación y terminó la llamada. Velásquez volvió a llamar a la clínica y no recibió respuesta. Velásquez terminó llamando a otros doce centros de salud antes de poder conseguir una segunda cita para su paciente. La cita disponible más cercana era casi dos meses después de la primera. Días después de que Velásquez programara la cita, buscó otra forma para que Esther recibiera cuidados de salud antes.

Velásquez y sus colegas se pusieron en contacto con varios doctores de la Red de MCN ubicados en un estado cercano para que les asesoraran y ayudaran con el caso. Según Velásquez, los doctores le informaron que una paciente como Esther podría encontrar atención médica mucho más fácilmente en el estado vecino que en el estado donde ella residía. Según la experiencia de Velásquez las conversaciones que tuvo con los centros de salud del estado donde residía Esther fueron descorteses y distantes en comparación con las que tuvo con los centros de salud del estado vecino.

Con la ayuda de los doctores, Velásquez logra programar una cita en una clínica del estado vecino. Inmediatamente surgió el gran reto del traslado a la clínica. Esther no podía conducir hasta la clínica; ella y su marido no estaban familiarizados con la zona y la pareja tenía muy poco dinero. MCN y sus asociados se organizaron y pagaron por un servicio de transporte compartido para ayudar a Esther a llegar al centro médico. Aun cuando Esther llegó a su cita, el personal de recepción de la clínica se negó a que Esther fuera atendida porque no podían probar cómo iban a pagar la cita. Velásquez habló con el personal de la clínica e incluso le puso en contacto con un doctor de MCN para asegurarle que se cubriría el costo de la cita.

Finalmente, Esther tuvo su cita en la clínica del estado vecino y, más tarde, acudió a la otra cita que Velásquez había programado en el centro de salud de su propio estado. Esther y su esposo están ahora en contacto con una organización benéfica de la región para cubrir sus necesidades básicas como la alimentación. Aun cuando Esther, después de unos meses, vive bajo circunstancias más estables a las que tenía al llegar, su búsqueda por servicios de salud más completos no ha terminado. Sin duda, mientras el embarazo continúe y se convierta en madre, Esther tendrá que superar más obstáculos para conseguir la atención y los cuidados que necesite más adelante.

Muchas solicitantes de asilo embarazadas renuncian a la posibilidad de recibir cuidados prenatales porque no cuentan con estas acciones de defensa y ayuda en la búsqueda de servicios de salud. Sin historiales médicos y sin la existencia de una relación con los proveedores de

salud, una solicitante de asilo embarazada que esté en trabajo de parto buscará ir a la sala de urgencias, donde correrá un mayor riesgo por no haber recibido cuidados prenatales adecuados. Posiblemente los cuidados que recibirá serán más costosos por usar los servicios de urgencias y por tratar cualquier complicación, como la preeclampsia y la cesárea, lo cual pudo haberse evitado si hubiera recibido los cuidados prenatales adecuados. Por tanto, el manejo de casos de las solicitantes de asilo proporcionaría un mejor cuidado de salud y reduciría los costos del sistema de salud, si las clínicas aceptaran a las pacientes en sus consultas. Como se demostró en el caso de Esther, en E.E. U.U. muchos centros de salud financiados por el gobierno federal no están preparados para proporcionar el acceso obligatorio a los servicios de salud y rechazan a las solicitantes de asilo embarazadas.

Referencias

- 1 *Asylum Decision Rates by Nationality*. Executive Office for Immigration Review Adjudication Statistics; 2022. Accessed August 11, 2022. <https://www.justice.gov/eoir/page/file/1107366/download>
- 2 U.S. Citizenship and Immigration Services. Number of Service-wide Forms By Quarter, Form Status, and Processing Time Fiscal Year 2021, Quarter 4. https://www.uscis.gov/sites/default/files/document/data/Quarterly_All_Forms_FY2021Q4.pdf Accessed 13 September 2022.
- 3 U.S. Customs and Border Protection. CBP Releases Operational Fiscal Year 2021 Statistics. Press release. 3 January 2022. <https://www.cbp.gov/newsroom/national-media-release/cbp-releases-operational-fiscal-year-2021-statistics>
- 4 U.S. Department of Homeland Security. Court Ordered Reimplementation of the Migrant Protection protocols. Updated 8 August 2022. <https://www.dhs.gov/migrant-protection-protocols>
- 5 Cornell Law School. 42 U.S. Code § 265 - Suspension of entries and imports from designated places to prevent spread of communicable diseases. <https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/265>
- 6 <https://www.migrationpolicy.org/research/asylees-asylum-seekers-benefits>
- 7 Leyva-Flores R, Infante C, Gutierrez JP, Quintino-Perez F, Gómez-Saldivar M, Torres-Robles C. Migrants in transit through Mexico to the US: Experiences with violence and related factors, 2009-2015. Smith Fawzi MC, ed. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0220775. doi:10.1371/journal.pone.0220775
- 8 Riosmena F, Jochem WC. "Vulnerability, Resiliency, and Adaptation: The Health of Latin Americans during the Migration Process to the United States". *Real Datos Espacio*. 2012;3(2):14-31.
- 9 Starobin A. Interview with Brenda Ramirez on Respite Center Work, Health Network Work, and Migrant Experiences. July 2022.
- 10 Starobin A. Interview with Enedelia Basurto on Respite Center Work, Health Network Work, and Migrant Experiences. July 2022.
- 11 Starobin A. Interview with Camila Velasquez on Haitian Migrant Patient and Health Network Work. July 2022.
- 12 Starobin A. Interview with Annie Leone on Shelter Clinic Work and Migrant Experiences. July 2022.
- 13 Starobin A. Interview with Charlene D'Cruz on The Border Crossing and Post-Crossing Process and Experience. August 2022.
- 14 Starobin A. Interview with Dr. Marsha Griffin on Pregnant Migrant Experiences. July 2022.
- 15 Starobin A. Interview with Candace Kugel on Migrant Health Care Advocacy and Migrant Health Care Access. July 2022.
- 16 Starobin A. Interview with Dr. Luis Zaya on Prenatal Health Care and Migrant Access to Care. August 2022.
- 17 What is a Health Center? | Bureau of Primary Health Care. bphc.hrsa.gov. <https://bphc.hrsa.gov/about-health-centers/what-health-center>
- 18 Health coverage for lawfully present immigrants. HealthCare.gov. Published 2018. <https://www.healthcare.gov/immigrants/lawfully-present-immigrants/>
- 19 Medicaid and CHIP Coverage of Lawfully Residing Children & Pregnant Women | Medicaid. www.medicaid.gov. <https://www.medicaid.gov/medicaid/enrollment-strategies/medicaid-and-chip-coverage-lawfully-residing-children-pregnant-women>
- 20 Neonatal Death Risk: Effect Of Prenatal Care Is Most Evident After Term Birth. Guttmacher Institute. Published September 8, 2005. Accessed December 19, 2019. <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2002/09/neonatal-death-risk-effect-prenatal-care-most-evident-after-term-birth>
- 21 Tayebi T, Zahrani ST, Mohammadpour R. Relationship between adequacy of prenatal care utilization index and pregnancy outcomes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2013;18(5):360-366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877457/>
- 22 Cunningham SD, Lewis JB, Shebl FM, et al. Group Prenatal Care Reduces Risk of Preterm Birth and Low Birth Weight: A Matched Cohort Study. *Journal of Women's Health*. 2019;28(1):17-22. doi:10.1089/jwh.2017.6817
- 23 Bersak T, Sonchak-Ardan L. Prenatal care: Mechanisms and impacts on infant health and health care utilization. *Contemporary Economic Policy*. 2021;40(1):48-65. doi:10.1111/coep.12553
- 24 Prenatal Care Linked to Reduced Risk of Postpartum Hospitalization Among Women Who Deliver Vaginally. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2015;41(4):227. doi:10.1363/intsexrephea.41.4.0226
- 25 Starobin A. Migrant Shelter Survey. Conducted 3 August to 10 August 2022.