



# **DEL ENTENDIMIENTO A LA TRANSFORMACIÓN DE LAS BARRERAS DE SALUD**

UNA PUBLICACIÓN DE  
LA CLÍNICA DEL PUEBLO



## **AUTORES:**

Rodrigo Stein, MSc, Director  
de Equidad en Salud y Alianzas  
Comunitarias Estratégicas

Lina Guerrero, MA,  
Gerente de Alianzas Comuni-  
tarias

## **COLABORADORES:**

Suyanna Linhales Barker, DrPH,  
Jefa de Programas y Servicios  
Comunitarios

**Daniel Cano,**  
Recopilación y Análisis de Datos

**Cesar Watts,**  
Recopilación y Análisis de Datos

## **DISEÑO EDITORIAL:**

Daniela Domínguez Flores

# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
1.1 Contexto	7
1.2 Disparidades en salud en el Distrito de Columbia	7
1.3 Desigualdad	8
1.4 Barreras de acceso	8
<b>2. INICIATIVAS COMUNITARIAS DE LOS CENTROS DE SALUD FEDERALMENTE CALIFICADOS</b>	<b>9</b>
2.1 La Clínica del Pueblo	9
2.2 Ámbito de aplicación	10
<b>3. METODOLOGÍA</b>	<b>11</b>
3.1 Reclutamiento y puesta en marcha de los grupos de afinidad	13
3.2 Recopilación de datos	14
3.3 Datos demográficos	15
3.4 Análisis de los datos	17
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>18</b>
4.1 Problemas de salud	18
4.2 Barreras	19
<b>5. DISCUSIÓN</b>	<b>20</b>
5.1 Barreras de salud mental	20
5.2 Barreras de las enfermedades crónicas	20
5.3 Validación de los hallazgos	21
<b>6. RECOMMENDATIONS</b>	<b>22</b>
6.1 Ingresos y ocupación	22
6.2 Acceso a servicios de salud	23
6.3 Estatus migratorio	24
6.4 Acceso a alimentos	25
6.5 Barrera del Idioma:	26
<b>7. CONCLUSIÓN</b>	<b>27</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta las percepciones derivadas de una *Apreciación Rápida Participativa* (PRA, por sus siglas en inglés) llevada a cabo en La Clínica del Pueblo, un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés) que ofrece diversos servicios de salud en el área metropolitana de Washington DC. El objetivo principal de la PRA fue identificar las percepciones y prioridades de la comunidad en relación con los problemas de salud y las necesidades sociales más urgentes de los inmigrantes latinos con bajos ingresos. Participaron en siete conversaciones comunitarias distintas un total 77 personas entre los 15 y los 77 años, procedentes principalmente de El Salvador (32 %), Honduras (13 %) y Guatemala (12 %), organizadas por grupos de afinidad.

4 Los resultados muestran que las enfermedades de salud mental (41 %) y las enfermedades crónicas (28 %) fueron las afecciones de salud más preocupantes que afectan a sus comunidades. Los participantes identificaron que las barreras psicosociales (21 %) como la depresión, la discriminación y el aislamiento, así como el acceso limitado a la atención médica (16 %) y el estatus migratorio (13 %) como las barreras más importantes. Los participantes también identificaron el nexo de las barreras socioeconómicas relacionadas con el empleo y los ingresos (17 %) y las condiciones materiales como el acceso a los alimentos, a la vivienda y las condiciones de su vecindario (20 %) como las necesidades sociales críticas que influyen en su salud.

En conjunto, los resultados de la PRA se suman a la literatura existente que señalan la inmigración como un determinante de la salud en sí misma. Para mejorar sustancialmente los resultados respecto a la salud entre la creciente población de inmigrantes latinos en el Distrito de Columbia, los legisladores, los proveedores de servicios y otras partes involucradas deben integrar estrategias políticas y de intercesión que reflejen con mayor precisión las condiciones socioeconómicas y de vida de los inmigrantes latinos que residen en el Distrito.



# INTRODUCCIÓN

El marco tradicional de la investigación en políticas de salud sobre las desigualdades en materia de salud que sufren los inmigrantes latinos en Estados Unidos suele centrarse en los comportamientos individuales respecto a la búsqueda de la salud, las creencias culturales y las barreras lingüísticas.<sup>1,2</sup> A pesar de los esfuerzos por incorporar una perspectiva más amplia de los determinantes sociales de la salud<sup>3</sup>, sigue existiendo una brecha notable en la comprensión de cómo las comunidades inmigrantes perciben y priorizan los principales problemas de salud dentro de sus propios contextos individuales, familiares y comunitarios. También es necesario comprender cómo las comunidades inmigrantes le dan prioridad a las principales barreras y las necesidades sociales que dificultan el progreso a la hora de abordar problemas de salud significativos.

Además, las organizaciones para el cuidado de la salud están muy interesadas en captar y abordar las necesidades sociales. Entre las iniciativas que el sector salud ha puesto en marcha, se encuentra la práctica cada vez más extendida de que los proveedores de atención médica y los equipos asistenciales realicen una evaluación para detectar las necesidades sociales de los pacientes y fomenten alianzas intersectoriales para abordar las carencias materiales<sup>4</sup>. Sin embargo, los inmigrantes suelen mantener relaciones ambiguas y a veces hostiles con el Estado y sus instituciones, incluida la prestación de asistencia médica, lo que puede perjudicar la eficacia de los programas de detección de las necesidades sociales para estas poblaciones<sup>4,5</sup>. El uso satisfactorio de recursos por parte de los pacientes puede verse obstaculizado significativamente por la dificultad para acceder a los servicios debido al idioma, a la elegibilidad para los programas basada en el estatus migratorio, la mala comunicación entre el paciente y el proveedor del servicio médico y la percepción de insensibilidad cultural<sup>6</sup>. También existen brechas significativas en la frecuencia, la estandarización de herramientas de investigación y el marco temporal en el que se recogen las necesidades, que pueden no reflejar completamente las necesidades actuales de las poblaciones de inmigrantes<sup>5,6</sup>.

Este informe se basa en la aplicación de una *Apreciación Rápida Participativa (PRA)*<sup>6</sup>, un ejemplo de la *Investigación participativa comunitaria (CBPR)*<sup>7</sup>, la cual busca ser una herramienta que contribuya en cerrar la brecha entre los enfoques limitados de políticas en el sector de la salud como también en abordar las necesidades sociales que impactan la salud de los inmigrantes.

En concreto, exploramos su aplicación en el contexto de inmigrantes latinos residentes de Washington, D.C., que acceden a los servicios de salud de La Clínica del Pueblo.

El informe se presenta en cinco secciones clave; la sección inicial describe el contexto demográfico de los inmigrantes latinos en Washington, D.C. y esboza las disparidades en salud a las que se enfrentan, incluidas las barreras para el acceso. La segunda sección ofrece una visión de la posición de La Clínica como un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), haciendo hincapié en sus esfuerzos para mitigar las inequidades en salud. Además, explica su papel distintivo a la hora de captar de forma exhaustiva las causas raíz, sociales y económicas que contribuyen a las disparidades en salud dentro de las comunidades inmigrantes y el alcance del estudio. La tercera sección describe la metodología PRA, la recopilación de datos y el análisis. La cuarta sección expone los resultados de la PRA y su aplicabilidad en la investigación sobre la política de salud. La quinta sección muestra como están interrelacionadas las barreras sociales con las enfermedades que los participantes identificaron como las que más los afectan. Adicionalmente, se hace un llamado a los participantes del PRA y otras organizaciones que abogan por equidad en salud de los inmigrantes en el Distrito de Columbia para identificar posibles recomendaciones basados en los hallazgos que se presentan en este informe.



**Figura 1 PRA: Grupo de afinidad Promotores**

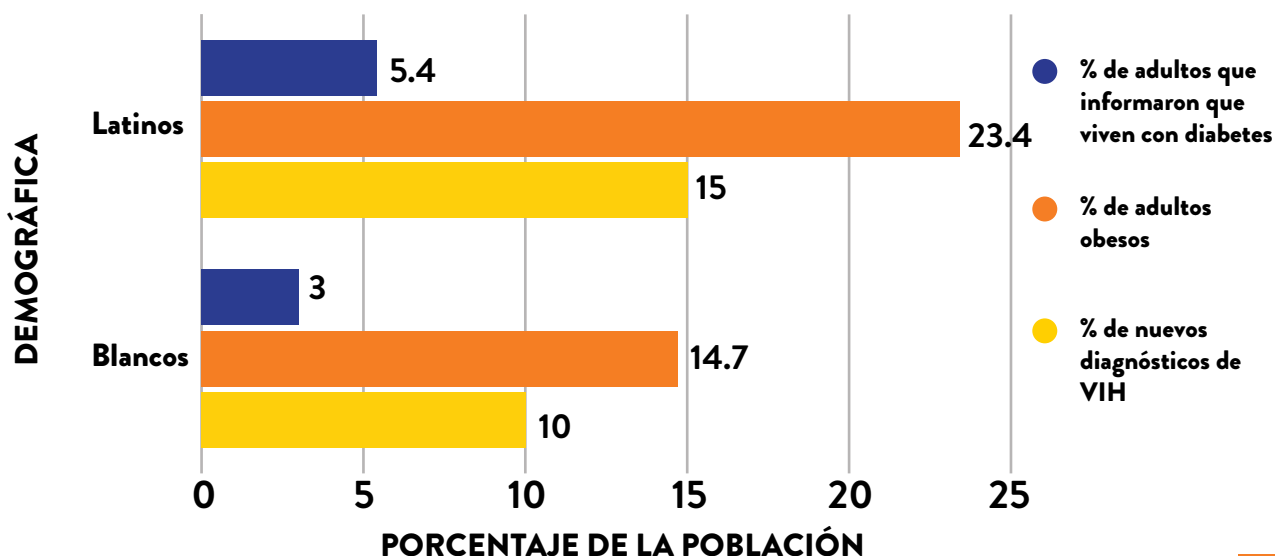
# 1.1 CONTEXTO

Según datos de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, la población latina es el grupo minoritario más numeroso y de más rápido crecimiento en Estados Unidos, y constituye aproximadamente el 19 % de la población total del país<sup>8</sup>. En la actualidad, los latinos nacidos en Estados Unidos superan en número a sus homólogos nacidos en el extranjero, excepto en grandes zonas urbanas como el área metropolitana de Washington DC<sup>9</sup>. En el Distrito de Columbia, el 35% de los inmigrantes nacidos en el extranjero son latinos<sup>9</sup>. La mayoría procede de países centroamericanos como El Salvador, Honduras y Guatemala<sup>10</sup>.

## 1.2 DISPARIDADES EN SALUD EN EL DISTRITO DE COLUMBIA

A pesar de su creciente presencia, los latinos sólo representan el 11.5 %<sup>11</sup> de la población total en el Distrito de Columbia; sin embargo, se ven desproporcionadamente afectados por los malos resultados en materia de salud y las desigualdades sociales. Como se muestra en la Figura 2, los latinos que residen en el Distrito tienen más del doble de probabilidades de ser diagnosticados con VIH<sup>12</sup>, en promedio tienen tasas de obesidad más altas<sup>13</sup> y más probabilidades de ser diagnosticados con diabetes que sus contrapartes blancos<sup>14</sup>. Además, reportan el mayor número de días de salud mental deficiente en un periodo de 30 días en comparación con otros grupos raciales y étnicos<sup>15</sup>.

Figura 2 Disparidades en salud entre latinos y blancos en Washington DC





Muchos inmigrantes latinos en DC trabajan principalmente en actividades relacionadas con la prestación de servicios mal remunerados<sup>16</sup>, lo que hace que los latinos tengan un índice de pobreza del 10.4%<sup>17</sup>. Los informes también muestran enormes disparidades en la riqueza, estructuradas en función de la raza. En DC, los hogares de blancos tienen 81 veces más riqueza que los hogares de afrodescendientes y 22 veces más riqueza que los hogares de latinos<sup>18</sup>.

## 1.4 BARRERAS DE ACCESO

A pesar de sus necesidades de salud, los estudios demuestran que los latinos tienen menor acceso al seguro médico y a la atención médica que los blancos no latinos. Las variaciones en el acceso a la atención médica de calidad para los inmigrantes latinos en función de su estatus migratorio contribuyen a una fragmentación en la cobertura para algunos y a la falta de cobertura para otros, incluidos los inmigrantes en situación legal (consulte la Figura 3). Por ejemplo, tras la aplicación de la Ley del Cuidado de la Salud de Costo Accesible (ACA, por sus siglas en inglés), las personas de origen

**Figura 3 Variación en el acceso a los servicios de salud en función del estatus migratorio según State Health & Value Strategies 2021; subvencionado por la fundación Robert Wood Johnson.**

**Tabla 1: Posibilidad de ser elegibles para programas de cobertura financiados con fondos federales en función de la situación de migración**

Situación Migratoria	Elegible para el Mercado	Elegible para Medicaid o CHIP
<b>Presentes legalmente y elegibles para programas de cobertura financiados con fondos federales</b>		
Titulares de visas de no inmigrantes válidas (por ejemplo visas de estudiante, visas de trabajo)	✓	✗
Situación o circunstancias humanitarias (Incluido el Estado de protección temporal, el estado de menor de edad, solicitantes de asilo, Convención contra la Tortura, víctimas de trata).	✓	✗
Estado legal conferido por otras leyes (estado de residente temporal, Ley de Equidad para las Familias de inmigrantes legales, personas del programa de unidad familiar)	✓	✗
<b>No ciudadanos calificados:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Residentes legales permanentes (LPR por sus siglas en inglés o titulares de la tarjeta verde)</li> <li>En libertad condicional en EE.UU. al menos un año</li> <li>No ciudadanos, cónyuges, hijos o padres maltratados</li> <li>Personas que huyen de la persecución (por ejemplo asilados, refugiados)</li> <li>Suspensión de la deportación</li> <li>Cubanos o haitianos que ingresan</li> <li>Algunos inmigrantes norteamericanos de origen asiático</li> <li>Miembros de una tribu india reconocida a nivel federal o indios americanos nacidos en Canadá</li> <li>Veteranos o militares en activo y sus familiares</li> <li>Víctimas de trata y sus familiares</li> <li>Ciudadanos de las Islas Marshall, Micronesia y Palaos que residen en uno de los estados o territorios de EE.UU. (Migrantes del Pacto de Libre Asociación (COFA))</li> <li>Concesión del estado de inmigrante especial iraquí o afgano</li> <li>Niños en régimen de ciudadano de crianza o adopción</li> <li>Entrada condicional concedida antes de 1990</li> </ul>	✓	✓
<b>Inelegibles para programas de cobertura financiados por con fondos federales debido a su situación migratoria</b>		
<b>Inmigrantes indocumentados</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas que entraron al país sin autorización</li> <li>Personas que entraron legalmente al país y se quedaron después de que expirara su visa o estado legal</li> </ul>	✗	✗
DACA: Estado temporal que permite permanecer en Estados Unidos a las personas que llegaron al país siendo niños	✗	✗
Acción Diferida para Padres de Estadounidenses y Residentes Permanentes Legales (DAPA): Estado temporal que permite a los padres de ciudadanos o residentes permanentes legales permanecer en el país	✗	✗

centroamericano siguen teniendo menos probabilidades de estar aseguradas que los blancos no latinos. Asimismo, en el área metropolitana de Washington D.C. residen más de 32,000 personas con Estado de protección temporal (TPS, por sus siglas en inglés), en su mayoría salvadoreños. Las personas con TPS pueden acogerse a los subsidios y planes de la Ley del Cuidado de la Salud de Costo Accesible (ACA), pero no a Medicaid. Medicaid, el principal programa de salud pública para adultos en edad laboral con bajos ingresos, está limitado a ciudadanos y “no ciudadanos calificados”, una categoría que requiere tanto estatus migratorio legal como (en la mayoría de los casos) haber completado un periodo de espera de cinco años para ser elegible para los programas de asistencia pública. Como agravante a este problema, los latinos trabajan en profesiones que ofrecen un acceso limitado a la cobertura médica patrocinada por el empleador y suelen tener



ingresos comparativamente más bajos . Como resultado, estas personas se enfrentan a barreras para acceder a la atención médica cuando tratan de pagar la cobertura patrocinada por el empleador, cuando está disponible, o cuando navegan por el mercado de seguros de salud individuales. Aunque el seguro público DC Health Care Alliance es un modelo a nivel nacional para la provisión de asistencia médica a quienes no son elegibles para Medicaid<sup>24</sup>, siguen existiendo importantes brechas de paridad en los tipos de servicios para los que son elegibles sus miembros<sup>25</sup>.

## 2. INICIATIVAS COMUNITARIAS DE LOS CENTROS DE SALUD FEDERALMENTE CALIFICADOS

Debido a su limitado acceso a la atención médica y a sus limitaciones socioeconómicas, los inmigrantes latinos suelen acudir a los centros de atención primaria (CHC, por sus siglas en inglés), donde pueden acceder a la atención médica sin seguro; más del 35 % de los pacientes de los CHC en EE. UU. son latinos<sup>26</sup>. Los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC) son centros de atención primaria que, por mandato federal, ofrecen atención primaria y preventiva integral a poblaciones con carencias en el servicio médico, como personas con bajos ingresos, trabajadores inmigrantes y otros grupos marginados. Los FQHC desempeñan un papel importante en la reducción de las disparidades en salud raciales y étnicas. El éxito de estos centros en la reducción de estas disparidades se atribuye a la amplia gama de servicios que ofrecen, a la atención culturalmente competente y a las sólidas relaciones establecidas con las comunidades desatendidas.

## 2.1 LA CLÍNICA DEL PUEBLO

La Clínica del Pueblo (La Clínica), es un FQHC que ofrece servicios de atención médica primaria, servicios de salud mental, servicios de interpretación, educación integral sobre la salud y apoyo de orientación para atender las necesidades sociales de los pacientes en una población mayoritariamente latina inmigrante en Washington D.C y en el condado de Prince George, Maryland. La Clínica presta servicios a más de 4,000 pacientes y tiene más de 60,000 puntos de contacto con miembros de la comunidad a través de sus departamentos de Acción Comunitaria en Salud y Equidad en Salud. Dado que todo el personal de atención directa es bilingüe y la mayoría son inmigrantes latinos de primera generación, La Clínica proporciona una atención médica cultural y lingüísticamente apropiada a una población numerosa, pero excluida.

Además de prestar una atención ejemplar, los FQHC deben realizar o actualizar cada tres años una evaluación periódica de las necesidades de su población actual o futura<sup>27</sup>. Este mandato tiene por objeto mejorar y optimizar la prestación de los servicios. Dada su posición distintiva y de confianza dentro de las comunidades a las que sirve, los FQHC están en una posición única para investigar, diagnosticar y abordar los problemas de salud y los peligros que afectan a la comunidad. Esta información no solo contribuye a mejorar la prestación de los servicios de la organización, sino que también fortalece, apoya y moviliza a las comunidades y alianzas para mejorar la salud.



10

**Figura 4** Entrada a La Clínica del Pueblo desde la calle 15th Street, situada en Columbia Heights. Desde 1983, La Clínica atiende las necesidades de salud de los inmigrantes centroamericanos y latinos

## 2.2 JUSTIFICACIÓN

La Clínica está bien posicionada para analizar las causas sociales, económicas y ambientales de la salud de los inmigrantes desde múltiples sectores y fuentes, debido a su posición de confianza en la comunidad. Las metodologías rentables y reproducibles que implican directamente a las comunidades tanto en la recopilación de datos como en la discusión sobre los resultados pueden servir al doble propósito de producir información que ayude a mejorar la prestación de servicios de la organización y de informar a la comunidad sobre cómo abogar por mejoras ante diferentes organizaciones públicas y privadas. En respuesta al mandato federal de supervisar las necesidades de salud, este informe muestra el resultado de una Apreciación Rápida Participativa (PRA), un ejemplo de una Investigación Participativa Comunitaria (CBPR), como una posible solución para abordar tanto el alcance limitado de los enfoques de la política de salud hacia la salud de los inmigrantes y hacia las brechas en las oportunidades dentro del sector salud para atender las necesidades sociales.

### 3. METODOLOGÍA

Las Apreciaciones rápidas participativas (PRA) se han aplicado a distintos problemas económicos y ambientales en contextos urbanos. Por ejemplo, la metodología PRA que adaptó La Clínica se ha utilizado con comunidades vulnerables y de escasos recursos para abordar cuestiones como los efectos del cambio climático, la violencia urbana y la economía informal<sup>28</sup>. La PRA emplea diversas herramientas, como grupos focales, métodos de cuantificación participativa como la enumeración y la clasificación, y diagramas de flujo causal para identificar causas y consecuencias (consulte la Tabla 1 para ver una descripción de las herramientas utilizadas). Este enfoque metodológico se alinea con la Investigación Participativa Comunitaria (CBPR)<sup>29</sup>, común en la investigación de salud pública, ya que comparte varios aspectos clave que son fundamentales para la CBPR como, por ejemplo, hacer hincapié en la colaboración, la participación de la comunidad preguntando por las prioridades de salud de la comunidad y desarrollando o adoptando intervenciones de forma colaborativa, defendiendo la integración de pruebas basadas en la cultura e igualando las relaciones de poder.

**TABLA1 ÁREA DE INTERÉS, PREGUNTAS ORIENTATIVAS Y HERRAMIENTAS PARA LA RECOLECCIÓN PARTICIPATIVA DE DATOS ASOCIADAS A LA PRA**

Área de interés	Preguntas orientativas	Herramientas para recolección de datos	Descripción
Identificación de los problemas de salud más comunes en la comunidad	<p>¿Cuáles son los problemas de salud más comunes que afectan a nuestra comunidad?</p> <p>¿Cuáles son los que más le afectan a usted y a su comunidad?</p>	Lista y clasificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las listas se identifican las percepciones de los tipos de problemas de salud y las necesidades sociales dentro de las comunidades.</li> <li>• La clasificación sirve para priorizar qué tipo de problemas de salud y de necesidades sociales afectan más a las comunidades locales.</li> <li>• Los participantes eligen tres problemas de la lista y los clasifican (3= el más importante; 2= el segundo más importante; 1= el tercero más importante).</li> <li>• Los resultados se cuentan.</li> </ul>
Principales barreras asociadas con las afecciones de salud prioritarias	¿Qué barreras impiden a la gente mejorar en su comunidad?	Diagrama de flujo causal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifican las causas principales y los problemas de salud asociados a las afecciones de salud.</li> <li>• Se visualiza la relación entre los problemas de salud y las condiciones sociales.</li> </ul>
Identificación y priorización de las barreras	De ellas, ¿cuáles son los más importantes para usted y su comunidad?	Lista y clasificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con las listas se identifican las percepciones de los tipos de problemas de salud y las necesidades sociales dentro de las comunidades.</li> <li>• La clasificación sirve para priorizar qué tipo de problemas de salud y de necesidades sociales afectan más a las comunidades locales.</li> <li>• Los participantes eligen tres problemas de la lista y los clasifican (3= el más importante; 2= el segundo más importante; 1= el tercero más importante).</li> <li>• Los resultados se cuentan.</li> </ul>

## 3.1 RECLUTAMIENTO Y PUESTA EN MARCHA DE LOS GRUPOS DE AFINIDAD

La aplicación por parte de La Clínica del método de apreciación rápida participativa (PRA) implicó la participación de la comunidad a través de un muestreo selectivo de grupos de afinidad. Los grupos se seleccionaron con base en la edad, el género y la pertenencia a un grupo de aprendizaje o de apoyo de salud de La Clínica o por compartir afecciones de salud o ser un trabajador comunitario en el sector salud activo (promotor de la salud). Se convocó a cada grupo a una conversación comunitaria y se emplearon las mismas herramientas de recopilación de datos cualitativos: listas y clasificación para priorizar los problemas y las barreras relacionados con la salud, junto con diagramas de flujo causal para identificar la causa raíz de esos problemas de salud. Después de que se realizaron todas las conversaciones, los resultados se contaron y agruparon mediante un análisis de contenido.

Fue necesario que las personas pertenecieran a un grupo de actividades de educación para la salud o promoción de la salud de La Clínica del Pueblo para poder ser incluidos en la PRA. La Tabla 2 muestra la fecha en la que los grupos de afinidad fueron convocados, las características distintivas de cada grupo y el número de participantes. Los participantes menores de 18 años obtuvieron el consentimiento previo de sus padres para participar, ya que la actividad estaba asociada a iniciativas de mejora en la calidad en beneficio de La Clínica. Todos los participantes en los grupos eran inmigrantes latinos que podían comunicarse en español.

Para asegurar una muestra representativa de la comunidad a la que sirve La Clínica, los grupos estuvieron integrados por participantes de diferentes edades, géneros, orientaciones sexuales y diferencias en las afecciones de salud, incluyendo una gama de enfermedades crónicas, experiencias de violencia doméstica, estado de VIH, antecedentes de uso de sustancias, experiencia con enfermedades mentales y enfermedades crónicas, así como residentes de DC o del condado de Prince George.

Los grupos de afinidad participaron en dinámicas de conversación de 90 minutos para ofrecer sus puntos de vista sobre los problemas de salud apremiantes que afectan a sus comunidades. Las conversaciones fueron dirigidas por moderadores de La Clínica del Pueblo y consultores con capacitación, que actuaron como anotadores. La participación en las conversaciones basadas en la comunidad fue voluntaria, y el no querer participar incluso durante la conversación no afectaría los servicios que reciben de La Clínica.

**TABLA 2 PRA: FECHA DE LAS CONVERSACIONES COMUNITARIAS CON LOS GRUPOS DE AFINIDAD Y CARACTERÍSTICAS.**

Fecha	Grupo de afinidad	Características compartidas	% (N)
25 de julio de 2023	Empoderate Grupo #1	Hombres, mujeres y transgénero, miembros de la comunidad LGBTQ mayores de 18 años y seropositivos	15.6% (12)
27 de julio de 2023	Empoderate Grupo #2	Hombres, mujeres y transgénero, miembros de la comunidad LGBTQ mayores de 18 años y seropositivos	9.2% (7)
21 de agosto de 2023	Volviendo A Vivir	Participantes masculinos mayores de 18 años inscritos en programas de recuperación del consumo de sustancias	5.2% (4)
31 de agosto de 2023	Entre Amigas	Mujeres mayores de 18 años, supervivientes de violencia de pareja	18.2% (14)
25 de octubre de 2023	Promotores	Mujeres y hombres mayores de 18 años miembros de la comunidad que trabajan para ampliar las estrategias de promoción de la salud de LCDP a través de la divulgación comunitaria	19.4% (15)
26 de octubre de 2023	Mi Refugio	Jóvenes de ambos sexos de 15 a 21 años, reciben servicios de salud mental en la escuela	15.6% (12)
28 de octubre de 2023	Comité de Pacientes	Mujeres y hombres mayores de 18 años que sean pacientes de La Clínica que reciban atención primaria, servicios de salud mental o que participen en el grupo de educación para la salud que asesora al Director Ejecutivo sobre temas institucionales	16.8% (13)
TOTAL			100% (77)

## 3.2 RECOPIACIÓN DE DATOS

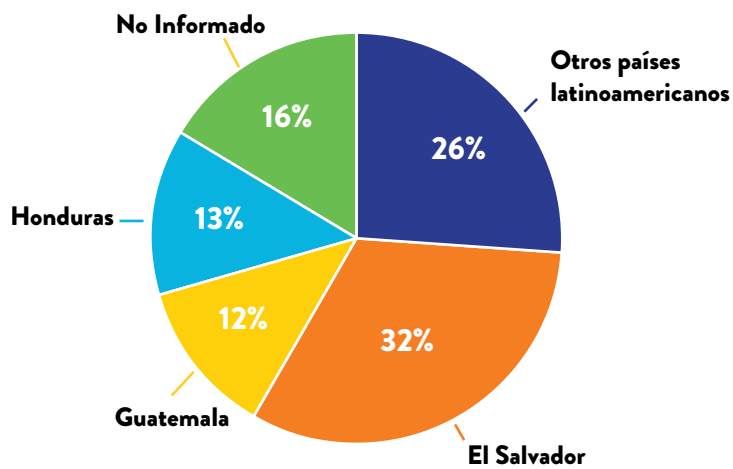
Los moderadores y anotadores de la PRA recibieron capacitación para aplicar las técnicas y herramientas participativas necesarias de la metodología. Se inició cada conversación de grupo de afinidad animando a los participantes a identificar los problemas de salud prevalentes en su comunidad y a enlistarlos. Una vez elaborada la lista de las afecciones de salud, se pidió a cada participante que votara y clasificara sus tres afecciones más críticas (consulte la Figura 5). Tras identificar los problemas principales de salud, los grupos de afinidad utilizaron diagramas de flujo causal para identificar las posibles razones por las que la comunidad percibe esta cuestión de salud como un problema o cuáles son las barreras que evitan que las personas en su comunidad mejoren (consulte la Figura 6). Una vez finalizada la discusión, los grupos enumeraron y clasificaron las barreras más apremiantes que debían abordarse. Una vez concluidas las actividades, el moderador y el anotador informaron sobre los datos recopilados y las impresiones del grupo, incluidas las citas más importantes, las actividades realizadas, la dinámica del grupo y la transcripción.





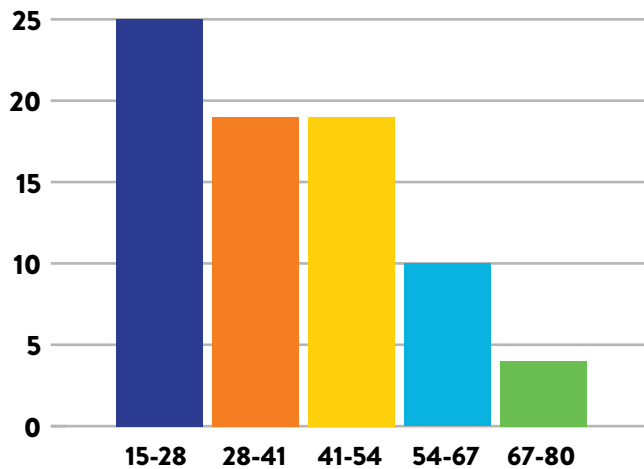


## PAÍS DE ORIGEN



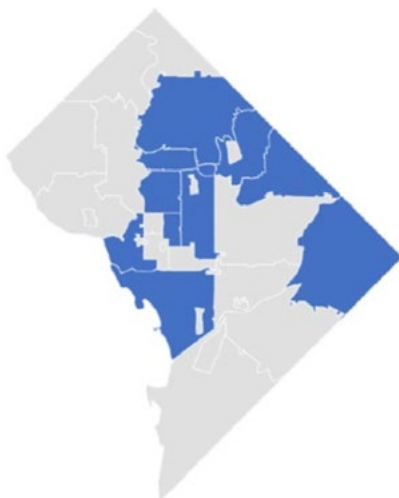
	(n)	%
Bolivia	5	6%
Colombia	4	5%
República Dominicana	2	3%
Ecuador	1	1%
El Salvador	25	32%
Guatemala	9	12%
Honduras	10	13%
México	5	6%
Nicaragua	3	4%
Puerto Rico	1	1%
No informado	12	16%

## EDAD



Rango Etario	15-77
15-28	N=25 (32.5%)
28-41	N=19 (24.7%)
41-54	N=19 (24.7%)
54-67	N=10 (13.0%)
67-77	N=4 (5.2%)
Media	39

## CÓDIGOS POSTALES MÁS COMUNES



Código postal	%
20001	3%
20017	5%
20009	6%
20010	9%
20011	9%
Código postal en Maryland y Virginia	68%

## 3.4 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Después de completar las actividades de los siete grupos de afinidad, el equipo de Equidad en la salud de La Clínica agrupó y analizó los resultados a través de un análisis profundo del contenido para generar conglomerados temáticos. Los conglomerados se crearon siguiendo la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>30</sup> y el Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

**TABLA 4 MUESTRA DE CONGLOMERADOS CAPTADOS EN LAS CONVERSACIONES DE LOS GRUPOS DE AFINIDAD**

<b>Grupo de afinidad</b>	<b>Conglomerado</b>	<b>Cita</b>
Prevención	Ingresos y ocupación, factores psicosociales, barreras lingüísticas	La "falta de ingresos" se debe a que los latinos suelen estar aislados debido a su estatus migratorio (falta de documentos), falta de oportunidades, la barrera del idioma, entre otros.
Prevención	Estatus migratorio, ingresos y ocupación, factores psicosociales	"Debido a la condición de inmigrante, hay dificultades para vivir en un lugar donde hay muchas normas y restricciones, ya que no se pueden aplicar a un hogar ... Entonces la gente cae en la depresión".
Entre Amigas	Condiciones materiales: acceso a los alimentos	"Falta de información sobre cuáles son los productos saludables, porque... estás ocupado yendo de un trabajo a otro, sin dedicar tiempo a averiguar qué es bueno para tu cuerpo".
Promotores de la salud	Ingresos y ocupación	"La gente experimenta más estrés con el paso del tiempo, pero creo que está relacionado con la inflación, la escasa probabilidad de salir adelante, de poder planificar y crecer. Puede que haya mucho trabajo, pero no está bien pagado".

## 4. RESULTADOS

### 4.1 PROBLEMAS DE SALUD

Según los datos compuestos recopilados de todos los grupos de afinidad, las afecciones de salud mental (41 %), las enfermedades crónicas (28 %) y los factores de comportamiento asociados al consumo de sustancias (17 %) son las preocupaciones en materia de salud más importantes (consulte la Tabla 5). Los grupos de afinidad asociaron las afecciones de salud mental principalmente con el estrés, la depresión y la ansiedad. Las enfermedades crónicas se asociaron principalmente con la diabetes, la hipertensión y con otras enfermedades cardiovasculares. Por último, el consumo de sustancias se asoció tanto a las drogas como al alcohol, pero no se hizo distinción en cuanto al tipo de drogas.

**TABLA 5 AFECCIONES DE SALUD AGREGADAS DE LOS GRUPOS DE AFINIDAD**

<b>Afección de salud</b>	<b>Votos totales agregados por grupos de afinidad (n)</b>	<b>%</b>
Enfermedades mentales	157	41%
Enfermedad crónica	107	28%
Factores conductuales - consumo de sustancias	66	17%
Enfermedades infecciosas - transmisión sexual	25	7%
Enfermedades infecciosas - transmisión respiratoria	14	4%
Enfermedades respiratorias	6	2%
Otra	3	1%
Condiciones ambientales	1	0%
<b>Gran Total</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

## 4.2 BARRERAS

Según los datos compuestos recogidos de todos los grupos de afinidad, la ocupación y los ingresos (17 %) se citaron como la barrera más apremiante, seguida del acceso a los servicios de salud (16 %) y la situación de inmigración (13 %) (consulte la Tabla 6). Sin embargo, al agregar los factores psicosociales, éstos representan la barrera más apremiante (21 %). Del mismo modo, en conjunto, las condiciones materiales, como la vivienda, la alimentación y la calidad del vecindario (20 %) también ocupan un lugar destacado. Sorprendentemente y contrario a la mayoría de la literatura existente sobre salud pública y política de salud, el acceso a la atención médica (16 %) no fue percibido de manera unánime como la principal barrera entre todos los grupos. Por el contrario, los factores próximos asociados a los ingresos, las circunstancias materiales y la experiencia respecto a la discriminación relacionada con la inmigración se situaron por encima del acceso por sí mismo.

**TABLA 6 BARRERAS AGREGADAS POR GRUPOS DE AFINIDAD**

Barreras	Votos totales agregados por grupos de afinidad (n)	%
Ingresos y ocupación	63	17%
Sistema de salud: acceso a los servicios de salud	62	16%
Situación de migración	48	13%
Circunstancias materiales: acceso a los alimentos	40	11%
Barrera lingüística	34	9%
Factores psicosociales: depresión	27	7%
Factores psicosociales: discriminación	21	6%
Circunstancias materiales: vivienda	20	5%
Factores psicosociales: aislamiento	17	4%
Factores psicosociales: baja autoestima	16	4%
Circunstancias materiales: calidad vecinal	16	4%
Otra	11	3%
Sistema de salud: alfabetización para la salud	2	1%
Factores psicosociales: estilos de afrontamiento	2	1%
<b>Gran Total</b>	<b>379</b>	<b>100%</b>

## 5. DISCUSIÓN

### 5.1 BARRERAS DE SALUD MENTAL

Todos los grupos de afinidad identificaron las enfermedades de salud mental como la depresión, la ansiedad y el estrés son una gran preocupación. Como señaló un participante en el grupo Empodérate # 1, una de las barreras asociadas con las enfermedades mentales es experimentar “la discriminación como un problema social que no permite a los latinos mejorar de la depresión”. Además, el grupo de afinidad Promotores señaló que los crecientes niveles de estrés en la comunidad están relacionados tanto con la baja probabilidad de salir adelante, poder planificar y crecer, como con la falta de empleos bien remunerados. Como señaló un participante, “puede que haya mucho trabajo, pero no está bien pagado”.

Además de las necesidades materiales, como la falta de acceso a empleos bien remunerados y sufrir discriminación como inmigrante, los sentimientos de aislamiento también contribuyen a sus problemas de salud mental. Por ejemplo, un participante del grupo de afinidad Mi Refugio citó: “Vinimos a este país y no tenemos familia; nos sentimos solos, sin apoyo”.

### 5.2 BARRERAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La prevalencia y la incidencia de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2 entre los latinos de Estados Unidos son superiores a la media nacional<sup>31</sup>. Esto se debe en parte a factores sociales, como ingresos más bajos y menor acceso a la atención médica. Sin embargo, un elemento al que no se presta suficiente atención es el tipo de empleo que desempeñan muchos inmigrantes y que no les deja tiempo ni ingresos para comprar o preparar una alimentación adecuada. Una participante del grupo de afinidad Entre Amigas señaló que la “mala alimentación” es un problema relacionado con el “trabajo” y los “horarios pesados”. La misma participante también mencionó que “los alimentos sanos son caros”.

Los participantes relacionaron la calidad del vecindario con los tipos de alimentos a los que pueden acceder. Por ejemplo, una participante del grupo de afinidad Entre Amigas mencionó “la zona en la que vivimos... donde predomina la comida

rápida, que no es sana; en cambio... hay otras zonas... donde hay tiendas que venden comida sana, pero los que viven allí son sólo americanos, blancos, y los que trabajan en oficinas, y el alquiler de las casas allí es muy caro; los latinos no pueden ir a vivir a esa zona porque están más preocupados por sus trabajos, teniendo que irse a vivir a sitios más baratos donde es difícil conseguir comida sana”.

## 5.3 VALIDACIÓN DE LOS HALLAZGOS

Según una encuesta nacional realizada por el Migration Policy Institute, que tomó como referencia la Encuesta sobre la comunidad estadounidense de la Oficina del Censo de EE. UU., los centroamericanos obtuvieron una mediana de ingresos por hogar de 55,000 dólares en 2021. Esta cifra es inferior a la de todos los inmigrantes y a la de los nacidos en EE. UU., que obtuvieron una mediana de ingresos por hogar de 70,000 dólares<sup>32</sup>.

Como se muestra en nuestra PRA, la mayoría de los participantes son centroamericanos, y los ingresos y la ocupación son fundamentales para su entendimiento de la salud. Además, como se ha demostrado en investigaciones revisadas por pares, los bajos ingresos están correlacionados de forma demostrable con una salud mental deficiente y con la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas<sup>33,24</sup>.

Nuestros datos reflejan la reciente Encuesta Nacional, Household Pulse Survey, de la Oficina del Censo, que recopiló información oportuna sobre el bienestar económico y relacionado con la salud de las personas y los hogares durante la pandemia de COVID-19. Las encuestas se realizaron entre 2021 y 2022 y mostraron que el 37 % de los adultos latinos con ingresos más bajos (definidos aquí como menos del 200 % de la línea federal de pobreza) y que vivían con niños informaron síntomas frecuentes de ansiedad o depresión<sup>34</sup>. Entre ellos, 33 % de los adultos latinos informaron síntomas frecuentes de ansiedad, 26 % informaron síntomas frecuentes de depresión y 22 % informaron ambos; estos índices son estadísticamente más altos que los observados entre sus pares latinos de mayores ingresos<sup>34</sup>.

Por último, dado que el estado de ser inmigrante es una experiencia que comparten todos los participantes y que es difícil encontrar datos primarios que evalúen el estado de salud de las personas indocumentadas, nos basamos en fuentes secundarias que han demostrado el impacto de las políticas de inmigración en la salud mental. Por ejemplo, en un estudio de métodos mixtos en el que participaron 20 personas, el miedo a la deportación provocó ansiedad crónica entre las comunidades de inmigrantes<sup>35</sup>. Asimismo, los participantes indocumentados revelaron que las puntuaciones más altas de miedo a la deportación se asociaban con una probabilidad significativa de evitar la atención médica debido a preocupaciones sobre el estatus migratorio<sup>35</sup>.

## 6. RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS



Basado en los datos de la PRA, la triangulación de datos, el seguimiento y la prestación de servicios continuos, La Clínica sugiere incorporar la Salud en Todas las Políticas (HiAP, por sus siglas en inglés) para avanzar en la equidad en salud de los inmigrantes<sup>36</sup>. Esto implica que los legisladores no solo deben tratar de evitar obtener malos resultados en materia de salud mediante la reducción de la aplicación de políticas perjudiciales, sino que deben trabajar activamente para mejorar la salud de los inmigrantes mediante el mantenimiento de esfuerzos políticos inclusivos que vayan más allá del mero acceso a la asistencia médica.

De acuerdo con los hallazgos presentados en este informe sobre las barreras sociales y de salud identificadas por los inmigrantes latinos que residen en el Distrito de Columbia, La Clínica llevo a cabo un evento el 10 de abril de 2024 llamado *Diálogos para la Acción: Comprender para transformar las barreras de salud* en el cual la comunidad formuló las siguientes recomendaciones y acciones políticas:

### 6.1 INGRESOS Y OCUPACIÓN

Los participantes consideraron que los ingresos y la ocupación son la barrera para la salud más significativa. Esta percepción se ve validada por distintos estudios que muestran que los inmigrantes centroamericanos tienen una media de ingresos familiares a nivel nacional de \$55,000<sup>1</sup>. Esta cifra es inferior a la de todos los inmigrantes y a la de los nacidos en Estados Unidos que tiene una media de ingresos familiares a nivel nacional de \$70,000 dólares. Esta cifra es aún más baja si se compara con los ingresos familiar del Distrito de Columbia, que actualmente es de \$101,722 dólares.<sup>18</sup>

Para mitigar este efecto, el gobierno del Distrito de Columbia debería ofrecer protecciones que garanticen salarios dignos para todos los trabajadores y exigir que todos los empleadores cumplan este requisito. Para garantizar el



cumplimiento de los derechos de los trabajadores, el Distrito debería seguir invirtiendo en el [Programa de Subvenciones para los Derechos Laborales \(Workplace Rights Grant Program\)](#) a través de la fiscalía general (OAG) y distribuir los fondos entre las organizaciones que atienden a trabajadores inmigrantes. Por otro lado, muchos inmigrantes que vienen con títulos profesionales encuentran barreras para convalidar sus títulos y esto disminuye sus oportunidades laborales y de obtención de ingresos significativamente. Un ejemplo que podría seguir el Distrito es replicar los [Centros de Bienvenida \(Welcome Centers\)](#) del condado de Montgomery en Maryland. Estos centros ayudan a los profesionales de la salud con formación internacional a reincorporarse en Estados Unidos. El Centro ofrece un enfoque coordinado para superar las barreras de licencias y certificaciones. Este tipo de programas ayudarían a cerrar la brecha para empleadores que necesitan mano de obra calificada en industrias como la salud, educación, construcción, etc.



Otro aspecto que limita a los inmigrantes es el costo del cuidado de sus hijos. Los programas que subsidian el cuidado de niños deberían flexibilizarse para incluir a todos los padres de familia sin importar el estatus migratorio. Un ejemplo que podría seguir el Distrito es implementar las recomendaciones de la coalición, [DC Action](#) la cual busca que se aumente la asequibilidad del cuidado infantil y también busca que mejore el [programa de subsidios para cuidado infantil \(DC Child Care Subsidy Program\)](#) facilitando la inscripción y difundiéndolo a más padres de familia ya que actualmente la utilización es baja.

## 6.2 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD:

En Estados Unidos, sólo seis estados y el Distrito de Columbia ofrecen un seguro médico público a los inmigrantes adultos que cumplan los criterios de ingresos, independientemente de su estatus migratorio, y no califiquen a Medicaid.<sup>22</sup> [El DC Alliance Program](#) ha sido de gran apoyo para los inmigrantes del Distrito. El cambio a un proceso de certificación anual en 2022 fue un paso positivo que redujo las barreras para acceder al programa. Sin embargo, muchas personas se encuentran actualmente con problemas cuando intentan renovar su seguro. Estos problemas suelen surgir por inconsistencia en la información, la falta de claridad en el proceso de presentación



de solicitudes a través del portal y falta de respuesta cuando se presenta una reclamación.

Adicionalmente, los participantes consideraron que este seguro debería tener los mismos servicios que ofrece Medicaid. Por ejemplo, se debería igualar el pago a los médicos, enfermeras y demás proveedores de salud para que reciban la misma tarifa que reciben por Medicaid. Por último, los participantes hicieron énfasis en incrementar los recursos disponibles para centros de salud comunitarios, acceso a medicinas, procedimientos de salud sexual y reproductiva, entre otros. El Distrito de Columbia podría tomar en cuenta modelos innovadores que permitan una mejor cobertura y una menor fragmentación en la prestación de servicios. Un ejemplo es el programa de [Medicaid de California \(Medic-Cal\)](#) que cubre a todos los residentes de estado que cumplen con requisitos de ingreso del Medicaid sin importar su estatus migratorio.

## 6.3 ESTATUS MIGRATORIO:

Como el estatus migratorio fluctúa y puede cambiar, es crucial que los inmigrantes cuenten con apoyo legal para establecerse en la ciudad. Sin embargo, los altos costos de acceso a un abogado son percibidos como una barrera importante. En Washington DC existen dos programas clave que ya están financiando entidades que prestan múltiples servicios legales como lo son el [Immigrant Justice Legal Services \(IJLS\) Grant Program](#) y el [Access to Justice \(ATJ\) Grants Program](#). Estos dos programas son esenciales para poder garantizar sus derechos. Otro programa a nivel federal que debería darse a conocer en más organizaciones es el [Recognition & Accreditation \(R&A\) Program](#). Este programa del Departamento de Justicia ofrece capacitación para personas dentro de organizaciones que sirven a inmigrantes. El objetivo es que estas personas puedan tener conocimientos suficientes para asesorar a los inmigrantes en sus consultas de inmigración y puedan tener acceso a servicios legales competentes y éticos, proporcionando un marco estructurado para acreditar organizaciones como proveedoras de servicios legales.



## 6.4 ACCESO A ALIMENTOS:

Los participantes consideraron que los programas de ayuda alimentaria son clave debido a que muchos de ellos perciben un alto costo en alimentos. Aunque existen programas federales como Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) y Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children (WIC), muchos de ellos o no conocen sobre como acceder a estos programas o no califican por su estatus migratorio. El gobierno del Distrito de Columbia podría hacer gestiones como campañas que permitan a los inmigrantes conocer de estos programas y facilitar la inscripción. Como el estatus migratorio es una barrera para muchos inmigrantes, el Distrito podría tomar como ejemplo programas como el de [Asistencia Alimentaria de California \(California Food Assistance Program\)](#), que cubre a muchos grupos excluidos de SNAP y WIC. De acuerdo con las [coaliciones](#) que trabajan en inseguridad alimentaria, incrementar los beneficios de SNAP es una estrategia efectiva que ayudaría.

Los participantes recomiendan que se sigan fortaleciendo programas como [Produce Plus Program](#), que proporciona frutas y verduras frescas cultivadas localmente a las personas con acceso limitado a alimentos frescos y sanos. Los participantes también recomendaron que se realicen cocinas comunitarias que sean cercanas a donde residen grandes comunidades migrantes.







## 6.5 BARRERA DEL IDIOMA:

26

Los participantes consideran que la barrera del idioma puede abordarse de varias maneras. El gobierno puede apoyar con más recursos para que las escuelas, iglesias y universidades que puedan dictar clases de inglés básico y también técnico sin restricción al acceso y que las clases tengan como requisito mantener una nota mínima para poder continuar con el curso de manera gratuita. Este requisito podría incentivar a los participantes a continuar sus estudios, logrando así una mayor comprensión del idioma.

Finalmente, aunque existen leyes que exigen acceso a interpretación, médica y acceso lingüístico con oficinas gubernamentales, las personas perciben carencia en recursos para obtener ayudas de intérpretes que les apoyen en acceder a servicios sociales. El Distrito de Columbia debería implementar las recomendaciones hechas por el [D.C. Language Access Coaliton](#) para enforzar la ley [Language Access Act of 2004](#) con un sistema de multas a agencias que se nieguen a prestar servicios de acceso lingüístico.

# 7. CONCLUSIÓN

Muchos inmigrantes de bajos recursos son excluidos de acceder a beneficios sociales. Sin duda, estas barreras que impiden que las personas cuenten con el apoyo de una red de protección social genera disparidades de salud. En conjunto, los resultados de la PRA llevada a cabo con los clientes y pacientes de La Clínica del Pueblo, se suman a la literatura existente que señalan la inmigración como un determinante de la salud en sí misma. Para mejorar sustancialmente los resultados respecto a la salud entre la creciente población de inmigrantes latinos en el Distrito de Columbia, los legisladores, los proveedores de servicios y otras partes involucradas deben integrar estrategias políticas que reflejen con mayor precisión las condiciones socioeconómicas y de vida de los inmigrantes latinos que residen en el Distrito.

Además de tomar en cuenta las recomendaciones nombradas anteriormente, se deberá invertir en el fortalecimiento y articulación de actores gubernamentales como Mayor's Office on Latino Affairs (MOLA) y la Office of Migrant Services (OMS) para que trabajen en conjunto con las organizaciones comunitarias para abordar las barreras. Un ejemplo sugerido por los participantes es crear una campaña coordinada que articule y explique cuales son los recursos, programas, y organizaciones ya existentes en el Distrito que pueden apoyar en las necesidades sociales como son acceso a salud, educación, alimentos, vivienda, empleo y ayuda legal. Estas organizaciones también pueden ayudar a construir narrativas de inclusión al migrante como una manera de abordar la discriminación.



# REFERENCIAS

1. Abraído-Lanza AF, Echeverría SE, Flórez KR. Latino Immigrants, Acculturation, and Health: Promising New Directions in Research. *Ann Rev Public Health*. 2016;37(1):219-236.
2. Fowler AL, Mann ME, Martinez FJ, Yeh H-W, Cowden JD. Cultural Health Beliefs and Practices Among Hispanic Parents. *Clin Pediatr*. 2022;61(1):56-65. doi:10.1177/00099228211059666.
3. Ortega AN, Rodriguez HP, Vargas-Bustamante A. Policy dilemmas in Latino health care and implementation of the Affordable Care Act. *Annu Rev Public Health*. 2015;36(1):525-544. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122421.
4. Kreuter MW, Thompson T, McQueen A, Garg R. Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence, Challenges, and Opportunities for Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42(1):329-344.
5. Uwemedimo OT, May H. Disparities in Utilization of Social Determinants of Health Referrals Among Children in Immigrant Families. *Front Pediatr*. 2018;6:207. doi:10.3389/fped.2018.00207. PMID: 30087887; PMCID: PMC6066553.
6. Moser C, Stein A. Implementing urban participatory climate change adaptation appraisals: a methodological guideline. *Environ Urbanization*. 2011;23(2):463-485. doi:10.1177/0956247811418739.
7. Wallerstein N, Duran B. Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American journal of public health (1971)*. 2010;100(S1):S40-S46.
8. U.S. Census Bureau. QuickFacts. U.S. Census Bureau. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045222>. Published April 1, 2020. Updated July 22, 2022. Accessed October 23, 2023.
9. Migration Policy Institute. State Immigration Data Profiles: District of Columbia, Maryland, Virginia. Available at: <https://www.migrationpolicy.org/data/state-profiles/state/demographics/DC/MD/VA>. Accessed February, 3 2024.
10. Profile of the Unauthorized Population - MD. migrationpolicy.org. <https://www.migrationpolicy.org/data/unauthorized-immigrant-population/state/MD>. Published 2019. Accessed February 2, 2024.
11. U.S. Census Bureau. QuickFacts - Washington city, District of Columbia. U.S. Census Bureau website. Available at: <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/washingtoncitydistrictofcolumbia,US/PST045222>. Accessed, February 3, 2024.
12. Kaiser Family Foundation. HIV Diagnoses in Adults and Adolescents by Race/Ethnicity. Published by the Kaiser Family Foundation. Accessed February 18, 2024. <https://www.kff.org/hiv/aids/state-indicator/hiv-diagnoses-adults-and-adolescents-by-raceethnicity/?dataView=2&currentTimeFrame=0&selectedRows=%7B%22states%22:%7B%22district-of-columbia%22:%7B%7D,%22maryland%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>
13. Kaiser Family Foundation. Adult Obesity Rate by Race/Ethnicity. Kaiser Family Foundation. Available from: <https://www.kff.org/other/state-indicator/adult-obesity-by-re/?currentTimeFrame=0&selectedRows=%7B%22states%22:%7B%22district-of-columbia%22:%7B%7D,%22maryland%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. Accessed February 18, 2024.

14. Kaiser Family Foundation. Adults Who Report Ever Being Told by a Doctor That They Have Diabetes, by Race/Ethnicity | KFF. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/other/state-indicator/adults-who-report-ever-being-told-by-a-doctor-that-they-have-diabetes-by-race-ethnicity/?currentTimeframe=1&selectedRows=%7B%22states%22:%7B%22district-of-columbia%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. Accessed February 8, 2024
15. Kaiser Family Foundation. Poor Mental Health Days by Residence | KFF. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/mental-health/state-indicator/poor-mental-health-days-by-re/?currentTimeframe=0&selectedRows=%7B%22states%22:%7B%22district-of-columbia%22:%7B%7D%7D%7D&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>. Accessed February 8, 2024.
16. American Progress. Latino Workers Continue to Experience a Shortage of Good Jobs. Center for American Progress. <https://www.americanprogress.org/article/latino-workers-continue-to-experience-a-shortage-of-good-jobs/>. Published July, 18, 2022. Accessed February, 8, 2024.
17. DC Fiscal Policy Institute. DC Made Progress on Poverty Thanks to Public Investment in Residents. DC Fiscal Policy Institute. <https://www.dcfpi.org/all/dc-made-progress-on-poverty-thanks-to-public-investment-in-residents/>. Accessed February 8, 2024.
18. Urban Institute. Addressing the Racial Wealth Gap for an Inclusive Recovery. Inclusive Recovery Insights. . Available from: <https://www.urban.org/research-action-lab/projects/inclusive-recovery-insights/addressing-the-racial-wealth-gap-for-an-inclusive-recovery>
19. Chen J, Vargas-Bustamante A, Mortensen K, Ortega AN. Racial and ethnic disparities in health care access and utilization under the Affordable Care Act. *Med Care*. 2016;54(2):140–146. doi:10.1097/MLR.0000000000000467.
20. Alcala HE, Chen J, Langellier BA, Roby DH, Ortega AN. Impact of the Affordable Care Act on health care access and utilization among Latinos. *J Am Board Fam Med*. 2017 Jan-Feb;30(1):52-62. doi: 10.3122/jabfm.2017.01.160134.
21. National Immigration Forum. Temporary Protected Status (TPS): Overview and Current Issues. Accessed February, 2, 2024. Available from: [https://immigrationforum.org/article/fact-sheet-temporary-protected-status/#:~:text=The%20largest%20populations%20of%20TPS,York%20\(23%2C168\)%20metropolitan%20areas.](https://immigrationforum.org/article/fact-sheet-temporary-protected-status/#:~:text=The%20largest%20populations%20of%20TPS,York%20(23%2C168)%20metropolitan%20areas.)
22. Lawfully Present Immigrants and Healthcare.gov. Healthcare.gov. <https://www.healthcare.gov/immigrants/lawfully-present-immigrants/>. Accessed February 9, 2024.
23. American Immigration Council. District of Columbia Immigration Data. American Immigration Council. <https://map.americanimmigrationcouncil.org/locations/district-of-columbia/>. Published 2023. Accessed February 8, 2024.
24. DC Department of Health Care Finance. Health Care Alliance. DC Department of Health Care Finance. <https://dhcf.dc.gov/service/health-care-alliance>. Accessed February 8, 2024
25. DC Medicaid. Medicaid and Me. DC Medicaid. <https://www.dc-medicaid.com/dcwebportal/nonsecure/medicaidAndMe> . Accessed February, 8, 2024.
26. Ortega AN, Rodriguez HP, Vargas-Bustamante A. Policy dilemmas in Latino health care and implementation of the Affordable Care Act. *Annu Rev Public Health*. 2015;36(1):525–544. doi:10.1146/annurev-publhealth-031914-122421
27. Chapter 3: Compliance Manual. Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration (HRSA). <https://bphc.hrsa.gov/compliance/compliance-manual/chapter3>. Accessed February 9, 2024.
28. Moser C, Stein A. Implementing urban participatory climate change adaptation appraisals: a methodological guideline. *Environment and urbanization*. 2011;23(2):463-485. doi:10.1177/0956247811418739
29. Wallerstein N, Duran B. Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research:



The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. American journal of public health (1971). 2010;100(S1):S40-S46. doi:10.2105/AJPH.2009.184036

30. World Health Organization. Mortality Database [Internet]. Available from: <https://platform.who.int/mortality>
31. Aguayo-Mazzucato C, Diaque P, Hernandez S, Rosas S, Kostic A, Caballero AE. Understanding the growing epidemic of type 2 diabetes in the Hispanic population living in the United States. *Diabetes Metab Res Rev*. 2019 Feb;35(2):e3097. doi: 10.1002/dmrr.3097. Epub 2018 Dec 4. PMID: 30445663; PMCID: PMC6953173.
32. Migration Policy Institute. Central American Immigrants in the United States. Migration Policy Institute. <https://www.migrationpolicy.org/article/central-american-immigrants-united-states>. Accessed February 8, 2024.
33. Thomson RM, Igelström E, Purba AK, Shimonovich M, Thomson H, McCartney G, Reeves A, Leyland A, Pearce A, Katikireddi SV. How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022 Jun;7(6):e515-e528. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00058-5. PMID: 35660213; PMCID: PMC7614874.
34. Hispanic Research Center. Over One-Third of Lower-Income Latino Adults Living with Children Have Frequent Anxiety or Depressive Symptoms, and Most Do Not Receive Mental Health Services. Hispanic Research Center. <https://www.hispanicresearchcenter.org/research-resources/over-one-third-of-lower-income-latino-adults-living-with-children-have-frequent-anxiety-or-depressive-symptoms-and-most-do-not-receive-mental-health-services/>. Published July, 19, 2022. Accessed February 20, 2024.
35. Yamanis TJ, del Río-González AM, Rapoport L, Norton C, Little C, Barker SL, Ornelas IJ. Understanding fear of deportation and its impact on healthcare access among immigrant Latinx men who have sex with men. In: LeBlanc AJ, Perry BL, editors. *Sexual and gender minority health*. Emerald Publishing; 2021. p. 103–131. doi:10.1108/S1057-62902021000002101
36. World Health Organization. Promoting health in all policies and intersectoral action: capacities. Available from: <https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities>



2024  
lcdp.org



**Washington DC**  
2831 15th St NW,  
Washington, DC 20009  
☎ (202) 462-4788

**Maryland**  
2970 Belcrest Center Dr. Unit 301,  
Hyattsville, MD 20782  
☎ (240) 714-5247

**La Casa**  
3166 Mt Pleasant St. NW,  
Washington, DC 20010  
☎ (202) 507-4800