

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES
¿Cómo debe responder la atención médica estadounidense a las necesidades de salud de la comunidad latina?

Chiamaka Sonubi, MD, Efen Flores, MD y Lucy Spalluto, MD, MPH

Resumen

Este comentario responde a un caso sobre un trabajador latino de un supermercado que empieza a presentar síntomas, pero que se muestra reacio a someterse a las pruebas del SARS-CoV-2 y a recibir tratamiento para el COVID-19 por miedo a perder su medio de subsistencia. El caso revela las deficiencias clave en la capacidad del sistema de atención médica de EE. UU. para organizar respuestas basadas en la evidencia con el fin de mitigar, por no decir contener, la propagación de un contagio mortal en poblaciones vulnerables, y atender por igual a todas las personas en riesgo.

Caso

El Sr. S es un hombre latino de 55 años que vive en un apartamento de dos habitaciones con familiares y mantiene a su familia gracias a su trabajo en un supermercado. Durante la pandemia del COVID-19 en los Estados Unidos en 2020, el Sr. S era un trabajador esencial. Señala tener síntomas de fiebre baja, escalofríos, tos, disnea y dolor torácico de tipo pleurítico. Al no poder trabajar debido a una disnea cada vez más grave durante dos semanas, acude a una clínica y se le diagnostica COVID-19. Presenta letargo a medida que sus síntomas se agudizan y es trasladado en ambulancia a un servicio de urgencias local, ya que su saturación de oxígeno es inferior a 90.

Los antecedentes médicos del Sr. S incluyen diabetes mellitus tipo 2, obesidad (índice de masa corporal de 34), hiperlipidemia, hipertensión arterial, hipotiroidismo, enfermedad por reflujo gastroesofágico, apnea obstructiva del sueño y carencia de vitamina D. Una radiografía de tórax frontal muestra opacidades bilaterales multifocales en el espacio aéreo que indican una neumonía multifocal por COVID-19. Se recomienda el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con intubación y monitoreo riguroso. Sin embargo, el Sr. S expresa su preocupación por que no tiene una cobertura de seguro adecuada, no puede pagar la estadía en la UCI y no puede trabajar. El Sr. S pide el alta en contra de la recomendación médica, pero acaba aceptando el ingreso en la UCI para tratar el síndrome de dificultad respiratoria aguda causado por el COVID.

El Sr. S. permanece intubado durante 13 días, en los que su estado se complica con una miocardiopatía asociada al COVID y una neumonía bacteriana superpuesta. El día 14 es trasladado de la UCI a un piso de hospitalización general. El día 26, el Sr. S es dado de alta a un centro de rehabilitación.

Cuando se le preguntó al Sr. S por qué no se sometió a examen y a cuarentena en cuanto empezaron sus síntomas, respondió que el supermercado en el que trabajaba permaneció abierto durante la pandemia del COVID-19 porque el estado consideraba que los supermercados eran “esenciales” y que él no tenía ninguna opción de trabajar a distancia. El empleador del Sr. S. no ofrecía una licencia médica flexible y al Sr. S. le preocupaba que su seguro no cubriera de manera adecuada los costos médicos de una visita a la sala de emergencias y una posible hospitalización en un hospital fuera de la red. Estas preocupaciones empeoraban porque no tenía ahorros para pagar las facturas mensuales y mantener a su familia. Por lo que, el Sr. S. ocultó sus síntomas para seguir trabajando y evitar las deudas médicas.

Comentario

El privilegio social, o la falta de éste, ha perjudicado la capacidad de las personas latinas para protegerse de la transmisión del COVID-19 y mantener económicamente a sus familias durante una pandemia global. El privilegio social se genera cuando determinados grupos se benefician y prosperan gracias a las ventajas, los derechos y el dominio que les confiere la sociedad.¹ Entre los ámbitos de privilegio se encuentran el género, la raza, la orientación sexual, el nivel socioeconómico y la afiliación religiosa. La falta de privilegios sociales de las personas latinas ha aumentado la vulnerabilidad de la comunidad latina y ha generado inequidades sanitarias extremas durante la pandemia del COVID-19. Como se analiza aquí, los niveles de vulnerabilidad en la comunidad latina incluyen la sobrerrepresentación en trabajos de bajos salarios, las diferencias educativas y las barreras lingüísticas, las limitaciones financieras, los factores sociales y las condiciones de vida, así como las diferentes afecciones médicas concurrentes. Las deficiencias actuales del sistema de salud estadounidense (por ejemplo, la falta de confianza, la limitada investigación de los resultados de salud en las poblaciones poco representadas y las políticas obsoletas que impulsan la inequidad) agravan estas vulnerabilidades.

Niveles de vulnerabilidad en las comunidades latinas

Tipos de empleo. En respuesta a la pandemia del COVID-19, muchos estados suspendieron de manera temporal las actividades comerciales para reducir la transmisión del virus. Si bien muchas personas pudieron trabajar a distancia, el estado consideró que muchos, como el Sr. S, eran esenciales y se les exigió que siguieran trabajando para prestar servicios fuera de sus hogares, lo que ayudó al funcionamiento social, pero aumentó injustamente su exposición al SRAS-CoV-2. Aunque los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) apoyaron las recomendaciones de distanciamiento social y autoaislamiento,² la licencia por enfermedad remunerada y el trabajo a distancia no fueron opciones para muchos trabajadores.³

Las poblaciones vulnerables, incluidas las comunidades latinas, están sobrerrepresentadas en esta mano de obra de baja remuneración que trabaja para el sector público (por ejemplo, en el transporte, la alimentación y la agricultura) y tienen más probabilidades de estar expuestas al virus.⁴ Históricamente, las poblaciones cuya raza no es blanca se han visto obligadas a trabajar en empleos con salarios bajos, con poca flexibilidad en los horarios de trabajo y con poco o ningún tiempo libre remunerado. En concreto, antes de la pandemia, solo el 16.2 % de los trabajadores

latinos tenían empleos que permitían trabajar a distancia, en comparación con el 31.4 % de los trabajadores no latinos.⁵

Educación y barreras lingüísticas. Las personas latinas tienen la mitad de probabilidades de tener un título universitario que los adultos blancos no latinos.⁶ Esta creciente diferencia educativa contribuye a la ya mencionada sobrerrepresentación de las personas latinas en trabajos de bajos salarios y con poca flexibilidad. La diferencia educativa empeora aún más debido a la falta de políticas y programas que apoyen el progreso y la estabilidad financiera de los trabajadores con salarios bajos, como lo demuestra la débil aplicación de las leyes contra la discriminación y la falta de iniciativas de organización para mejorar las habilidades de los trabajadores y promover buenos empleos a través del desarrollo económico y de la fuerza laboral.⁷ Además, el 28.4 % de las personas latinas no dominan el inglés, y el 71 % de las personas latinas hablan un idioma distinto del inglés en casa.⁸ Esta **falta de dominio del inglés** puede reducir el acceso a la atención médica, afectar a la prestación de una atención de alta calidad, aumentar la duración de las estadías en el hospital y empeorar los resultados de la salud.⁹

Limitaciones financieras. Las circunstancias económicas del Sr. S. son similares a las de la mayoría de los adultos latinos en Estados Unidos. Muchas familias latinas están sometidas a fuertes presiones financieras, ya que la tasa de pobreza de los latinos es casi el doble que la de los blancos no latinos (19.4 % frente a 9.6 %, respectivamente).⁵ Cerca del 70 % de los adultos latinos en Estados Unidos no tienen fondos de emergencia para cubrir tres meses de gastos.¹⁰ Las tensiones financieras que ha generado la pandemia han obligado a muchos a elegir entre seguir trabajando mientras están infectados o quedarse en casa sin ingresos.

El hecho de que el Sr. S. evite la atención médica porque no tiene seguro y teme el aumento de los costos médicos es muy común. Muchos latinos no pueden pagar un seguro médico, pero aquellos que sí pueden suelen tener seguros limitados y se ven obligados a pagar gastos de su propio bolsillo que son inasequibles y siguen aumentando con el tiempo.¹¹ Las personas latinas tienen las tasas más bajas de seguro de salud de todos los grupos raciales o étnicos en los Estados Unidos, salvo los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska.¹¹ En 2018, el 26.7 % de los adultos latinos de 18 a 64 años no tenían seguro, en comparación con solo el 9 % de los blancos no latinos.¹² En 2019, cerca del 21 % de los adultos latinos de 18 años o más en Estados Unidos se quedaron sin atención médica debido a los costos.¹³

Factores sociales y condiciones de vida. Al igual que el Sr. S., muchas familias latinas viven en hogares con varias generaciones que dificultan el aislamiento y el distanciamiento social en caso de que la prueba de COVID-19 sea positiva.¹⁴ Estas condiciones de vida de hacinamiento de la comunidad latina también podrían aumentar la vulnerabilidad al virus, haciendo que incluso la decisión de quedarse en casa sea arriesgada. Además, las personas latinas están sobrerrepresentadas en entornos de congregación, como las prisiones,¹⁵ lo que puede aumentar aún más la exposición al riesgo y limitar la capacidad de mantenerse a distancia, según las recomendaciones de los CDC.¹⁶

Afecciones médicas concurrentes. Como el Sr. S., muchos latinos pueden ser más propensos a sufrir casos graves de COVID-19 debido a las afecciones médicas concurrentes. En particular, los latinos diagnosticados con COVID-19 tienen tasas más altas de hospitalización e ingreso en la UCI que los blancos, sin importar si padecen afecciones médicas concurrentes como hipertensión arterial, enfermedades

cardiovasculares, nefropatías o diabetes.¹⁷ Los niveles de vulnerabilidad en la comunidad latina, incluida la presencia de afecciones médicas concurrentes, generan una mayor tasa de morbilidad y mortalidad por COVID-19 en la comunidad latina. Por ejemplo, en noviembre de 2021, las tasas de mortalidad, hospitalizaciones y casos por COVID-19 en los latinos fueron 2.1 veces, 2.5 veces y 1.6 veces más altas, respectivamente, que las de los blancos no latinos.¹⁸

Reorganización de la atención médica en EE. UU.

Aunque el sistema de salud estadounidense no puede revertir lo que se ha hecho, el sistema debe comenzar a abordar la compleja combinación de fuerzas económicas, físicas y sociales que afectan a la salud de las comunidades latinas en medio de esta crisis de salud pública. El caso del Sr. S sirve para destacar el gran impacto que estos factores combinados pueden tener en la decisión de buscar, evitar o retrasar la atención médica.

Esta inequidad nos lleva a preguntarnos: *¿Cómo debería reestructurarse el sistema de salud estadounidense para satisfacer las necesidades de la comunidad latina durante y después de la pandemia del COVID-19?* En primer lugar, el sistema de salud de EE. UU. debe reconocer con urgencia su actual incapacidad para proporcionar una atención de alta calidad a las poblaciones vulnerables. Debe reconocer que las crisis de atención médica a las que se enfrentan personas como el Sr. S no son acontecimientos aislados. Por el contrario, la combinación de estos sucesos tan comunes representa una amenaza generalizada para la salud de la nación. No se puede contener una pandemia si ciertos sectores de la población son vulnerables a la enfermedad.

Entre las primeras medidas prácticas que debe adoptar el sistema de atención médica de EE. UU. para lograr una atención más equitativa entre las poblaciones vulnerables se encuentran el fomento de la confianza con las poblaciones vulnerables, la mejora de la recopilación de datos sobre los resultados de salud en las poblaciones subrepresentadas, una mayor financiación de la investigación para los estudios dedicados a mejorar la atención equitativa y el impulso de cambios políticos para que la atención médica sea asequible y accesible para todos.^{5,19} Estos cambios políticos podrían incluir la oferta de opciones públicas para el seguro de salud, la ampliación de la cobertura de Medicaid en todos los estados, la reducción de los costos de los consumidores para la atención médica, la provisión de transporte para la atención médica que no sea de emergencia y la disponibilidad de **personal de salud local** u orientadores.²⁰

Uno de los retos de la reorganización de la atención médica estadounidense consiste en aplicar los cambios radicales necesarios para lograr un efecto duradero. Este efecto solo será posible cuando el sistema de salud y la sociedad estadounidense desmantelen el sistema de privilegios sociales existente, combatan siglos de racismo estructural y superen las inequidades culturales y socioeconómicas en el acceso a la atención médica.⁵

Conclusión

El COVID-19 ha puesto de manifiesto la inequidad sanitaria en las comunidades latinas, que está muy relacionada con la falta de privilegios sociales, los empleos públicos mal remunerados, las viviendas precarias, el bajo nivel educativo, las barreras lingüísticas y las limitaciones financieras. Para abordar esta inequidad sanitaria, la atención médica de EE. UU. debe reconocer sus deficiencias y aceptar el desafío de rediseñar la prestación de la atención médica en su totalidad adoptando la perspectiva de la equidad sanitaria. Modificar los sistemas existentes de privilegios sociales, racismo

estructural e inequidad socioeconómica es fundamental para el éxito de la reforma del sistema de salud.

References

1. Black LL, Stone D. Expanding the definition of privilege: the concept of social privilege. *J Multicult Couns Devel*. 2005;33(4):243-255.
2. How to protect yourself and others. Centers for Disease Control and Prevention. Accessed November 5, 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/prevention.html>
3. Schneider D, Harknett K. Essential and vulnerable: service sector workers and paid sick leave. Shift Project; 2020. Accessed February 17, 2022. https://shift.hks.harvard.edu/files/2020/04/Essential_and_Vulnerable_Service_Sector_Workers_and_Paid_Sick_Leave.pdf
4. Roberts JD, Dickinson KL, Koebele E, et al. Clinicians, cooks, and cashiers: examining health equity and the COVID-19 risks to essential workers. *Toxicol Ind Health*. 2020;36(9):689-702.
5. Macias Gil R, Marcelin JR, Zuniga-Blanco B, Marquez C, Mathew T, Piggott DA. COVID-19 pandemic: disparate health impact on the Hispanic/Latinx population in the United States. *J Infect Dis*. 2020;222(10):1592-1595.
6. Ed Trust research shows need for policymakers to address racial gaps in degree attainment. News release. Education Trust; June 14, 2018. Accessed April 8, 2021. <https://edtrust.org/press-release/ed-trust-research-shows-need-policymakers-address-racial-gaps-degree-attainment/>
7. Hanks A, Solomon D, Weller CE. Systematic inequality: how America's structural racism helped create the Black-White wealth gap. Center for American Progress. February 21, 2018. Accessed November 5, 2021. <https://www.americanprogress.org/article/systematic-inequality/>
8. Profile: Hispanic/Latino Americans. Office of Minority Health, US Department of Health and Human Services. Accessed September 15, 2021. <https://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=64>
9. *Quick Safety 13*: overcoming the challenges of providing care to limited English proficient patients. Joint Commission. May 28, 2015. Accessed September 15, 2020. <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety--issue-13-overcoming-the-challenges-of-providing-care-to-lep-patients/>
10. Lopez MH, Rainie L, Budiman A. Financial and health impacts of COVID-19 vary widely by race and ethnicity. *Fact Tank*. May 5, 2020. Accessed September 15, 2021. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/05/05/financial-and-health-impacts-of-covid-19-vary-widely-by-race-and-ethnicity/>
11. Artiga S, Hill L, Orgera K, Damico A. Health coverage by race and ethnicity, 2010-2019. Kaiser Family Foundation. July 16, 2021. Accessed November 5, 2021. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/health-coverage-by-race-and-ethnicity/>
12. Agency for Healthcare Research and Quality. *2018 National Healthcare Quality and Disparities Report*. US Department of Health and Human Services; 2019. AHRQ publication 19-0070-EF. Accessed September 15, 2021. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqrd/2018qdr.pdf>
13. Adults who went without care because of cost. Commonwealth Fund Health System Data Center. Accessed February 19, 2021. <https://datacenter.commonwealthfund.org/topics/adults-who-went-without-care-because-cost>
14. The challenges of shelter-in-place for Black and Latinx Communities. *State of Public Health*. March 27, 2020. Accessed September 15, 2021. <https://stateofpublichealth.com/environmental-health/the-challenges-of-shelter-in-place-for-black-and-latinx-communities/>

15. Sakala L. Breaking down mass incarceration in the 2010 census: state-by-state incarceration rates by race/ethnicity. Prison Policy Initiative. May 28, 2014. Accessed November 5, 2021. <https://www.prisonpolicy.org/reports/rates.html>
16. Rabin RC. In Massachusetts, inmates will be among first to get vaccines. *New York Times*. December 18, 2020. Accessed February 17, 2020. <https://www.nytimes.com/2020/12/18/health/coronavirus-vaccine-prisons-massachusetts.html>
17. Izzy S, Tahir Z, Cote DJ, et al. Characteristics and outcomes of Latinx patients with COVID-19 in comparison with other ethnic and racial groups. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(10):ofaa401.
18. Risk for COVID-19 infection, hospitalization, and death by race/ethnicity. Centers for Disease Control and Prevention. Accessed September 15, 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html>
19. Metz J, Maybank A, De Maio F. Responding to the COVID-19 pandemic: the need for a structurally competent health care system. *JAMA*. 2020;324(3):231-232.
20. Rapfogel N, Calsyn M. Public options will improve health equity across the country. Center for American Progress. May 5, 2021. Accessed November 5, 2021. <https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/reports/2021/05/05/499134/public-options-will-improve-health-equity-across-country/>

Chiamaka Sonubi, MD se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Vanderbilt y es residente de medicina física y rehabilitación en la Universidad de Emory en Atlanta, Georgia.

Efren Flores, MD es radiólogo en el Hospital General de Massachusetts, en Boston, y presidente adjunto de equidad, inclusión y salud comunitaria de Massachusetts General Brigham Enterprise Radiology.

Lucy Spalluto, MD, MPH es radióloga en el Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt en Nashville, Tennessee, donde se desempeña como vicepresidenta de equidad sanitaria y directora asociada de diversidad e inclusión para el Departamento de Radiología y Ciencias Radiológicas.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(4):E261-266.

DOI

10.1001/amajethics.2022.261.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) 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.