



PRENATAL CARE ACCESS AMONG IMMIGRANT LATINAS

POLICY BRIEF • December 2005

Introduction

Latina immigrants face a range of reproductive health barriers and disparities. Many of the disparities facing Latina immigrants can be attributed to the lack of adequate health care coverage and access to services. An estimated 56% of low-income Latina immigrants of reproductive age are uninsured in the United States.ⁱ Immigrant Latinas also have limited access to culturally competent and linguistically appropriate care, as well as important reproductive health information. As a result of these barriers, Latina immigrants are more likely to forgo essential preventative care, including prenatal care. Prenatal care is a vital and basic component of comprehensive reproductive health care, and yet Latinas are less likely to utilize this service than white women.ⁱⁱ Expanding access to prenatal care services is a key aspect of the National Latina Institute for Reproductive Health's pro-active policy agenda to improve the reproductive health status of Latinas.

Prenatal Care Improves the Reproductive Health of Latinas and Their Families

Prenatal care is an essential reproductive health care service that helps ensure women have healthy pregnancies. Specifically, prenatal care allows for monitoring of pregnancy complications, such as low fetal birth weight. Low birth weight can lead to infant mortality and disabilities. Effective prenatal care has important benefits beyond monitoring fetal birth weight that can improve the health of Latina immigrants. For example, prenatal care offers immigrants an opportunity to enter the United States' health care system and develop a relationship with a provider. For some immigrants, prenatal care visits at a local health care clinic represent their first experience with our health care system. During these initial visits, immigrant Latinas can be screened for communicable diseases, thereby learning about the benefits of preventative health care. Identifying diseases such as TB, Chlamydia, and HIV through prenatal care services can save the life of the mother and her baby. Prenatal care

also reduces the risk of maternal mortality, which is relatively high among Latinas.

Despite these documented benefits, many barriers prevent Latina immigrants from accessing prenatal care in a traditional clinical setting early in pregnancy. Over 23% of Latinas do not begin prenatal care in the first trimester. In states with large populations of Latina immigrants, the disparity between the percent of Latinas versus white women accessing prenatal care in the first trimester can be as large as 20%. For example, in 2002, 87.2% of white women in Arizona began prenatal care in the first trimester, compared to 66.7% of Hispanic women.ⁱⁱⁱ

Although Latinas are less likely to obtain prenatal care early in their pregnancies, research has found that immigrants from Mexico and Central America often have healthy birth outcomes. Researchers have not been able to fully explain the "prenatal paradox," although many believe that certain protective factors, such as strong cultural support for maternity and a healthy traditional diet, lead pregnant Latina immigrants to engage in healthy behaviors and avoid risky ones, such as smoking and drinking alcohol.^{iv} The social support network, which consists of informal networks and intergenerational transfers of knowledge, also contributes to healthy birth outcomes. Although many studies have found support for the prenatal paradox, some studies have actually reported that undocumented women without prenatal care had higher rates of lower birth weight babies than those with prenatal care.^v

The prenatal paradox does not hold true, however, for Latinas from Puerto Rico, who suffer from high rates of low-birth-weight babies caused by delayed prenatal care, poverty, inadequate facilities at hospitals, poor diet and, for some, the use of alcohol and drugs.^{vi} Migrant farmworkers also have significantly higher rates of low birth weight and pre-term births than the national average.^{vii} Moreover, a number of studies have shown that

the health of Latina immigrants deteriorates over generations, which is why it is so important to reinforce the healthy habits of Latina immigrants and promote the use of preventative care. The negative health status of many Puerto Rican women who have lived in the United States for generations is a compelling illustration of how assimilation can negatively affect the health of all Latinas.

Addressing the Barriers to Prenatal Care Access for Latina Immigrants

There is general consensus among the medical and scientific community and policy makers that prenatal care is an important service for women. So why do Latina immigrants not have access to care? One reason is lack of health insurance. Many Latina immigrant workers do not have employer-based coverage because they work in industries that do not provide health insurance. Latina immigrants are also disproportionately poor and cannot afford private health insurance. For some low-income Latinas, public funding may be the only viable source for prenatal care and other important health care services. Some Latina immigrants, however, do not know that they are entitled to publicly funded health coverage or they may fear that their immigration status will be jeopardized if they apply for benefits. Even more alarming are the federal policies limiting prenatal care for recent low-income and undocumented immigrants, which are described in this section.

Medicaid Coverage

During the last decade we have witnessed an unprecedented attack on the rights of immigrants living in the United States. Latinos disproportionately suffer from these attacks because they represent a majority of new immigrants. The hostility towards immigrants in today's political climate has resulted in a continual reduction in the availability of safety-net programs, such as Medicaid, for low-income Latino/a immigrants.

In 1996, President Clinton signed into law the Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act (PRWORA), which overhauled the nation's welfare program. As part of the changes to the program, lawful permanent residents (LPRs) and other "unqualified immigrants" were no longer eligible to receive federal funding for Medicaid for their first five years of residency in the United States.^{viii} Between 1994 and 1998, Medicaid coverage for non-citizen, immigrant women decreased from 26% to 17%. By 2002, only 16% of non-citizen

adult women used Medicaid or other public funding.^{ix}

Pregnant women and children were not exempted from these harsh program cuts. Some states have been using state funds to provide coverage to pregnant immigrants who are no longer eligible for federal Medicaid support. Approximately twelve states provide prenatal care coverage for "qualified" immigrants who have resided in the United States for less than five years.^x

Several studies have been conducted to determine how PRWORA affected prenatal care for immigrants. Some studies suggest that the 1996 cuts did not lead to a decrease in initiating prenatal care, although the number of immigrants on Medicaid decreased.^{xi} More recent studies have come to a different conclusion and found that over time, the changes in eligibility have led to a decrease in prenatal care visits among Latina immigrants.^{xii} Despite the inconclusive findings on the effect of the cuts on prenatal care visits, all the research demonstrates that Latinas continue to underutilize prenatal care services compared to white women.

Undocumented Latinas did not qualify for federal Medicaid coverage for prenatal care prior to the changes in 1996 and this continues to be true. Undocumented immigrants only qualify for Emergency Medicaid, which covers labor and delivery but not prenatal care. However, at least four states have elected to cover prenatal care for undocumented pregnant women through state funds.^{xiii} Undocumented pregnant immigrants are also serviced through presumptive eligibility programs in many states. Presumptive eligibility allows uninsured pregnant women to obtain immediate prenatal care while their Medicaid eligibility is being processed. Undocumented women receive important care during the processing period, which can take as long as two to three months depending on the state.^{xiv}

Latinas who do not qualify for Medicaid because of their immigration status may also be able to obtain limited coverage through other state and federal programs. For example, prenatal care for some "unqualified" immigrants is funded through the Maternal/Child Health Services Block Grant, Community and Migrant Health Centers, the Supplemental Food Program for Women, Infants and Children (WIC), state and local health department funding, and state-based prenatal care fund-

ing. Piece-meal funding, however, is less desirable than consistent health care coverage provided to immigrant women.

SCHIP Option

In 2002, the Centers for Medicare and Medicaid Services issued a rule regarding State Children's Health Insurance Program (SCHIP) that would allow states to use federal funds to provide prenatal care to women not otherwise eligible for Medicaid. The expansion was made possible by redefining the definition of child to include an "unborn child." Arguably, this option expands coverage to undocumented women, LPRs and other lawfully present immigrants who have resided in the United States for less than five years. As of 2005, seven states have been approved by the Department of Health and Human Services to use SCHIP funds to cover these populations.^{xv}

Although some advocates support states using this funding option, the new definition of child raises serious concerns for the future legality of abortion in this country. By creating another precedent for fetal personhood, the SCHIP option undermines the holding of *Roe v. Wade*, the Supreme Court case that legalized abortion in the United States. *Roe* is based on the presumption that fetuses are not persons with full rights under state and federal laws. If the Supreme Court overturns *Roe*, Latina immigrants facing unwanted pregnancies will suffer from the lack of access to legal and safe abortions.

Another important criticism of this policy is that a pregnant woman's right to access health care is contingent upon her connection to her fetus, which sends a message that the mother's health is less important than that of the fetus. Moreover, because funding is tied to the fetus, once the child is born the mother does not necessarily have coverage for important post-partum care or comprehensive coverage for her health needs. Finally, it is not even clear that the policy expands coverage to more women because the states previously covered the same population through state funds.^{xvi} Arkansas is the only state that did not previously cover this population, but women were able to access free prenatal care from government-sponsored health clinics.^{xvii}

Barriers to Prenatal Care Access for Latina Immigrants Beyond Public Funding

It should be noted that limited health care coverage

is only one of a number of barriers to accessing prenatal care. Studies have shown that rural Latinas have limited access to prenatal care because of inadequate clinical facilities and that transportation is a significant barrier for many Latinas. Fear of deportation also leads some immigrant Latinas to avoid seeking prenatal care at public health care facilities.

Language barriers with health care providers are consistently described as a serious concern by Latino/a immigrants. The fact that only 5% of physicians and 3% of nurses nation-wide are Latino/a contributes to this problem. Poor communication in the context of a pregnancy can result in a traumatic and dangerous situation for a Latina immigrant. For example, a pregnant Mexican immigrant recently arrived at a New York hospital with life-threatening complications, signed an English consent form with the understanding that she was "saving the baby," and later found out that the procedure resulted in termination of her pregnancy and sterilization.^{xviii}

Communication barriers between provider and patient are not always limited to language differences. Cultural competency is especially crucial in the area of reproductive health care and prenatal care. Immigrant Latinas may hold strong beliefs about pregnancy and sexuality that they developed in their country of origin and a provider should be familiar with their perspective in order to deliver the best care possible.

Studies have also shown that even when insurance status, income level, and age are taken into account, racial and ethnic minorities receive lower quality of care from providers.^{xix} Providers may or may not be aware of certain biases and stereotypes they hold about racial and ethnic minorities, including Latina immigrants. Prejudicial and discriminatory treatment in the reproductive health care setting contributes to the persistent inequalities in health care status between Latinas and white women.

Strategies for Expanding Prenatal Care Services for Pregnant Latina Immigrants

From a policy perspective, prenatal care is one of the most promising areas to expand reproductive health services for immigrant Latinas. There is strong support from a broad range of groups, including providers, immigrant and women's groups, and the National Conference of State Legislators. The fact that prenatal care reduces the risk of low fetal birth weight, infant mortality, and maternal mortal-

ity is a strong argument in favor of expanding prenatal care coverage to all immigrants. For low-income Latinas and their children, free clinical visits also provide an opportunity to obtain screenings for diseases and access preventative care. There are additional economic arguments in support of providing prenatal care coverage: preventative care actually saves money because it reduces the need for emergency treatment and long-term care for preventable complications. One study has estimated that every \$1 cut from prenatal care for undocumented women would correlate to \$3.33 in postnatal care costs and \$4.63 for long-term morbidity care.^{xx}

There are significant challenges, however, to expanding coverage. These include the current anti-immigrant political environment, especially with respect to public benefits, the recent budget cuts to the Medicaid program, and strained state budgets. A number of states have introduced and passed legislation that restricts access to public benefits for undocumented immigrants. For example, in 2005, Virginia passed a law requiring states and local governments to verify that an individual is in the United States legally before providing non-emergency Medicaid services.^{xxi} Many Latinas forgo essential care because of their fear of deportation, and legislation such as Virginia's recently enacted law unnecessarily fuels that fear.

Nevertheless, there have been recent successes at the state level. For example, Colorado restored coverage for immigrants and presumptive eligibility during the 2005 legislative session. Legislation has also been introduced at the federal level that would give states the option of using federal Medicaid and SCHIP funding to provide health care to legal immigrant children and pregnant women. The Immigrant Children's Health Improvement Act (ICHIA), which was introduced in the House (H.R. 1233) and Senate (S. 1104) during the 109th Congressional Session, effectively lifts the five year residency bar for pregnant women and children.

In addition to expanding public funding coverage for immigrants, policies aimed at improving the availability and quality of prenatal care services should be aggressively pursued. Clinics that provide services to Latina immigrants need additional support and funding to ensure they are providing the best care possible. In order to address transportation barriers and geographic isolation,

funding is needed to increase the number of rural clinics and community outreach workers, such as *promotoras*, who can visit people in their homes. Retaining bilingual staff and trained interpreters, as well as conducting trainings in cultural competency for all providers, are key measures to reducing language and cultural barriers. Bilingual informational materials and consent forms should also be readily available at all clinics and hospitals that serve Spanish-speaking immigrants, as required by Title VI of the Civil Rights Act.

By expanding public funding coverage for uninsured Latina immigrants and developing innovative policies to increase access to prenatal care services, we can promote healthy preventative care among Latina immigrants. Prenatal care also serves as an important entry point to accessing comprehensive health care services, which can dramatically improve the health of Latina immigrants and their families, as well as the health of future generations.

For references please see last page.





ACCESO AL CUIDADO PRENATAL ENTRE LAS INMIGRANTES LATINAS

RESUMEN DE POLÍTICA • Diciembre 2005

Introducción

Las latinas inmigrantes se enfrentan a una amplia gama de barreras y disparidades en la salud reproductiva. Muchas de las disparidades que afectan a las latinas inmigrantes pueden ser atribuidas a la falta de cobertura de cuidado de salud adecuada y de acceso a servicios. Se calcula que aproximadamente 56% de las latinas de bajos ingresos de edad reproductiva carecen de seguro médico en los Estados Unidos.ⁱ Las inmigrantes latinas también tienen acceso limitado a cuidado culturalmente competente y lingüísticamente apropiado al igual que a información importante sobre la salud reproductiva. Como resultado de estas barreras, las latinas inmigrantes tienen mayor probabilidad de prescindir de cuidado preventivo esencial incluyendo el cuidado prenatal. El cuidado prenatal es un componente vital y básico de un cuidado de salud reproductiva completo, pero sin embargo, las latinas tienen menor probabilidad de utilizar este servicio que las mujeres blancas.ⁱⁱ Expandiendo el acceso a servicios de cuidado prenatal es un aspecto clave de la agenda de política proactiva del Instituto Nacional de Latinas para la Salud Reproductiva para mejorar el estado de salud reproductiva de las latinas.

El Cuidado Prenatal Mejora la Salud Reproductiva de las Latinas y Sus Familias

El cuidado prenatal es un servicio de cuidado de salud reproductiva esencial que ayuda a asegurar que las mujeres tengan embarazos saludables. Específicamente, el cuidado prenatal permite vigilancia para detectar complicaciones en el embarazo tal como el bajo peso al nacer. El bajo peso al nacer puede resultar en la muerte en infancia e incapacidades. El cuidado prenatal efectivo tiene beneficios importantes más allá de vigilar el bajo peso al nacer que pueden mejorar la salud de las latinas inmigrantes. Por ejemplo, el cuidado prenatal le ofrece a las inmigrantes una introducción al sistema de cuidado de salud en los Estados Unidos y les ayuda a desarrollar una relación con un proveedor médico. Para algunas inmigrantes, las visitas de cuidado prenatal en una clínica médica local representan su primera experiencia con nuestro sistema de cuidado de salud. Durante estas primeras visitas, las latinas inmigrantes pueden ser examinadas para enfermedades comunicables y así aprenden los beneficios del cuidado de salud preventivo. La identificación de enfermedades como la tuberculosis, clamidia, y el VIH a través de servicios de cuidado prenatal puede salvarle la vida a la madre y a su bebé. El cuidado prenatal también disminuye el riesgo de mortalidad de la madre, algo que ocurre a menudo entre las latinas.

A pesar de estos beneficios documentados, muchas barreras previenen que las latinas inmigrantes obtengan acceso al cuidado prenatal en un ambiente clínico tradicional durante el comienzo del embarazo. Más de 23% de las latinas no comienzan el cuidado prenatal en el primer trimestre. En estados con grandes poblaciones de latinas inmigrantes, la disparidad entre el porcentaje de latinas comparado a las mujeres blancas que obtienen acceso al cuidado prenatal en el primer trimestre puede ser tan grande como 20%. Por ejemplo, en el 2002, 87.2% de las mujeres blancas en Arizona comenzaron con el cuidado prenatal en el primer trimestre comparado al 66.7% de las latinas.ⁱⁱⁱ

Aunque las latinas tienen menor probabilidad de obtener cuidado prenatal a principios de su embarazo, las investigaciones han demostrado que las inmigrantes de México y América Central a menudo tienen resultados natales saludables. Los investigadores no han podido explicar totalmente la “paradoja prenatal,” aunque muchos piensan que ciertos factores protectivos, como un gran apoyo cultural hacia la maternidad y una dieta tradicional saludable, causan que las latinas inmigrantes tengan comportamientos más saludables y eviten los arriesgados como fumar cigarrillos y bebiendo alcohol.^{iv} La red de apoyo social, que consta de redes informales y el traslado del conocimiento intergeneracional, también contribuye a resultados natales saludables. Aunque muchas investigaciones han apoyado la paradoja prenatal, algunos han reportado que mujeres indocumentadas sin cuidado prenatal tienen tasas más altas de bajo peso al nacer que aquellas con cuidado prenatal.^v

Sin embargo, la paradoja prenatal no parece ser cierta para las latinas de Puerto Rico, que sufren de tasas altas de bebés de bajo peso causado por el cuidado prenatal atrasado, la pobreza, facilidades inadecuadas en los hospitales, la dieta poco saludable, y para algunas, el uso del alcohol y drogas.^{vi} Las trabajadoras ambulantes también tienen tasas más altas de bajo peso al nacer y partos pre-término que el promedio nacional.^{vii} Además, varias investigaciones han demostrado que la salud de las latinas inmigrantes empeora a través de las generaciones, y por eso es tan importante reforzar las costumbres saludables de las latinas inmigrantes y promover el uso del cuidado preventivo. La situación negativa de salud de las puertorriqueñas que han vivido en los Estados Unidos por generaciones es una ilustración incontestable de cómo la asimilación puede tener un efecto negativo en la salud de todas las latinas.

Haciendo Frente a las Barreras en el Acceso al Cuidado Prenatal Para Las Latinas Inmigrantes

Hay un consenso general entre la comunidad médica, científica, y política que el cuidado prenatal es un servicio importante para las mujeres. Así que, ¿por qué no obtienen acceso al cuidado de salud tantas latinas inmigrantes? Una razón es que el financiamiento público para el cuidado prenatal y otros servicios de cuidado de salud importantes ya están disponibles para las latinas inmigrantes.

Cobertura de Medicaid

Durante la última década hemos sido testigo a un ataque sin precedente sobre los derechos de las inmigrantes que viven en los Estados Unidos. Los latinos sufren desproporcionadamente de estos ataques porque representan la mayoría de los inmigrantes recientes. La hostilidad hacia los inmigrantes en el clima político de hoy ha resultado en una disminución continua en la disponibilidad de programas que sirven de red, como Medicaid, para los/las latinos/as inmigrantes de bajos ingresos.

En 1996, el Presidente Clinton firmó la Ley de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Empleo (PRWORA por sus siglas en inglés), que cambió el programa de bienestar social del país. Como parte de los cambios al programa, los residentes permanentes legales (LPR por sus siglas en inglés) y otros ya no son elegibles para recibir Medicaid por los primeros cinco años de residencia en los Estados Unidos.^{viii} Entre 1994 y 1998, cobertura de Medicaid para mujeres inmigrantes sin ciudadanía disminuyó de 26% a 17%. Para el 2002, sólo 16% de las mujeres adultas no ciudadanas usan Medicaid u otro financiamiento público.^{ix}

Las mujeres embarazadas y los niños no son eximidos de estas reducciones severas del programa. Algunos estados han estado utilizando fondos estatales para proveerle cobertura a las mujeres embarazadas que ya no pueden obtener el apoyo federal de Medicaid. Aproximadamente doce estados proveen cobertura para el cuidado prenatal para inmigrantes "calificadas" que han vivido en los Estados Unidos por menos de cinco años.^x [Para más información, vea la Tabla estatal sobre la cobertura del cuidado prenatal para las inmigrantes latinas del NLIRH].

Varias investigaciones se han llevado a cabo para determinar como la PRWORA a afectado al cuidado prenatal para las inmigrantes. Algunas investigaciones sugieren que las reducciones del 1996 no causaron una disminución en el comienzo del cuidado prenatal, aunque el número de inmigrantes recibiendo Medicaid disminuyó.^{xi} Investigaciones más recientes han llegado a otra conclusión y han encontrado que a través del tiempo los cambios en la elegibilidad han resultado en una disminución en visitas de cuidado prenatal entre las latinas inmigrantes.^{xii} A pesar de los resultados inconcluyentes sobre el efecto de las reducciones en las visitas de cuidado prenatal, todas las investigaciones demuestran que las latinas siguen utilizando menos los servicios de cuidado prenatal comparado a las mujeres blancas.

Las latinas indocumentadas no podían recibir cobertura federal Medicaid para el cuidado prenatal antes de los cambios del 1996 y esto sigue siendo cierto. Las latinas indocumentadas sólo califican para Medicaid de Emergencia, que cubre al parto pero no el cuidado prenatal. Sin embargo, por lo menos cuatro estados han decidido cubrir el cuidado prenatal para las mujeres embarazadas indocumentadas a través de programas de Medicaid estatales.^{xiii} [Para más información, vea la Tabla estatal sobre la cobertura del cuidado prenatal para las inmigrantes latinas del NLIRH]. Inmigrantes embarazadas indocumentadas también obtienen servicios a través de los programas de elegibilidad presuntiva en muchos estados. La elegibilidad presuntiva le permite a las mujeres embarazadas sin seguro médico a obtener cuidado prenatal inmediato mientras que su elegibilidad de Medicaid está siendo comprobada. Las mujeres indocumentadas reciben cuidado importante durante el tiempo de procesamiento, que puede tardar tanto como dos o tres meses dependiendo del estado. En Colorado, 31% de las mujeres que recibieron cuidado prenatal a través de la elegibilidad presuntiva eran inmigrantes indocumentadas.^{xiv}

Las latinas que no califican para Medicaid por su situación de inmigración también pueden obtener cobertura limitada a través de otros programas estatales y federales. Por ejemplo, el cuidado prenatal para algunas inmigrantes que no califican es financiado con fondos de los programas de Servicios de Salud para Madre e Hijo, Centros de Salud para Comunidades y Ambulantes, y el Suplemento para la Comida para las Mujeres y Niños (WIC por sus siglas en inglés), fondos del departamento de salud estatal y federal, y financiamiento estatal para el cuidado prenatal. Financiamiento a trozos, sin embargo, es menos deseable que la cobertura de cuidado de salud consistente que se le puede ofrecer a las mujeres inmigrantes.

La Opción SCHIP

En el 2002, los Centros para Servicios Medicare y Medicaid promulgaron una regla con respecto a SCHIP que le permitiría a los estados a utilizar fondos federales para proveerle cuidado prenatal a las mujeres que no son elegibles para Medicaid. La expansión se hizo realidad al redefinir un niño a un "niño aún nacido." Aunque se puede disputar, esta opción expande la cobertura a las mujeres indocumentadas, a las LPRs y a otras inmigrantes legales que han vivido en los Estados Unidos por menos de cinco años. Hasta ahora en el 2005, siete estados han sido aprobados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos para utilizar fondos SCHIP para cubrir a estas poblaciones.^{xv} [Para más información, vea la Tabla estatal sobre la cobertura del cuidado prenatal para las inmigrantes latinas del NLIRH].

Aunque algunas activistas están de acuerdo con esta opción financiera, la nueva definición presenta serias preocupaciones para el futuro de la disponibilidad del aborto legal en este país. Al crear otro precedente para el reconocimiento del feto como persona, la opción SCHIP empeliga a *Roe v. Wade*, el caso del Tribunal Supremo que legalizó al aborto en los Estados Unidos. *Roe* está

basado en la suposición que los fetos no son personas con derechos completos bajo las leyes estatales y federales. Si el Tribunal Supremo revoca a *Roe*, las latinas inmigrantes que se enfrentan a embarazos no intencionados sufrirán por falta de acceso a abortos seguros y legales.

Otra crítica importante de esta política es que el derecho de una mujer embarazada al acceso a cuidado de salud es contingente sobre su conexión a su feto, que envía un mensaje que la salud de la madre no es tan importante como la de su feto. Además, como los fondos están conectados al feto, al nacer el niño la madre no necesariamente tiene cobertura para el cuidado crítico después del parto o para cobertura completa de sus necesidades médicas. Finalmente, no se ha aclarado si la política extiende cobertura a más mujeres dado que seis de los siete estados ya cubrían a esa misma población a través de fondos estatales.^{xvi} Arkansas es el único estado que no cubría a esta población previamente, pero las mujeres podían obtener acceso a cuidado prenatal de clínicas de salud que reciben fondos del gobierno.^{xvii}

Barreras al Acceso al Cuidado Prenatal Para las Latinas Inmigrantes Más Allá del Financiamiento Público

Se debe notar que el financiamiento público limitado es una de muchas barreras en el acceso al cuidado prenatal. Las investigaciones han demostrado que las latinas que viven en áreas rurales tienen acceso limitado al cuidado prenatal porque las facilidades clínicas son inadecuadas y la transportación es una barrera significativa para muchas latinas. El miedo de ser deportadas también causa que algunas latinas inmigrantes eviten tratar de obtener acceso a cuidado prenatal en facilidades de cuidado de salud públicas.

Muchas latinas inmigrantes consistentemente indican que las barreras lingüísticas con proveedores de cuidado de salud son un problema serio. El hecho de que sólo 4% de los médicos y 3% de las enfermeras en la nación son latinos contribuye a este problema. La mala comunicación en el contexto de un embarazo puede resultar en una situación peligrosa y traumática para la latina inmigrante. Por ejemplo, una inmigrante mexicana embarazada recientemente fue a un hospital en Nueva York con complicaciones que le amenazaban la vida, firmó un formulario de consentimiento bajo el entendimiento que ella estaba salvando al bebé pero luego se enteró que el procedimiento resultó en el fin de su embarazo y esterilización.^{xviii}

Barreras de comunicación entre proveedor médico y paciente no sólo se limitan a diferencias lingüísticas. La competencia cultural es especialmente importante en el área de salud reproductiva y cuidado prenatal. Las inmigrantes latinas pueden tener fuertes creencias sobre el embarazo y la sexualidad que desarrollaron en sus países de origen y un proveedor debe conocer de esta perspectiva para poder dar el mejor cuidado posible.

Las investigaciones también han demostrado que aún cuando se considera la situación con el seguro médico y el nivel de ingresos, las minorías raciales y étnicas reciben una calidad de cuidado médico más baja.^{xix} Proveedores quizás ni se dan cuenta de los prejuicios y estereotipos que tienen sobre las minorías raciales y étnicas incluyendo las inmigrantes latinas. Tratamiento perjudicial y discriminatorio en la salud reproductiva contribuye a desigualdades persistentes en la situación de cuidado de salud entre las latinas y las mujeres blancas.

Estrategias para Expandir los Servicios de Cuidado Prenatal para las Latinas Inmigrantes Embarazadas

Desde una perspectiva política, el cuidado prenatal es una de las áreas más prometedoras para la expansión de los servicios de salud reproductiva para las latinas inmigrantes. Existe gran apoyo de una variedad de grupos, incluyendo proveedores, grupos de mujeres e inmigrantes y la Conferencia Nacional de Legislaturas Estatales. El argumento a favor de la expansión de la cobertura de cuidado prenatal a todas las inmigrantes es que el cuidado prenatal disminuye el riesgo del bajo peso al nacer, la mortalidad de infantes, y la mortalidad materna. Para las latinas de bajos ingresos y sus hijos, las visitas clínicas gratuitas también proveen una oportunidad para someterse a pruebas para detectar enfermedades y para obtener acceso al cuidado preventivo. También hay argumentos económicos adicionales a favor de la cobertura del cuidado prenatal coverage: en actualidad el cuidado preventivo ayuda ahorrar dinero ya que disminuye la necesidad de tratamiento de emergencia y cuidado a largo plazo con las complicaciones prevenibles. Una investigación ha calculado que cada \$1 recortado del cuidado prenatal para las mujeres indocumentadas correlaciona a \$3.33 en costos de cuidado postnatal y \$4.63 para cuidado a largo plazo.^{xx}

Hay grandes retos, sin embargo, a la expansión de cobertura. Estos incluyen el clima político antiinmigrante, especialmente con respecto a la asistencia social, las recientes reducciones en los presupuestos del programa Medicaid, y los presupuestos estatales ya estirados a su máximo. Varios estados han introducido legislación para restringir el acceso a beneficios públicos para los inmigrantes indocumentados. Por ejemplo, en el 2005, Virginia aprobó una ley que le requiere a los gobiernos estatales y locales a verificar que un individuo está en los Estados Unidos legalmente antes de proveer servicios de Medicaid si no son de emergencia.^{xxi} Muchas latinas precinden de cuidado esencial por miedo de deportación, y leyes como la recién aprobada en Virginia sólo contribuye a ese miedo.

No obstante, han habido éxitos recientes a nivel estatal. Por ejemplo, Colorado reestableció la cobertura para las inmigrantes y la elegibilidad presuntiva durante la sesión legislativa del 2005. También se ha introducido legislación a nivel federal que le daría a los estados la opción de utilizar fondos federales de Medicaid y SCHIP para proveer cuidado de salud para mujeres embarazadas inmigrantes legales y niños. La Ley para Mejorar la Salud de

los Niños Inmigrantes (ICHIA por sus siglas en inglés), que se introdujo en la Cámara de Representantes (H.R. 1233) y en el Senado (S. 1104) durante la Sesión congresional número 109, se deshace del requisito de residencia por cinco años para las mujeres embarazadas y los niños.

Además de la expansión de cobertura para inmigrantes con financiamiento público, las políticas que tratan de mejorar la disponibilidad y la calidad de servicios de cuidado prenatal se deben aspirar agresivamente. Las clínicas que proveen servicios a las latinas inmigrantes necesitan apoyo y fondos adicionales para asegurar que están proporcionando el mejor cuidado posible. Para hacer frente a las barreras de transportación y el aislamiento geográfico, se necesitan fondos para aumentar el número de clínicas en áreas rurales y de trabajadoras comunitarias, tales como las promotoras, que pueden visitar a la gente en sus hogares. Asegurando que tienen personal bilingüe e intérpretes con experiencia, al igual que llevando a cabo capacitaciones en la competencia cultural para todos los proveedores, son medidas claves para disminuir las barreras lingüísticas y culturales. Materiales de información bilingües y formularios de consentimiento también deben estar disponibles en todas las clínicas y hospitales que sirven a los inmigrantes que hablan español, como requerido por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles.

Al expandir el financiamiento público para la cobertura de latinas inmigrantes no aseguradas y desarrollar políticas innovadoras para aumentar el acceso a los servicios de cuidado prenatal, podemos promover el cuidado preventivo y la salud entre las latinas inmigrantes. El cuidado prenatal también sirve como un punto de entrada importante para obtener acceso a servicios de cuidado de salud completos, que puede dramáticamente mejorar la salud de las inmigrantes latinas y sus familias al igual que el futuro de las generaciones del futuro.

References / Referencias

- i NLRH, Forging New Partnerships: Improving Access to Reproductive Health Care for Latina Immigrants (Feb. 2004).
- ii Kaiser Family Foundation, State Health Facts (2002).
- iii Ibid.
- iv McGlade et al., The Latina Paradox: An Opportunity for Restructuring Prenatal Care Delivery, American Journal of Public Health (Dec 2004).
- v Michael Lu, et al., Elimination of Public Funding of Prenatal Care for Undocumented Immigrants in California: A Cost/Benefit Analysis, American Journal of Obstetrics and Gynecology (Jan. 2000).
- vi Nancy Reichman and Genevieve Kenney, Prenatal Care, Birth Outcomes and Newborn Hospitalization Costs: Patterns Among Hispanics in New Jersey, Family Planning Perspectives (Jul/Aug 1998).
- vii Kaiser Family Foundation, Migrant and Seasonal Farmworkers: Health Insurance Coverage and Access to Care (April 2005).
- viii Sponsor deeming may also limit access to public benefits for immigrants who are seeking Medicaid coverage. Sponsor deeming is the process of attributing income of an immigrant's sponsor to an immigrant in order to determine whether the immigrant meets the income eligibility requirements of Medicaid, regardless of whether the immigrant is supported by the sponsor. Deeming the income of a sponsor to an immigrant can cause an immigrant to be ineligible for Medicaid.
- ix Kaiser Family Foundation, Immigrants' Health Care Coverage and Access (Aug. 2003).
- x The twelve states include: California, Colorado, Connecticut, Delaware, Washington DC, Hawaii, Maine, Missouri, Nebraska, New Jersey, New York, and Pennsylvania. Kaiser Family Foundation & Center on Budget and Policy Priorities, Covering New Americans: A Review of Federal and State Policies Related to Immigrants' Eligibility and Access to Publicly Funded Health Insurance (Nov. 2004). Wisconsin, Texas, California and the District of Columbia recently applied for waivers from the Department of Health and Human Services (HHS) to use SCHIP funds to cover immigrant women's prenatal care through their fetuses. However, the California Legislature explicitly included a statement in the legislation protecting a woman's right to privacy and reproductive rights. HHS has yet to rule on these waivers.
- xi Ted Joyce et al., Welfare Reform and the Perinatal Health and Health Care Use of Latino Women in California, New York City, and Texas, American Journal of Public Health (Nov. 2001).
- xii Shanti Gamper-Rabindran, Impact of Prenatal Care Eligibility Restrictions on Health Outcomes: A GIS Analysis of Immigrant Composition and Provider Location in Urban Texas (Sept. 2005) (unpublished).
- xiii California, Missouri, New Jersey, and New York use state funds to cover undocumented pregnant immigrants. Kaiser Family Foundation & Center on Budget and Policy Priorities, Covering New Americans: A Review of Federal and State Policies Related to Immigrants' Eligibility and Access to Publicly Funded Health Insurance (Nov. 2004). California may start using SCHIP funds to cover prenatal care for undocumented immigrants if the federal government approves the waiver.
- xiv For example, in Colorado, 31% of women receiving prenatal care through presumptive eligibility were undocumented immigrants.
- xv The seven states include: Arkansas, Illinois, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Rhode Island, and Washington. Kaiser Family Foundation & Center on Budget and Policy Priorities, Covering New Americans: A Review of Federal and State Policies Related to Immigrants' Eligibility and Access to Publicly Funded Health Insurance (Nov. 2004). California, Texas, Wisconsin, and the District of Columbia recently applied for waivers from HHS to use SCHIP funds under this regulation.
- xvi Michigan had previously covered prenatal care for pregnant immigrants through a state-funded program, which is now limited to 60 days of medically necessary postpartum care and no longer covers family planning and sterilization.
- xvii For more information on the SCHIP option, we suggest the following briefs: National Health Law Program, SCHIP Coverage for "Unborn Children" (Dec. 2003); National Immigration Law Center, Prenatal Coverage for Immigrants Through the State Children's Health Insurance Program (SCHIP) (June 2003), and National Women's Law Center, Prenatal Care: Do the SCHIP "Unborn Child" Regulations Expand Coverage or Put It at Risk? (Oct. 2005).
- xviii New York Times, Language Barrier Called Health Hazard in E.R., April 21, 2005.
- xix Institute of Medicine, Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care (Sept. 2002).
- xx Michael Lu, et al., Elimination of Public Funding of Prenatal Care for Undocumented Immigrants in California: A Cost/Benefit Analysis, American Journal of Obstetrics and Gynecology (Jan. 2000).
- xxi The Washington Post, VA: Warner Signs Limits on Immigrant Benefits; Virginia to Require Verification of Legal Status to Receive Non-Emergency Aid, March 30, 2005

