



La población latinx y la pandemia: Factores estructurales y vulnerabilidad

Julia Albarracín / Angelita Repetto

La pandemia ha expuesto las vulnerabilidades preexistentes de diferentes grupos étnicos, que hacen que ciertas poblaciones tengan mayores probabilidades de contraer el COVID-19 y tener síntomas más severos una vez que lo contraen. La población latinx ha sido impactada de manera desproporcionada por la pandemia; mientras que cuenta con el 33% de los casos de COVID-19 sólo representa el 18% de la población total (Despres, 2020). En Chicago, la prevalencia en los grupos latinxs es más grande (1.000 casos cada 100.000 habitantes) en comparación con las poblaciones blancas (Hooper, Nápoles y Pérez-Stable, 2020). También, las tasas ajustadas de hospitalización para poblaciones Latinas han sido más elevadas que para otros grupos (Macías-gil et al., 2020). Finalmente, mientras en la población blanca no-hispana la tasa de muerte en Nueva York sobre casos diagnosticados era de 3.57%, en la población latina era de 6.25% (Rodríguez-Díaz et. al., 2020).

Las poblaciones negra y latina enfrentan mayor índice de infección y muerte por COVID-19 que su contraparte blanca, y esta desproporcionada carga se hace más patente cuando examinamos la interacción entre COVID-19, raza y ruralidad (Cheng, Sun, Monnat, 2020). La mayor tasa de mortalidad ha ocurrido en condados rurales con mayoría de población negra y latina (Cheng et al., 2020). Pese a que los condados rurales tienen menor índice de infección, su población es con frecuencia (1) de más edad, (2) con mayor tasa de enfermedades crónicas, (3) con menor índice de testeos, y (4) con menor infraestructura de salud (Cheng et al., 2020). Más aún, una alta proporción de latinos/as vive en condados rurales y trabaja en plantas de faena de ganado (Cheng et al., 2020). Estas plantas tienen brotes de COVID-19 con tasas de infección cinco veces mayores que en el resto de los condados rurales de los Estados Unidos. Las mayores



tasas de infección en esas áreas, sumadas al riesgo de vivir en áreas rurales explican parcialmente la alta tasa de muerte por COVID-19 que exhibe la comunidad latina en los Estados Unidos.

La tasa de muerte por COVID-19 de la población latina varía significativamente según la región (Rodríguez-Díaz et. al., 2020). El 14% de los condados de EU es mayoritariamente latino, y justamente estos condados presentan los mayores desafíos y disparidades (Rodríguez-Díaz et. al., 2020). Dichos condados están poblados por gente joven, con menos cobertura de salud, viviendo en hogares multi-generacionales, con pocos residentes que hablan sólo inglés, y gran número de residentes que sólo hablan español (Rodríguez-Díaz et. al., 2020). En estas regiones, los casos de COVID-19 fueron más numerosos en condados -latinos- del Noreste y Medio Oeste, y las muertes de latinos fueron más frecuentes en condados -también latinos- del Medio Oeste (Rodríguez-Díaz et. al., 2020). De modo que, visiblemente, los factores estructurales exponen a la población Latina, especialmente a la que habla sólo español, a mayor riesgo de contraer y transmitir COVID-19 (Rodríguez-Díaz et. al., 2020).

Desde que los estados publicaron datos sobre la pandemia por raza, los investigadores en Estados Unidos están tratando de entender el impacto desproporcionado de la pandemia en las poblaciones Latinas (Clark, Fredricks, Wok-Colburn, Bottazzi, Weatherhead, 2020). La literatura muestra que un complejo conjunto de factores pone a la población latina a mayor riesgo de contraer el COVID-19 y de desarrollar síntomas severos, factores que incluyen la pobreza, el acceso limitado a los servicios de salud, la presencia en cárceles y centros de detención, las condiciones de salud subyacentes y el miedo de las repercusiones legales (Clark et al., 2020). Esta ponencia analiza estos factores y ofrece algunas reflexiones y recomendaciones.

Factores que se relacionan con la pobreza y condiciones de vida



Con una tasa de pobreza que dobla a la de la población blanca, la gente latina no puede tomar decisiones correctas basándose solo en lo que conviene a su salud (Tai, Shah, Doubeni, Sia, Wieland, 2020). Cuando se vive en la pobreza no se tiene acceso a alimentación sana, lo que torna más difícil el manejo de enfermedades crónicas que agravan la vulnerabilidad hacia el COVID-19. Más aún, la gente que vive en la pobreza es presa fácil del alcohol, tabaco y comida de mala calidad, con el consiguiente impacto en su salud (Tai et al. 2020). Finalmente, en áreas residenciales marginales hay mayor nivel de polución atmosférica cuyo papel en la gravedad del COVID-19 es evidente (Tai et al.2020). De tal modo, está claro que la pobreza tiene consecuencias importantes que hacen a la población latina más vulnerable a la pandemia.

Necesidad de continuar trabajando.

Una consecuencia inmediata de la pobreza es que obliga a las personas a continuar trabajando a pesar de las recomendaciones para el distanciamiento social. Como dijo una mujer que se mudó desde Guatemala con su hijo pequeño cinco años atrás, mientras todavía batallaba con los síntomas del COVID-19: “Tenemos que salir a trabajar. Tenemos que pagar la renta. Tenemos que pagar los servicios. tenemos que seguir trabajando” (Oppel, Gebelhoff, Lai, Wright y Smith, 2020). La tasa de pobreza para las poblaciones latinxs es del 19,4% y la tasa de pobreza para la gente blanca no-Hispana es de 9,6% (Macías, Marcelin, Zuniga-Blanco, Marquez, Mathew, Piggot,, 2020). Dadas las presiones financieras que sufren las personas latinxs, muchas veces afrontan un dilema: buscar trabajos en ocupaciones que los ponen en riesgo de contagio del COVID-19 o quedarse en casa sin ingresos.

Tipo de trabajos de la población latina.



Las poblaciones latinxs están en mayor riesgo de contagio porque el tipo de trabajo que los inmigrantes tienen los fuerza a interactuar con otra gente en persona (Clark, Fredricks, Woc-Colburn, Botazzi, y Weatherhead, 2020). En parte superpuesto con estas categorías, una proporción importante de las poblaciones Latinas son trabajadores esenciales. Hay dos tipos de trabajadores esenciales: los que tienen que trabajar en persona (trabajadores de trinchera) y los que pueden trabajar de manera remota desde su casa (Blau, Koebe, y Meyerhofer, 2020). Un estudio que analizó datos del censo de Estados Unidos (ACS) encontró que los trabajadores del primer tipo, llamado frontline en inglés, tienen menores niveles de educación, salarios más bajos, una mayor proporción de hombres, y miembros de minorías raciales, sobre todo Latinas (Blau et al., 2020). Los trabajadores de trinchera están concentrados en los sectores de la salud, servicios de protección como policía y trabajadores de salud de emergencia, cajeros en tiendas de comida, personal de mantenimiento y limpieza, trabajadores de la agricultura, y conductores de camiones. Estos trabajadores constituyen el 42% de la fuerza laboral y el 60% de los trabajadores esenciales (Blau et al., 2020). Otro estudio en Texas, por ejemplo, mostró que los inmigrantes en Texas desempeñan comúnmente trabajos en los sectores de la construcción, hotelería, servicios de restaurant y comida, salud y manufacturero.

La mayoría de los brotes de COVID-19 han ocurrido en sectores de la economía tradicionalmente ocupados por poblaciones latinxs. Un estudio hecho en Utah mostró que si bien 210 brotes de COVID-19 ocurrieron en 15 de 20 sectores industriales, la mitad de esos brotes ocurrió en tres industrias: las manufacturas (20%), la construcción (15%) y la venta mayorista (14%). A pesar de que sólo el 24% de la fuerza laboral de Utah es latina o de otra raza que no sea blanca no hispana, el 73% de brotes de COVID-19 en lugares de trabajo afectó a personas consideradas Latinas o no blancas (Bui et al., 2020). Los autores de ese trabajo concluyen que se deben tomar precauciones para proteger a los trabajadores en estos sectores y que las directivas de los servicios de salud deben tener recomendaciones especiales para los servicios industriales de mayor riesgo.



Hogares multi-generacionales y hacinamiento.

Un número importante de personas Latinas vive en hogares multi-generacionales, muchas veces hacinados, incrementando el riesgo de transmisión en el hogar y haciendo imposible el distanciamiento social dentro de él para proteger a los miembros de la familia que son mayores y tienen factores de comorbilidad (Clark et al. 2020; Greenaway et al., 2020; Rodríguez-Díaz et al., 2020). Miembros de la población Latina tienen el doble de probabilidades de vivir en viviendas abarrotadas comparados con los miembros de poblaciones blancas (Oppel, Gebelhoff, Lai, Wright y Smith, 2020). Un estudio de Los Ángeles descubrió que el 96% de familias de una muestra de 390 hogares Latinx vivían en hogares en condiciones de hacinamiento (Frank et al., 2020). Las inequidades determinadas por el racismo estructural ponen en mayor peligro a las personas mayores que viven en el hogar. Un estudio descubrió que los Latinx de 55 a 64 años tienen una tasa de mortalidad 6,1 veces mayor que los blancos, 4,5 veces mayor en individuos de 65 a 74 años, 2,9 veces mayor para aquellos de 75 a 84 años y 1,6 veces mayor para adultos de 85 y mayores (Sáenz y García, 2020).

Acceso al Sistema de Salud

Es notorio que la población latina está soportando una tasa desproporcionada de mortalidad debido al COVID-19. La disparidad se debe, en parte, a la falta de acceso a los servicios de salud (Rodríguez-Díaz et al., 2020), el cual permitiría el diagnóstico temprano y el seguimiento de los casos de COVID-19, condiciones esenciales para asegurar una mejor evolución de los pacientes (Clark et al., 2020). Desgraciadamente, la limitación que enfrenta esta población respecto de los servicios de salud no le permite este nivel de atención. En los Estados Unidos, la población blanca que carece de seguro de salud



es el 8%, mientras que la latina es el 19% (Tai et al., 2020). Este porcentaje es mayor aún en la población latina que habita y trabaja en zonas rurales, que en consecuencia tiene aún menos acceso a los servicios de salud.

Muchas personas latinas, particularmente las indocumentadas, que carecen de seguro de salud, deben recurrir a los servicios gratuitos o de clínicas que ofrecen precios subsidiados para obtener atención (Clark et al., 2020). Estas organizaciones a menudo tienen recursos limitados y no pueden garantizar el servicio que requiere el COVID-19, incluidas pruebas de laboratorio, tratamiento y seguimiento de los casos (Clark et al., 2020). Por añadidura, estos latinos y latinas viven en áreas con infraestructura de salud pobre y reciben menos atención aún (Tai et al., 2020).

La población latina históricamente tiene una desconfianza en el sistema de salud muy arraigada, lo que la lleva a llegar al hospital sólo en casos absolutamente necesarios (Hayes et al., 2020). Grupos con bajo estatus socioeconómico, bajo conocimiento sobre salud, inmigrantes indocumentados, quienes no hablan inglés, sólo acuden al hospital cuando sienten síntomas graves. En tal caso, la comunidad Latina sólo se presenta al hospital durante los últimos estadios severos del COVID-19 (Haynes et al., 2020). La intervención médica tardía, durante la fase pulmonar e hiper-inflamatoria del COVID-19 conduce a la muerte a los pacientes latinos.

Comunicación y lenguaje

Acceder a información exacta y creíble sobre la salud es esencial durante la pandemia, pero para la población latina afronta un desafío significativo. Esta población tiene menos información debido a su falta de conocimiento en temas de salud, bajo estatus socioeconómico y limitado manejo del idioma inglés (Tai



et al., 2020). La falta de información, combinada con la desconfianza en el sistema de salud que experimenta la población latina lleva a un riesgo elevado de contraer y transmitir COVID-19 (Tai et al., 2020).

La alta tasa de infección y transmisión se explica además por la alta morbilidad que padece la población. Los estudios muestran que la gente cuya primera lengua no es el inglés exhibe peores indicadores de salud (health outcomes) que las poblaciones que hablan predominantemente el inglés (Dahsti-Gobson, 2020). Las explicaciones de estas tendencias incluyen sesgo médico, falta de entendimiento cultural y escasez de proveedores de salud multiculturales (Dashti-Gibson, 2020). Las barreras de lenguaje pueden afectar negativamente el espectro de cuidado de salud relativo al COVID-19, desde mensajes de prevención inadecuados a provisión de servicios que no respetan el lenguaje materno de los pacientes (Macías Gil et al., 2020). En este sentido, el tener conocimiento limitado del idioma inglés es una barrera para acceder a servicios de salud y entender la información cuándo no existen traducciones o intérpretes (Rozenfeld et al., 2020). Durante el desarrollo de la pandemia, la información de salud ha cambiado rápidamente, lo que crea barreras para su acceso y mantiene a las poblaciones que no hablan inglés desinformadas (Rozenfeld et al., 2020).

Un estudio mostró que los condados con alta proporción de personas que hablan sólo español exhiben mayores tasas de prevalencia de COVID-19 pero no mayores tasas de mortalidad (Rodríguez-Díaz et al., 2020). Otro estudio en Nueva York, uno de los epicentros iniciales de la pandemia, observó que las vulnerabilidades experimentadas por la población Latina han sido agravadas durante la pandemia por la falta de acceso a información sobre diagnóstico, tratamiento y servicios dado que los materiales raramente están disponibles en español y menos aún portugués (Behbahani et al., 2020). Como estos estudios muestran, hay evidencia convincente de que las barreras del lenguaje afectan las tasas de contagio del COVID-19.



Prisiones y centros de detención

Las poblaciones latinas están representadas de manera desproporcionada en centros de detención y prisiones (Macías Gil, 2020). Las prisiones y centros de detención para inmigrantes son un caldo de cultivo para la exposición y los contagios de COVID-19 (Macías Gil, 2020; Schotland, 2020). De acuerdo al CDC (Centers for Disease Control and Prevention), las prisiones y centros de detención son particularmente susceptibles al contagio dado el hacinamiento en sus dormitorios, los baños compartidos, los limitados recursos médicos y de aislamiento, la introducción continua de nuevas personas encarceladas o detenidas, y el transporte en vehículos grupales para citas en las cortes u otras razones médicas y de seguridad (Schotland, 2020). Las personas que están a la espera de su entrada a los Estados Unidos en México también están en grave riesgo de contraer COVID-19. Estas personas, sujetas al Protocolo de Protección a Migrantes (Migrant Protection Protocol), permanecen en el lado Mexicano de la frontera de Estados Unidos y México y experimentan hacinamiento y violencia (Cholera, Falusi y Clinton, 2020). Finalmente, los niños no acompañados permanecen en centros de detención grupales que también los pone en riesgo de contagio del COVID-19 (Cholera, Falusi y Clinton, 2020).

Condiciones subyacentes

Otro factor que explica el acceso insuficiente a los servicios de salud que soporta la comunidad latina es la existencia de problemas de salud preexistentes (Clark et al., 2020). Los datos muestran una alta comorbilidad con hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, obesidad, enfermedad pulmonar crónica e insuficiencia renal que son factores de riesgo para COVID-19 (Haynes, Cooper, and Albert, 2020; Tai et. al., 2020). Más aún, muchos inmigrantes en los Estados Unidos están bajo estrés intenso y crónico debido a la pobreza, el trauma del desarraigo, y la falta de apoyo social (Clark et al., 2020). No descartamos



que estos factores influyan también en la alta tasa de mortalidad por COVID-19 que diezma la comunidad latina.

Los determinantes económicos impactan fuertemente la susceptibilidad a la infección por COVID-19 y la evolución de los casos (Clark et al., 2020). Las minorías, particularmente en áreas rurales empobrecidas, muestran alta tasa de mortalidad por COVID-19, a menudo debido a las comorbilidades atribuibles a la disparidad económica (Clark et al., 2020). La población latina, que vive en áreas rurales y está por lo común socialmente segregada, se expone a mayor impacto negativo de la pandemia (Cheng, Sun, Monnat, 2020). Las comunidades pobres enfrentan grandes disparidades en el acceso a recursos, lo que a su vez aumenta la pobreza y marginalidad, y debido a eso también incrementa la desproporcionada tasa de morbilidad que hoy se comprueba. La determinación económica es alarmante cuando se examinan las estadísticas. El código del área de vivienda que ocupa el cuartil más bajo de ingresos concentra un 36% de los casos de COVID-19, mientras que el más alto, sólo el 10% (Wang et al., 2020).

Políticas migratorias

La intersección de políticas del nivel federal, estadual y local también influye en los indicadores de salud en torno al COVID-19 (Cleek, 2018). Los inmigrantes indocumentados no son elegibles para Medicaid (seguro médico para personas de bajos ingresos) o los subsidios para seguros médicos y seguros de mercado establecidos por la reforma de salud del Presidente Obama, Obamacare. Las leyes de Families First, CARES and Paycheck Protection, dan a los estados la opción de cubrir la prueba, tratamiento y eventual vacuna del COVID-19 bajo la figura de Medicaid de emergencia pero hay divergencias entre los diferentes estados (National Immigration Law Center, 2020). Los inmigrantes indocumentados están en riesgo de deportación, viven con miedo a las autoridades y utilizan menos los servicios de salud (Cleek, 2018). Por estas razones, cuando los inmigrantes se enferman evitan buscar servicios de prueba y atención del COVID-19.



Además, los inmigrantes que no tienen un estatus migratorio permanente tienen miedo a la aplicación de la nueva regla de carga pública, la que priva de la posibilidad de acceder a un estatus permanente a los inmigrantes que utilizan ciertos servicios públicos, como Medicaid, SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program-Program de Asistencia Nutricional Suplementaria), y Sección 8 (Programa de Subsidio a la Vivienda). Finalmente, las decisiones estatales o locales a cerca de la cooperación con la agencia federal ICE (Immigration and Customs Enforcement) para la aplicación de políticas migratorias que en el caso de las jurisdicciones santuario está limitada, influencia la medida en que los inmigrantes buscan atención médica (Aboii, 2016). Además de rehusarse a cooperar con ICE las jurisdicciones santuario a veces proveen servicios de salud, incluyendo seguro médico y programas de atención médica (Aboii, 2016). Aún más, los inmigrantes indocumentados en jurisdicciones santuario confían más en el gobierno (Wong, Shklyan, Silva y Eespino, 2019) y, por esa razón, tienen una mayor tendencia a utilizar servicios del estado, incluidos los servicios de salud.

Reflexiones y recomendaciones

La pandemia ha expuesto diversas vulnerabilidades que aquejan a la población Latina, las cuáles han adquirido mayor gravedad en las circunstancias actuales (Clark et al., 2020). Las inequidades entre zonas urbanas y rurales tienen un efecto importante en el impacto de la pandemia. En años recientes, los inmigrantes latinx han elegido áreas alejadas de distintos centros urbanos (Albarracin, 2016). Estos nuevos destinos en áreas remotas tienen relación, en muchos casos, con la localización de las plantas procesadoras de carne, en las cuales las tasas de contagio han sido muy elevadas.

Las vulnerabilidades en torno al COVID-19 tienen relación, en primer lugar, con la pobreza, la segmentación étnica del mercado laboral y las condiciones de vivienda. Las poblaciones Latinas viven al día en sus finanzas y les es imposible dejar de trabajar. Los trabajos que realizan los inmigrantes y otras poblaciones de color los ponen en contacto cercano con clientes y compañeros de trabajo y los exponen a contraer el Coronavirus. Como si esto fuera poco, las condiciones de hacinamiento y las viviendas en las



que viven múltiples generaciones aumentan el riesgo de contagio aún más y exponen a los miembros mayores de las familias. Desafortunadamente, estas condiciones no tienen solución sin una reestructuración social que permita una mejora de las condiciones de vida de las poblaciones latinas y de color en los Estados Unidos.

Otro grupo de vulnerabilidades tiene relación con el acceso al sistema de salud. Cerca del 20% de la población latina carece de seguro de salud y acceso a Medicaid excepto para madres embarazadas por unos meses. A pesar de las reformas del sistema de salud implementadas por la administración de Barack Obama, las poblaciones latinas siguen relegadas en su acceso a los servicios de salud. Por esta razón, el impacto de la pandemia sobre esta población no resulta en manera alguna sorprendente. La salud es un derecho esencial y continúa siendo vergonzoso que en la nación más rica del mundo la gente pobre y de color carezca de atención médica. Este hecho debe cambiar.

Las poblaciones cuyo primer idioma no es el inglés están en mayor riesgo de contagio. Además de las barreras al acceso a la atención médica que se discuten luego, las poblaciones Latinas generalmente carecen de la información sobre la pandemia en su idioma materno, lo que hace aún más dificultosa la prevención del COVID-19. Si a esto se suma un clima en el cual la información cambia rápidamente y una desconfianza generalizada de las poblaciones inmigrantes hacia el sistema de salud, los resultados están a la vista. El sistema de salud debe estar centrado en la necesidad de comunicación con las poblaciones que no hablan el idioma inglés, las cuáles también son vulnerables dados sus niveles de pobreza y falta de seguro médico.

El racismo estructural se manifiesta claramente en los sistemas carcelarios y de detención de personas. Las cárceles y centros de detención son caldos de cultivo para el contagio del COVID-19. También son conocidos los riesgos que sobrelleva la detención de inmigrantes, la cual es innecesaria en un porcentaje muy alto de los casos. A este respecto, no se vio una respuesta de la administración de Trump para aliviar el riesgo de los inmigrantes en centros de detención. La liberación de detenidos se hizo en casos puntuales y a raíz de reclamos judiciales hechos por abogados de inmigración en diferentes partes del país. Es



necesario un replanteo de las políticas migratorias que incluya una evaluación de la política de detención de inmigrantes, los cuáles, en la mayoría de los casos, no representan riesgo alguno para la sociedad.

Por diferentes razones que exceden el marco de esta presentación, las poblaciones Latinas padecen de diferentes condiciones subyacentes que las ponen a mayor riesgo de casos severos y eventual muerte por complicaciones de COVID-19. A esto se suma el estrés por la pobreza, el trauma del desarraigo y la falta de apoyo social. La mejora de estas circunstancias requiere un replanteo general de las condiciones de vida de las poblaciones latinas y de color.

Las políticas migratorias opresivas del gobierno de Trump han adquirido fama mundial. A pesar de las diferentes promesas sobre la flexibilización del sistema de remociones o deportaciones durante la pandemia, el miedo y las detenciones han continuado. Las poblaciones indocumentadas no tienen acceso a Medicaid u Obamacare. La nueva regla de determinación de carga pública ha creado nuevos temores en las poblaciones con documentos. Esto ha llevado los números de personas Latinas que buscan servicios médicos y de salud a niveles preocupantes. Las leyes aprobadas para paliar la falta de atención médica de inmigrantes indocumentados han sido insuficientes, dado el clima de miedo y desconfianza. El gobierno debió haber suspendido toda medida que contribuya a la menor utilización de los servicios de salud.

Referencias

- Aboii, S. M. (2016). Undocumented immigrants and the inclusive health policies of sanctuary cities. *Harvard Public Health Review*, 9, 1-10.
- Albarracin, J. (2016). *At the core and in the margins: Incorporation of Mexican immigrants in two rural Midwestern communities*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Andrasfay, T. y Goldman, N. (2020). Reductions in 2020 US life expectancy due to COVID-19 and the disproportionate impact on the Black and Latino populations. doi:10.1101/2020.07.12.20148387



Behbahani, S., Smith, C. A., Carvalho, M., Warren, C. J., Gregory, M. y Silva, N. A. (2020). Vulnerable Immigrant Populations in the New York Metropolitan Area and COVID-19: Lessons learned in the epicenter of the crisis. *Academic Medicine*. doi: [10.1097/ACM.0000000000003518](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003518). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7268828/>

Blau, F. D., Koebe, J. y Meyerhofer, P. A. (2020). Who are the Essential and Frontline Workers? (No. w27791). National Bureau of Economic Research. Recuperado de <https://www.nber.org/papers/w27791>

Bui, D. P., McCaffrey, K., Friedrichs, M., LaCross, N., Lewis, N. M., Sage, K., ... y Willardson, S. (2020). Racial and ethnic disparities among COVID-19 cases in workplace outbreaks by industry sector—Utah, March 6–June 5, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(33), 1133.

Cheng, K. J., Sun, Y. y Monnat, S. M. (2020). COVID-19 death rates are higher in rural counties with larger shares of Blacks and Hispanics. *The Journal of Rural Health*, 36(4), 602-608. doi:10.1111/jrh.12511

Cholera, R., Falusi, O. O. y Linton, J. M. (2020). Sheltering in place in a xenophobic climate: COVID-19 and children in immigrant families. *Pediatrics*, 146(1).

Clark, E., Fredricks, K., Woc-Colburn, L., Bottazzi, M. E., & Weatherhead, J. (2020). Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on immigrant communities in the United States. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(7), e0008484.

Cleek, H. (2018). Sanctuary Clinics: Using the patient-physician relationship to discuss immigration policy as a public health concern. *Wake Forest L. Rev.*, 53, 979.

Dashti-Gibson, N. (2020). Overcoming language barriers in healthcare: Meeting the medical needs of marginalized communities within the confines of America's broken healthcare system.



Recuperado de <https://www.fandm.edu/uploads/files/763514916407332855-dashti-gibson-junto-paper-final.pdf>

Despres, C. (2020). Coronavirus case rates and death rates for Latinos in the US. Recuperado de <https://salud-america.org/coronavirus-case-rates-and-death-rates-for-latinos-in-the-united-states/>

Fortuna, L. R., Tolou-Shams, M., Robles-Ramamurthy, B. y Porche, M. V. (2020). Inequity and the disproportionate impact of COVID-19 on communities of color in the United States: The need for a trauma-informed social justice response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 12(5), 433-445. recuperado de <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-37320-001.pdf>

Frank, G. C., Rodriguez, S. T. N., Bird, M., Garcia, M., Gatdula, N., Centinaje, E., ... & Rios-Ellis, B. (2020). Primary outcomes of a healthy lifestyle interventions for Latino families. *Californian Journal of Health Promotion*, 18(1), 29-38.

Greenaway, C., Hargreaves, S., Barkati, S., Coyle, C. M., Gobbi, F., Veizis, A., & Douglas, P. (2020). COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants. *Journal of Travel Medicine*. taaa113, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa113>. Recuperado de <https://academic.oup.com/jtm/advance-article/doi/10.1093/jtm/taaa113/5875716>

Haynes, N., Cooper, L. A. y Albert, M. A. (2020). At the heart of the matter: Unmasking and addressing the toll of COVID-19 on diverse populations. *Circulation*, 142(2), 105-107. doi:10.1161/circulationaha.120.048126

Holtgrave, D. R., Barranco, M. A., Tesoriero, J. M., Blog, D. S. y Rosenberg, E. S. (2020). Assessing racial and ethnic disparities using a COVID-19 outcomes continuum for New York State. *Annals of Epidemiology*, 48, 9-14. doi:10.1016/j.annepidem.2020.06.010

Hooper, M. W., Nápoles, A. M. y Pérez-Stable, E. J. (2020). COVID-19 and racial/ethnic disparities. *Jama*. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766098>



Macias Gil, R., Marcelin, J. R., Zuniga-Blanco, B., Marquez, C., Mathew, T., & Piggott, D. A. (2020). COVID-19 Pandemic: Disparate Health Impact on the Hispanic/Latinx Population in the United States. *The Journal of infectious diseases*, 222(10), 1592-1595.

National Immigration Law Center (2020). Update on access to healthcare of immigrants and their families. Recuperado de <https://www.nilc.org/issues/health-care/update-on-access-to-health-care-for-immigrants-and-their-families/>

Opel, R., Gebelhoff, R., Lai, K., Wright, W. y Smith, M. (2020). The fullest look yet at the racial inequity of coronavirus. *people*, 25, 50. Recuperado de <https://outbreakdaily.wp.tulane.edu/wp-content/uploads/sites/449/2020/07/The-Fullest-Look-Yet-at-the-Racial-Inequity-of-Coronavirus-The-New-York-Times.pdf>

Rodriguez-Diaz, C. E., Guilamo-Ramos, V., Mena, L., Hall, E., Honermann, B., Crowley, J. S., ... y Sullivan, P. S. (2020). Risk for COVID-19 infection and death among Latinos in the United States: Examining heterogeneity in transmission dynamics. *Annals of epidemiology*. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279720302672>.

Rozenfeld, Y., Beam, J., Maier, H., Haggerson, W., Boudreau, K., Carlson, J., y Medows, R. (2020). A model of disparities: risk factors associated with COVID-19 infection. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-10.

Sáenz, R. y Garcia, M. A. (2020). The Disproportionate Impact of COVID-19 on Older Latino Mortality: The Rapidly Diminishing Latino Paradox. *The Journals of Gerontology: Series B*, gbaa158. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa158>. Recuperado de <https://digitalcommons.unl.edu/sociologyfacpub/724/>

Schotland, S. D. (2020). A plea to apply principles of quarantine ethics to prisoners and immigration detainees during the COVID-19 crisis. *Journal of Law and the Biosciences* 7(1), 1-11.



Tai, D. B., Shah, A., Doubeni, C. A., Sia, I. G. y Wieland, M. L. (2020). The Disproportionate impact of COVID-19 on racial and ethnic minorities in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. doi:10.1093/cid/ciaa815. Recuperado de <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa815/5860249>

US Citizenship and Immigration Services (2020). Public charge fact sheet. Recuperado de <https://www.uscis.gov/news/public-charge-fact-sheet>

Wang, M. L., Behrman, P., Dulin, A., Baskin, M. L., Buscemi, J., Alcaraz, K. I., . . . Fitzgibbon, M. (2020). Addressing inequities in COVID-19 morbidity and mortality: Research and policy recommendations. *Translational Behavioral Medicine*,10(3), 516-519. doi:10.1093/tbm/ibaa055. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337775/>

Wong, T. K., Shklyan, K., Silva, A., & Espino, J. (2019). Fractured immigration federalism: How dissonant immigration enforcement policies affect undocumented immigrants. US Policy Immigration Center, UC San Diego. Recuperado de <https://usipc.ucsd.edu/publications/usipc-working-paper-3.pdf>