

**CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Cómo deberían expresar solidaridad los médicos con los solicitantes de asilo en la frontera entre México y EE. UU.?**

Carlos Martínez, MPH, Lauren Carruth, PhD, Hannah Janeway, MD, Lahra Smith, PhD, Katharine M. Donato, PhD, Carlos Piñones-Rivera, PhD, James Quesada, PhD y Seth M. Holmes, MD, PhD

**Resumen**

Los migrantes en la frontera entre EE. UU. y México han sufrido violencia transnacional por parte de la policía internacional, la intervención militar y la administración organizativa multinacional de las operaciones fronterizas. La pandemia de la COVID-19 agravó las vulnerabilidades de los migrantes y provocó varios problemas logísticos y éticos para los médicos y las organizaciones estadounidenses. Este comentario examina de qué manera el concepto de solidaridad transnacional facilita el análisis de los médicos y las vulnerabilidades históricas y estructurales compartidas de los migrantes. También, sugiere cómo las acciones implementadas por una organización en Tijuana, México, podrían aplicarse a mayor escala para la atención de los migrantes y solicitantes de asilo en otros entornos de atención médica transnacional.

**Caso**

Durante la pandemia de la COVID-19 en 2020, una mujer que llamaremos SR, solicitante de asilo de Honduras acompañada por su hija de tres años, fue retenida en Tijuana, México, en una institución de concentración superpoblada con 100 migrantes, algunos de los cuales ya habían testeado positivo para el virus SARS-CoV-2. Para mediados de abril de 2020, el estado de Baja California en México registró 500 casos de COVID-19 y 50 muertes,<sup>1</sup> pero todavía no se había establecido un protocolo para manejar los brotes en refugios para migrantes y el hospital de Tijuana pronto quedó desbordado.

SR llegó a la clínica gratuita para inmigrantes en Tijuana sintiéndose enferma, con baja saturación de oxígeno y fiebre. El Dr. N, un voluntario estadounidense de la clínica, revisó los síntomas y los resultados de SR y la diagnosticó con COVID-19. Los recursos disponibles para el Dr. N y otros médicos que intentaban responder a las crecientes cantidades de pacientes migrantes gravemente enfermos con COVID-19 eran limitados y gran parte del personal de las clínicas que ejercían en los Estados Unidos recibió una prohibición por parte de sus empleadores en San Diego, California, de salir de los Estados Unidos, incluso a apenas algunos kilómetros más allá de la frontera. La

cantidad de médicos que tenía permitido viajar para brindar atención médica a los pacientes migrantes cruzando la frontera decrecía día a día. Los médicos estaban totalmente disconformes con las restricciones de viaje y práctica clínica de sus empleadores y tuvieron problemas para decidir cómo y qué responder.

### Comentario

La clínica en la que se presentó SR está gestionada por una organización binacional, la Alianza de Salud para Refugiados (RHA, por sus siglas en inglés), con base en Tijuana, México,<sup>2</sup> que ofrece servicios de salud gratuitos a miembros de comunidades de inmigrantes en Baja California. Sus fundadores creen que proteger el bienestar de los inmigrantes, en especial de solicitantes de asilo como SR, que llegan a la frontera de EE. UU. con México es responsabilidad de los médicos estadounidenses. Como se detalla a continuación, la clínica implementa una ética de solidaridad transnacional en respuesta a las diversas formas de violencia que los migrantes sufren al cruzar fronteras internacionales.

### Solidaridad internacional puesta en práctica

El *transnacionalismo* es un marco muy utilizado en las ciencias sociales en el que el Estado-Nación no es la principal unidad de análisis.<sup>3</sup> Ramón Saldívar, por ejemplo, utiliza la noción de un “imaginario transnacional” para describir la “construcción de nuevos espacios para la actuación de políticas por fuera del entorno puramente nacional”.<sup>4</sup> De acuerdo con Saldívar, los migrantes y habitantes de los espacios fronterizos entre y por fuera de las fronteras de Estados-Naciones consistentemente desarrollan y redefinen la perspectiva transnacional. Por lo tanto, sugerimos que muchos médicos que brindan atención a las comunidades migrantes de las regiones fronterizas también han desarrollado una perspectiva transnacional de “destino compartido” con los pacientes que atienden.<sup>4</sup>

La *solidaridad*, otro concepto con larga trayectoria en las ciencias sociales, se ha descrito como el sentimiento y la práctica de cohesión entre personas y grupos.<sup>5,6</sup> La solidaridad se sostiene mediante un entendimiento común de los intereses, las responsabilidades y los beneficios mutuos que derivan de la pertenencia a un grupo social o coalición. La solidaridad se puede practicar en todas las categorías de los estratos sociales mediante acciones que busquen brindar apoyo o abogar por aquellos que fueron afectados desproporcionalmente por las inequidades del sistema. Dichas prácticas de solidaridad difieren de la caridad en su reconocimiento de las historias y las estructuras sociales que producen y mantienen estas inequidades.<sup>7</sup>

La solidaridad transnacional es una base de la responsabilidad social de los médicos estadounidenses de brindar atención en las fronteras internacionales, en contraste con los esfuerzos médicos humanitarios globales implementados, por ejemplo, por organizaciones no gubernamentales como Médicos Sin Fronteras,<sup>8</sup> cuyo foco es atender las necesidades biomédicas aun en fronteras de Estados-Naciones en pugna y el Comité Internacional de la Cruz Roja, con su compromiso explícito con la neutralidad política.<sup>9</sup> La solidaridad transnacional expresa un entendimiento de las historias globales compartidas causadas por las migraciones transnacionales recientes y la militarización reforzada de las fronteras<sup>10,11,12,13</sup> y expresa una oposición ante los esfuerzos del gobierno de EE. UU. de sancionar, castigar o restringir la entrada a los solicitantes de asilo y migrantes.<sup>14,15</sup> La solidaridad transnacional como valor ético también expresa la neutralidad médica, la perspectiva de que los pacientes deben tener un acceso libre a los servicios de atención médica sin importar su situación ciudadana o su trasfondo cultural, nacional o político.<sup>16</sup>

Concebida de esta manera, la solidaridad transnacional apela a que los médicos reconozcan de qué manera las fuerzas sociales y las inequidades producen patrones de lo

que los expertos llaman “vulnerabilidad estructural” entre pacientes en regiones fronterizas.<sup>17,18</sup> La vulnerabilidad estructural, un concepto de las ciencias sociales médicas, considera cómo las personas normalmente relegadas a las jerarquías sociales, políticas y económicas más bajas experimentan resultados de salud desproporcionadamente negativos.<sup>19</sup> Las fronteras internacionales también pueden producir o exacerbar la vulnerabilidad estructural en ciertas personas o grupos, tales como los migrantes irregulares y los solicitantes de asilo, que sufren ataques dirigidos, control policial, deportaciones, detenciones y explotación durante la migración.<sup>20</sup> La atención médica y la defensa de pacientes como SR necesitan compromisos por fuera de los espacios clínicos formales y en ambos lados de las fronteras internacionales, tal vez incluso infringiendo las políticas institucionales.

Por ejemplo, si bien el empleador del Dr. N, un hospital estadounidense que actúa como red de seguridad, prohibió que el médico viajara a destinos internacionales, el Dr. N brindó atención pro bono en Tijuana. Ya que la atención médica del Dr. N tiene base en un marco ético que busca reparar el daño y la inequidad transnacional históricos que afectan la salud de los migrantes, los médicos y las organizaciones deben trabajar en las zonas fronterizas para brindar la atención necesaria y el apoyo material a los pacientes que no tienen movilidad internacional ni acceso a atención médica. En suma, la atención médica y la defensa no son *sans frontières* (“sin fronteras”, en francés) pero ocurren debido a la militarización de las fronteras y la burocratización de las prácticas que dañan a los migrantes y como consecuencia directa de esto.

### **Respuesta ante la violencia transnacional**

Los solicitantes de asilo en la frontera de México y EE. UU. han sufrido históricamente violencia transnacional por parte de las políticas económicas, externas e inmigratorias estadounidenses, así como de varias poderosas organizaciones multinacionales, desde cárteles de droga hasta empresas agrícolas.<sup>3,21,22</sup> Estas fuerzas son transnacionales porque operan en múltiples fronteras nacionales y han dañado a muchas personas en varios países de toda América Latina. Como aclaramos a continuación, observar esta violencia continua mediante una perspectiva transnacional demuestra cómo el daño que sufre SR tiene origen en la intervención gubernamental histórica de EE. UU. en América Latina y las prácticas contemporáneas de disuasión migratoria.<sup>23,24,25,26</sup>

El país de origen de SR, Honduras, ha sido receptor de una prolongada intervención estadounidense desde principios del siglo XX.<sup>27</sup> Durante décadas, el sistema político y económico de Honduras estuvo en gran medida controlado por empresas agrícolas estadounidenses y docenas de intervenciones militares de EE. UU. han apuntado a preservar sus intereses comerciales.<sup>10,11,13</sup>

En los últimos años, América Central se ha convertido en la principal ruta de narcotráfico, luego de los intentos de prohibición de EE. UU. en el Caribe.<sup>21,22</sup> En Honduras, estos intentos ocasionaron una escalada de la violencia perpetrada por poderosas pandillas locales con conocidos vínculos con la policía y algunos líderes políticos.<sup>28</sup> Muchos solicitantes de asilo escaparon como resultado de extensos abusos a los derechos humanos por parte del gobierno de Honduras, que sigue teniendo el apoyo del gobierno de EE. UU.<sup>29,30</sup>

SR, paciente del Dr. N, llegó a Tijuana con su hija de tres años en 2018, luego de recibir amenazas de violencia de una pandilla local. Con el apoyo de una organización de abogados, comenzó el proceso de solicitud de asilo en los Estados Unidos. Sin embargo, en enero de 2019, el Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. implementó los Protocolos de Protección al Migrante (PPM).<sup>31</sup> Los PPM infringieron las leyes de refugiados estadounidenses e internacionales establecidas al

enviar a solicitantes de asilo como SR de vuelta a México para que esperen la resolución de su proceso judicial, lo que los ponía en mayor riesgo de ser víctimas de las pandillas locales, los cárteles de droga transnacionales y los funcionarios de seguridad mexicanos.<sup>32</sup> Tras la pandemia de la COVID-19, los juicios de asilo se pospusieron, lo que dejó a muchos solicitantes de asilo varados en México.<sup>33</sup>

Además de la implementación de los PPM del DHS, en agosto de 2021 los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), emitieron una orden de acuerdo con las Secciones 362 y 365 de la Ley del Servicio de Salud Pública,<sup>34</sup> que habilita a los agentes fronterizos a expulsar inmediatamente a los migrantes que intenten cruzar hacia los Estados Unidos, muchas veces evitando que hagan una solicitud de asilo. La orden presuntamente tenía el objetivo de ser una defensa contra la propagación de la COVID-19, pero desató leyes internacionales de derechos humanos y reafirmó las retóricas antiinmigrantes y las grietas en el sistema de asilo.<sup>35,36</sup> Mientras tanto, debido a la presión de EE. UU., el gobierno mexicano ha implementado enfoques de mayor mano dura con los solicitantes de asilo.<sup>37,38</sup> A partir de la implementación de estas políticas, muchas personas en la frontera de México con EE. UU. han debido permanecer en refugios abarrotados y carentes de recursos o en campamentos provisorios mientras esperan las fechas de sus juicios.<sup>39</sup> A estos migrantes normalmente incluso se les niega el acceso a la atención médica en instalaciones públicas.<sup>40</sup>

### **Forjar vínculos de solidaridad transnacional**

Si bien al Dr. N su empleador le prohibió hacer viajes internacionales, siguió viajando dadas las urgentes necesidades de los solicitantes de asilo y el reconocimiento del rol del gobierno de los EE. UU. en la amplificación de los daños que experimentaban. Algunos supervisores de médicos apoyaron los esfuerzos del Dr. N, aunque a regañadientes. La RHA, que administra el empleo clínico del Dr. N, solicitó a sus médicos que se atengan a los lineamientos de los CDC para reducir el riesgo de transmitir el SARS-CoV-2. El trabajo de la RHA demuestra que la solidaridad transnacional puede ayudar a los médicos y las organizaciones a transitar situaciones de atención médica con complejidad ética en fronteras con tensión política. Los médicos pueden trabajar de manera solidaria con migrantes de algunas de las siguientes maneras.

*Cuestionar la estigmatización de los migrantes.* La retórica y las políticas antiinmigrantes han estigmatizado a los migrantes, especialmente a aquellos que no califican para recibir asilo y que, como resultado, pueden ser percibidos como menos merecedores de atención médica de calidad.<sup>41,42</sup> Los médicos clínicos pueden cuestionar la estigmatización de los migrantes al interrogar sus propios sesgos negativos al brindarles atención médica. Los educadores de las profesiones sanitarias pueden ayudar a los estudiantes a que combatan la estigmatización mediante la capacitación en el marco de la medicina social como, por ejemplo, la competencia estructural, que reconoce el impacto de las políticas de EE. UU. sobre la salud de los migrantes.<sup>43,44</sup>

*Brindar atención presencial o remota a migrantes con acceso limitado a los servicios.* Muchas organizaciones trabajan sin descanso para brindar atención médica, ya sea en persona o de manera virtual, a migrantes y solicitantes de asilo en las regiones fronterizas. El Dr. N reconoce que muchos médicos pueden no tener supervisores empáticos, por lo que comenzó a trabajar en conjunto para organizar consultas de telemedicina con el apoyo de voluntarios en Tijuana. Los solicitantes de asilo también deben someterse a exámenes médicos forenses para respaldar sus casos. Las iniciativas dirigidas por estudiantes de medicina,<sup>45</sup> como la clínica de asilo creada por la Iniciativa de Derechos Humanos de Los Ángeles,<sup>46</sup> brindan oportunidades a los médicos de realizar evaluaciones forenses pro

bono.<sup>45,46</sup> Los profesionales deberían explorar iniciativas similares en sus localidades y, si no existen, crear nuevas.

*Destinar recursos cruciales a las fronteras.* Los médicos de la RHA recurrieron a sus redes para entregar recursos importantes en las fronteras, incluso durante una pandemia que restringió los viajes y el trabajo de los médicos. También mitigaron los riesgos agravados que experimentan los solicitantes de asilo al brindar apoyo a los refugios en su implementación de medidas de salud pública. Por ejemplo, el Dr. N trabajó con otros médicos y organizaciones para reunir fondos a fin de que SR pudiera permanecer **en cuarentena en una habitación de hotel** para reducir el contagio de la COVID-19 en su refugio. Con el apoyo de esta red, la RHA instaló estaciones de lavado de manos en diversos refugios y distribuyó equipo de protección personal e instrumentos de diagnóstico donados entre los directores de los refugios. Los doctores mantuvieron una sólida comunicación entre los refugios y, de esta manera, pudieron diagnosticar a varias personas con la COVID-19 y solicitar apoyo de las autoridades sanitarias públicas locales. Los médicos deberían considerar los recursos materiales basados en el conocimiento a los que pueden acceder mediante sus redes a fin de hacer que esos recursos estén disponibles para las comunidades vulnerables en la frontera. Apoyar la distribución de la vacuna de la COVID-19 en las comunidades migrantes también es urgente.

*Cuestionar la política inmigratoria que ocasiona daño y socava la neutralidad médica.* Por ejemplo, la RHA colabora con organizaciones legales que buscan derogar los PPM y la orden de los CDC y se ha unido a los esfuerzos de protestar contra la atención médica inadecuada, y en algunos casos dañina, brindada a los solicitantes de asilo en los centros de detención estadounidenses.<sup>47,48,49</sup> Estas importantes asociaciones buscan intervenir en el daño transnacional. Por ende, la ética de la solidaridad transnacional que guía el trabajo de la RHA sirve como fuente de intervención creativa, colaboración y compromiso con la equidad sanitaria.

## References

1. Fry W, Mendoza A. "A war zone": Tijuana hospitals overwhelmed by coronavirus patients. *San Diego Union Tribune*. April 10, 2020. Accessed February 17, 2022. <https://www.sandiegouniontribune.com/news/border-baja-california/story/2020-04-10/a-war-zone-tijuana-hospitals-overwhelmed-by-coronavirus-patients>
2. Refugee Health Alliance. Accessed December 3, 2021. <https://www.refugeehealthalliance.org/>
3. Basch L, Schiller NG, Szanton Blanc C. *Nations Unbound: Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States*. Gordon & Breach Science Publishers; 1994.
4. Saldívar R. *The Borderlands of Culture: Américo Paredes and the Transnational Imaginary*. Duke University Press; 2006.
5. Holmes SM. As societies re-open in this pandemic, we need social solidarity to survive the summer. *BMJ Opinion* blog. April 30, 2020. Accessed December 3, 2021. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/04/30/seth-holmes-societies-re-open-pandemic-need-social-solidarity-survive/>
6. Durkheim E. *The Division of Labor in Society*. Free Press; 1933.
7. Spade D. Solidarity not charity: mutual aid for mobilization and survival. *Soc Text*. 2020;38(1):131-151.
8. Redfield P. *Life in Crisis: The Ethical Journey of Doctors Without Borders*. University of California Press; 2013.
9. Forsythe DP. A new International Committee of the Red Cross? *J Hum Rights*. 2018;17(5):533-549.

10. Langley L, Schoonover T. *The Banana Men: American Mercenaries and Entrepreneurs in Central America, 1880-1930*. University Press of Kentucky; 1995.
11. Grandin G. *Empire's Workshop: Latin America, the United States, and the Rise of the New Imperialism*. Owl Books; 2007.
12. Zilberg E. *Space of Detention: The Making of a Transnational Gang Crisis Between Los Angeles and San Salvador*. Duke University Press; 2011.
13. Chomsky A. *Central America's Forgotten History: Revolution, Violence, and the Roots of Migration*. Beacon Press; 2021.
14. Schoenholtz AI, Ramji-Nogales J, Schrag PG. *The End of Asylum*. Georgetown University Press; 2021.
15. Slack J, Heyman J. Asylum and mass detention at the US-Mexico border during Covid-19. *J Lat Am Geogr*. 2020;19(3):334-339.
16. Hall P. Medical neutrality. *J R Soc Med*. 1999;92(11):553.
17. Hernández-Rosete Martínez D, Sánchez Hernández G, Pelcastre Villafuerte B, Juárez Ramírez C. Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Ment*. 2005;28(5):20-26.
18. Quesada J, Hart LK, Bourgois P. Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States. *Med Anthropol*. 2011;30(4):339-362.
19. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural vulnerability: operationalizing the concept to address health disparities in clinical care. *Acad Med*. 2017;92(3):299-307.
20. Carruth L, Martinez C, Smith L, Donato K, Piñones-Rivera C, Quesada J; Migration and Health in Social Context Working Group. Structural vulnerability: migration and health in social context. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e005109.
21. Bunck J, Fowler M. *Bribes, Bullets, and Intimidation: Drug Trafficking and the Law in Central America*. Pennsylvania State University Press; 2012.
22. Bagley BM, Rosen JD. *Drug Trafficking, Organized Crime, and Violence in the Americas Today*. University Press of Florida; 2015.
23. Saldaña-Portillo MJ. The violence of citizenship in the making of refugees: the United States and Central America. *Soc Text*. 2019;37(4):1-21.
24. Alberto C, Chilton M. Transnational violence against asylum-seeking women and children: Honduras and the United States-Mexico border. *Hum Rights Rev*. 2019;20(2):205-227.
25. De León J. *The Land of Open Graves: Living and Dying on the Migrant Trail*. University of California Press; 2015.
26. Jusionyte I. *Threshold: Emergency Responders on the US-Mexico Border*. University of California Press; 2018.
27. Pine A. *Working Hard, Drinking Hard: On Violence and Survival in Honduras*. University of California Press; 2008.
28. Frank D. *The Long Honduran Night: Resistance, Terror, and the United States in the Aftermath of the Coup*. Haymarket Books; 2018.
29. Pine A. Revolution as a care plan: ethnography, nursing and somatic solidarity in Honduras. *Soc Sci Med*. 2013;99:143-152.
30. Frank-Vitale A, d'Aubuisson JJM. The generation of the coup: Honduran youth at risk and of risk. *J Lat Am Caribb Anthropol*. 2020;25(4):552-568.
31. Kocher A. Migrant Protection Protocols and the death of asylum. *J Lat Am Geogr*. 2021;20(1):249-258.
32. Silverstein MC, Long RFP, Burner E, Parmar P, Schneberk TW. Continued trauma: a thematic analysis of the asylum-seeking experience under the Migrant Protection Protocols. *Health Equity*. 2021;5(1):277-287.
33. Narea N. The US has abandoned asylum seekers in Mexico during the pandemic. *Vox*. May 13, 2020. Accessed February 17, 2022.

<https://www.vox.com/2020/4/27/21232808/asylum-seekers-mexico-coronavirus-trump>

34. Extension of order under sections 362 and 365 of the Public Health Service Act; order suspending introduction of certain persons from countries where a communicable disease exists. *Fed Regist.* 2020;85(78):22424-22427.
35. Sandhu M. Unprecedented expulsion of immigrants at the southern border: the Title 42 process. *Harv Law.* December 26, 2020.
36. Hampton K, Heisler M, Pompa C. Neither safety nor health: how Title 42 expulsions harm health and violate rights. Physicians for Human Rights. July 28, 2021. Accessed September 30, 2021. <https://phr.org/our-work/resources/neither-safety-nor-health/>
37. Goodman A. The human costs of outsourcing deportation. *Humanity.* 2017;8(3):527-529.
38. Vogt W. Dirty work, dangerous others: the politics of outsourced immigration enforcement in Mexico. *Migr Society.* 2020;3(1):50-63.
39. Blue SA, Devine JA, Ruiz MP, et al. Im/mobility at the US-Mexico border during the COVID-19 pandemic. *Soc Sci (Basel).* 2021;10(2):47.
40. Basok T, Wiesner MLR. Precarious legality: regularizing Central American migrants in Mexico. *Ethn Racial Stud.* 2018;41(7):1274-1293.
41. Willen SS. How is health-related “deservingness” reckoned? Perspectives from unauthorized im/migrants in Tel Aviv. *Soc Sci Med.* 2012;74(6):812-821.
42. Holmes SM, Castañeda E, Geeraert J, et al; Migration and Health in Social Context Working Group. Deservingness: migration and health in social context. *BMJ Glob Health.* 2021;6:e005107.
43. Metz J, Hansen H. Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc Sci Med.* 2014;103:126-133.
44. Harvey M, Neff J, Knight KR, et al. Structural competency and global health education. *Glob Public Health.* 2022;17(3):341-362.
45. Gu F, Chu E, Milewski A, et al. Challenges in founding and developing medical school student-run asylum clinics. *J Immigr Minor Health.* 2021;23(1):179-183.
46. Los Angeles Human Rights Initiative. Accessed February 17, 2022. <https://lahumanrights.org>
47. Holmes SM, Hansen H, Jenks A, et al. Misdiagnosis, mistreatment, and harm—when medical care ignores social forces. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1083-1086.
48. Halevy-Mizrahi NR, Harwayne-Gidansky I. Medication confiscation: how migrant children are placed in medically vulnerable conditions. *Pediatrics.* 2020;145(1):e20192524.
49. Ghandakly EC, Fabi R. Sterilization in US Immigration and Customs Enforcement's (ICE's) detention: ethical failures and systemic injustice. *Am J Public Health.* 2021;111(5):832-834.

**Carlos Martínez, MPH** es candidato de PhD en el Programa Conjunto de UCSF/UCB PhD en Medicina Antropológica. Se especializa en la salud, deportación y control policial de inmigrantes y refugiados, también considera la influencia del conflicto de drogas en América Latina en su investigación.

**Lauren Carruth, PhD** es médica antropóloga y profesora en la Escuela de Servicio Internacional (SIS, por sus siglas en inglés) de la Universidad Americana en Washington, DC, donde también lidera el Área Temática de Sostenibilidad Ambiental y Salud Global de la SIS. Se especializa en asistencia humanitaria, salud global, nutrición, desplazamiento, migración y el Cuerno de África.

**Hannah Janeway, MD** es médica de emergencias e instructora clínica en la Universidad de California, Los Ángeles, y cofundadora de la Alianza de Salud para Refugiados.

**Lahra Smith, PhD** es profesora en la Walsh School of Foreign Service y la Oficina de Gobierno de la Universidad de Georgetown en Washington, DC. Es politóloga y está interesada en la política africana, las migraciones y los refugiados, y la ciudadanía y la igualdad.

**Katharine M. Donato, PhD** es profesora de Migración Internacional en Donald G. Herzberg y directora del Instituto para el Estudio de la Migración Internacional de la Walsh School of Foreign Service en la Universidad de Georgetown en Washington, DC.

**Carlos Piñones-Rivera, PhD** es psicólogo, médico antropólogo y profesor en el Departamento de Filosofía y Psicología en la Universidad de Tarapacá en Arica, Chile.

**James Quesada, PhD** es médico antropólogo y profesor en el Departamento de Antropología de la Universidad Estatal de San Francisco en California.

**Seth M. Holmes, MD, PhD** es profesor en el Departamento de Ciencias Ambientales, Política y Administración de la Universidad de California, Berkeley, y en el Programa Conjunto de UCSF/UCB PhD en Medicina Antropológica. Su trabajo se enfoca mayormente en las jerarquías sociales, las desigualdades sanitarias, y las maneras en las que dichas asimetrías están naturalizadas, normalizadas y resisten.

#### Nota del editor

Esta investigación fue aprobada por la junta institucional revisora del Comité para la Protección de Sujetos Humanos en la Universidad de California, San Francisco, el 15 de julio de 2020.

#### Cita

*AMA J Ethics.* 2022;24(4):E275-282.

#### DOI

10.1001/amajethics.2022.275.

#### Información de conflictos de intereses

La Dra. Janeway es cofundadora y codirectora de la organización sin fines de lucro Alianza de Salud para Refugiados. Los demás autores no tienen conflictos de intereses que informar.

*Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.*

Copyright 2022 American Medical Association. Todos los derechos reservados.  
ISSN 2376-6980