

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

**¿Cómo deberían responder los médicos clínicos a las barreras idiomáticas que exacerban la inequidad sanitaria?**

Jason Espinoza, MD y Sabrina Derrington, MD, MA, HEC-C

**Resumen**

Los pacientes y las familias con un dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) enfrentan barreras para acceder a los servicios de atención de la salud, reciben una atención de calidad inferior y sufren peores consecuencias sanitarias. El LEP es un impulsor independiente de las disparidades sanitarias y exacerba otros factores sociales determinantes para la salud. Las disparidades atribuibles al idioma son especialmente injustificadas, dado que el LEP es moralmente irrelevante, además de ser un motivo de desventaja injusta e innecesaria. Los médicos clínicos y las organizaciones sanitarias tienen la obligación de intervenir, que es lo que se describe en este artículo.

*Para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ por la actividad de EMC relacionada con este artículo, usted deberá: (1) leer este artículo completo, (2) responder al menos el 80 por ciento de las respuestas del cuestionario de manera correcta y (3) completar una evaluación. El cuestionario, la evaluación y el formulario para obtener un AMA PRA Category 1 Credit™ están disponibles en el [AMA Ed Hub™](#).*

**Caso**

La Dra. J es médica residente de segundo año en el servicio de urgencias que, durante un turno excepcionalmente ajetreado, ve a MM, una niña de 13 años, acompañada de su padre. Es la tercera vez en esta semana que visitan el servicio de urgencias. MM se frota el estómago; parece algo incómoda, pero aparentemente no está en peligro. Después de estar 15 minutos tratando de hablar con un intérprete por teléfono, la Dra. J se da cuenta de que MM y su padre hablan un idioma o dialecto que no se encuentra disponible en el servicio telefónico de interpretación. Los 3 se enredan en un diálogo con un inglés entrecortado que parece revelar que, durante 5 días, MM ha tenido una disminución del apetito y dolor abdominal, el que había sido más intenso el día anterior y ahora ha mejorado. El examen físico de MM revela un dolor abdominal leve, difuso e indeterminado que parece más consistente con una gastroenteritis aguda. La Dra. J se retira de la sala donde está MM y consulta con el Dr. C un plan de tratamiento. La Dra. J vuelve donde MM, sugiriéndole que tome acetaminofeno para el dolor, y ordena darle el alta del servicio de urgencias antes de proceder a atender a otro paciente.

Dos días después, MM vuelve al servicio de urgencias con un absceso abdominal por apendicitis, choque séptico y necesitando una intervención quirúrgica urgente. La Dra. J se pregunta qué podría haber hecho diferente.

### Comentario

La historia de MM es un ejemplo de las tantas maneras en que 25 millones de pacientes en este país con LEP reciben una atención de salud no equitativa,<sup>1</sup> a veces con consecuencias devastadoras. El LEP dificulta más la orientación de los pacientes en un sistema de atención de salud donde predomina el inglés. En un estudio se reportó que los hispanos con LEP tenían menos acceso a atención y asistencia sanitaria y que recibían menos servicios preventivos que los hispanos angloparlantes.<sup>2</sup> La interpretación médica profesional es efectiva en la mejora de la atención a pacientes con LEP,<sup>3</sup> pero no siempre se proporciona, pese a su eficacia comprobada e inclusión en las directrices profesionales y normas federales y estatales.<sup>2,3,4</sup> En este artículo, se analizan las barreras a la **disponibilidad de intérpretes** y su utilización, se evalúa el impacto sanitario de las barreras idiomáticas y se describen las obligaciones éticas para médicos clínicos, instituciones y sistemas de atención de la salud en relación con la mejora de la asistencia a pacientes y familias con LEP, así como las posibles consecuencias en materia de políticas.

### Disparidades sanitarias para pacientes con LEP

La utilización de intérpretes médicos profesionales está asociada con menores disparidades sanitarias para pacientes con LEP, una mejor comprensión del paciente, menos errores médicos y mayor satisfacción de pacientes y médicos clínicos en comparación con la utilización de intérpretes improvisados, como familiares o personal bilingüe.<sup>3</sup> Las normas federales y estatales requieren que las organizaciones sanitarias proporcionen intérpretes capacitados para pacientes con LEP,<sup>4,5,6</sup> pues la dotación de intérpretes inadecuada, las limitaciones funcionales de las videoconferencias o conferencias telefónicas y la falta de precisión interpretativa crean barreras persistentes para la comunicación.<sup>7,8,9,10</sup> Tal como en el caso de MM, es posible que no esté disponible un intérprete profesional para idiomas menos comunes, limitando así la comunicación de manera peligrosa. Incluso cuando hay intérpretes disponibles, algunos médicos clínicos optan por no recurrir a ellos<sup>11,12</sup> o no lo hacen de forma efectiva. Un estudio reciente demostró que solo el 23 % de los practicantes recibía instrucción de trabajar con intérpretes.<sup>10</sup> Cuando persisten las barreras de comunicación, los pacientes con LEP se sienten menos satisfechos con las consultas clínicas,<sup>7</sup> tienen una menor comprensión de las instrucciones que se indican para los medicamentos<sup>7,9</sup> y se sienten menos cómodos con los regímenes de cuidado tras el alta.<sup>9,10,13</sup> La comunicación deficiente también afecta la comprensión de las quejas de los pacientes por parte de los médicos clínicos,<sup>7,13,14</sup> lo que complica los diagnósticos y las intervenciones, da lugar a exámenes inadecuados o excesivos<sup>7</sup> y, cuando se hace la comparación con pacientes que dominan el inglés, se generan diferencias en el tiempo de permanencia<sup>15,16</sup> y una mayor morbilidad y mortalidad.<sup>4,17,18</sup>

Aunque el LEP es un factor independiente que determina las consecuencias sanitarias entre adultos y niños, puede solaparse con otros elementos sociales desfavorables determinantes para la salud, exacerbando las disparidades en el acceso a la atención y las consecuencias sanitarias. Los hijos de padres con LEP tienen más probabilidades de no contar con un seguro, carecer de un hogar médico y remisiones a especialistas, y padecer errores graves en comparación con los hijos de padres que tienen dominio de inglés.<sup>17</sup> Estas disparidades se exacerbaban más en los niños de minorías raciales y étnicas<sup>18</sup> y en niños con necesidades especiales.<sup>19</sup>

### **Inequidad lingüística**

Las disparidades sanitarias relacionadas con el LEP son profundamente injustas, pues el LEP es moralmente irrelevante. Las competencias lingüísticas no tienen relación con la personalidad, los valores o los derechos. Los médicos clínicos y las organizaciones tienen las **obligaciones éticas y legales** de atender a sus pacientes independientemente de su dominio de un idioma, etnia o país de origen. Además, el LEP es una desventaja que no se elige. Las personas que migran a los Estados Unidos están aprendiendo inglés cada vez más,<sup>20</sup> pero la capacidad de las personas varía, resulta obstaculizada por muchos otros factores<sup>21</sup> y no tiene relación con su necesidad de recibir o renunciar a los servicios de salud. La justicia requiere que los pacientes con LEP puedan acceder y recibir la misma calidad de atención que los pacientes que dominan el inglés.

Los pacientes con LEP sufren tanto *injusticia distributiva*; es decir, salud deficiente como resultado de un menor acceso a la atención, como *injusticia relacional*, que implica la subvaloración de las identidades. Los pacientes que no hablan inglés podrían ser considerados por algunas personas como foráneos o como “otros”, lo que facilita peligrosamente la idea de subvalorarlos y despersonalizarlos, y de formular suposiciones perjudiciales sobre atributos sin relación, como su inteligencia, religión, cultura o posturas hacia la salud y las enfermedades. La “otredad” podría fomentarse por los desafíos frustrantes de dar cabida a las diferencias lingüísticas, como el tiempo adicional necesario para recurrir a un intérprete profesional.<sup>14,22</sup> Corregir la injusticia distributiva requiere mejorar la mala distribución de recursos, y corregir la injusticia relacional exige cambiar la estructura y el carácter de las relaciones interpersonales, que a su vez demanda cambios en las normas y prácticas sociales e institucionales.<sup>23,24</sup>

### **Compensación lingüística**

Pese a que los datos muestran la importancia de las funciones de los intérpretes médicos en la calidad de la atención, los resultados positivos en salud y la reducción de costos,<sup>3,25</sup> muchas organizaciones siguen sin proporcionar servicios de interpretación adecuados: solo el 13 % de los hospitales cumple completamente con las cuatro Normas Nacionales para Servicios Cultural y Lingüísticamente Adecuados (CLAS, por sus siglas en inglés) en atención de salud.<sup>26</sup> Los costos de los servicios de interpretación tienden a ser excesivos y se subvalora su rentabilidad,<sup>4,7,27</sup> lo que podría llevar a quienes paguen a limitar el reembolso y a las organizaciones a limitar los servicios. El reembolso inconsistente e inadecuado sigue siendo una barrera importante a nivel de sistemas para cumplir con los estándares de CLAS.<sup>4</sup> Los servicios de interpretación telefónica y por video ofrecen una alternativa más razonable,<sup>28</sup> aunque podría no ser adecuada para todos los idiomas y dialectos, como en el caso de MM. Entre otras limitaciones a los servicios de interpretación remota, se incluye la dependencia de una conexión estable a internet y una calidad impersonal que puede dificultar la comunicación clara de información sanitaria compleja, especialmente durante encuentros emocionalmente angustiantes. Un estudio de carácter cualitativo reveló que la elección de los médicos clínicos de recurrir o no a servicios de interpretación profesional depende de las **limitaciones de tiempo**, las preferencias subjetivas y los objetivos terapéuticos.<sup>12</sup> Incluso cuando la interpretación profesional se utiliza de forma adecuada para discusiones sobre el consentimiento informado, conferencias sobre atención y actualizaciones diarias, los pacientes y las familias con LEP siguen recibiendo una parte de la información que reciben las familias angloparlantes de su equipo de cuidado de la salud,<sup>27,29</sup> lo que afecta la relación terapéutica entre los miembros del equipo de atención sanitaria y el paciente y su familia, complicando la toma conjunta de decisiones.<sup>22,29,30</sup>

Si se puede compensar la injusticia distributiva aumentando el acceso a los servicios de interpretación profesional, la injusticia relacional requerirá reestructurar los sistemas de atención de salud para desarrollar el bilingüismo y buscar y contratar más médicos clínicos bilingües. La concordancia en idiomas distintos del inglés entre pacientes y médicos ha demostrado mejorar una serie de resultados en los pacientes, como el control glucémico, el manejo del dolor y la adherencia a las pruebas de detección de cáncer.<sup>1</sup> Son escasos los estudios que comparan la utilización de intérpretes capacitados con médicos clínicos que convergen en un idioma con el paciente, pero indican que la concordancia de idiomas promueve la formulación de preguntas y el empoderamiento del paciente, y es generalmente lo que los pacientes con LEP prefieren.<sup>31,32</sup> El fomento de cambios sistémicos en el sector laboral sanitario es una estrategia de largo plazo con muchos beneficios secundarios que podría, a la larga, demostrar ser económicamente más favorable que el enfoque en soluciones tecnológicas.

### **Interseccionalidad**

Los pacientes con LEP suelen tener otras desventajas, como recursos económicos limitados, y sus problemas de comunicación podrían verse agravados por la falta de educación formal, vulnerabilidad por su situación migratoria inestable y problemas de salud mental como ansiedad y estrés.<sup>14,18,33</sup> Las barreras idiomáticas provocan que a los pacientes les cueste aún más defenderse, hacer preguntas y desenvolverse en medio de las sutilezas de los sistemas de atención médica en entornos donde predomina el inglés.<sup>34</sup> Todos los médicos clínicos deberían estar sensibilizados a la superposición de estas vulnerabilidades para poder hacer la diferencia escuchando y defendiendo a sus pacientes.<sup>35</sup> No obstante, atender las necesidades complejas de los pacientes y las familias con LEP es una responsabilidad compartida entre los equipos y organizaciones médicas.<sup>36</sup>

Las iniciativas para abordar las inequidades sanitarias relacionadas con las barreras idiomáticas deben situarse e integrarse con medidas integrales para mejorar la equidad sanitaria.<sup>37</sup> Como ejemplo, investigadores demostraron que los niños latinos internados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de sus hospitales tenían un riesgo de mortalidad 3,7 veces mayor que los niños blancos y afroamericanos después de considerar covariables como: gravedad de la enfermedad, edad, género, seguridad social y diagnóstico.<sup>38</sup> En respuesta, el hospital implementó una intervención de varios niveles, como: capacitación en sensibilidad cultural para médicos clínicos, contratación de más personal bilingüe, ampliación de la disponibilidad de intérpretes capacitados en su servicio de urgencias y UCIP, elaboración de formularios de consentimiento y materiales disponibles en múltiples idiomas, y ampliación del alcance a comunidades latinas.<sup>38</sup> En los 3 años posteriores a la intervención, los índices de mortalidad de niños latinos en UCIP cayeron a un nivel comparable con los de los niños blancos y afroamericanos.<sup>38</sup> La mejora notable en los resultados que alcanzó esta intervención de varios niveles a nivel de sistemas sugiere un imperativo moral para las organizaciones de atención de salud: en primer lugar, evaluar los datos de los resultados por raza, etnia e idioma, y luego tomar medidas para abordar esas disparidades.

¿Por qué no se emplean estos tipos de evaluaciones e intervenciones de manera más extensa? La recopilación de datos en cuanto a raza, etnia e idioma materno es inconsistente y propensa a errores, y tal vez ese es el motivo por el que las organizaciones analizan pocas veces sus resultados por factores sociodemográficos.<sup>39</sup> Es posible que los líderes de las organizaciones duden de la existencia de inequidad racial, étnica o de LEP en sus entornos, así como posiblemente haya médicos clínicos que nieguen el papel de sesgos raciales, étnicos o de LEP implícitos en sus prácticas.

Sin embargo, las inequidades en la atención de salud y el sesgo implícito son generalizados.<sup>40,41</sup> El cambio a nivel sistémico probablemente requerirá una legislación que cree incentivos financieros y que implemente una rendición de cuentas de los resultados de pacientes con LEP.

### ¿Cuál es su idioma detrás del velo?

John Rawls, más conocido por su trabajo fundamental en teoría de la justicia, sugería que una sociedad justa podría estar mejor diseñada detrás de un “velo de ignorancia”, de manera tal que ningún interesado supiera qué lugar podría tener en esa sociedad.<sup>42</sup> La disquisición teórica de Rawls nos recuerda que las circunstancias en que nacemos no tienen relación con nuestro mérito o si merecemos o no prosperar. Entonces, con un velo de ignorancia en mente, imagine cómo sería necesitar atención de salud para usted o su cónyuge, hijo o padre en un país donde no hablara el idioma local y donde unos pocos médicos clínicos de atención sanitaria hablaran el suyo. Imagine lo vulnerable que se sentiría, luchando por desenvolverse con señales no traducidas y formas ininteligibles. Imagine tener que esperar que los servicios de interpretación se comuniquen por video o teléfono, o si tuviera suerte, en persona, cada vez que quisiera expresar sus inquietudes o hacer preguntas.

Las organizaciones sanitarias y los médicos clínicos tienen un imperativo moral de reducir y, a la larga, erradicar la injusticia que sufren los pacientes con LEP en este país. Las organizaciones de atención de salud deberían hacerlo de manera responsable dotándose de personal y médicos clínicos, utilizando servicios de interpretación disponibles y defendiendo los cambios sistémicos que consideren las competencias lingüísticas como un aspecto de diversidad en lugar de una barrera para una atención de salud de calidad. Por último, a nivel nacional y social, deberíamos abordar los factores sociales interseccionales determinantes para la salud que se suman a las injusticias que sufren los pacientes con LEP, muchos de los cuales son inmigrantes recién llegados.<sup>43,44</sup> Habrá prejuicios y suposiciones por superar y barreras económicas y logísticas por cruzar. Sin embargo, en este mundo globalmente conectado, no hay lugar para el aislacionismo lingüístico. Podemos cambiar el sistema, y debemos hacerlo.

### References

1. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A systematic review of the impact of patient-physician non-English language concordance on quality of care and outcomes. *J Gen Intern Med*. 2019;34(8):1591-1606.
2. DuBard CA, Gizlice Z. Language spoken and differences in health status, access to care, and receipt of preventive services among US Hispanics. *Am J Public Health*. 2008;98(11):2021-2028.
3. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res*. 2007;42(2):727-754.
4. Chen AH, Youdelman MK, Brooks J. The legal framework for language access in healthcare settings: Title VI and beyond. *J Gen Intern Med*. 2007;22(suppl 2):362-367.
5. Civil Rights Act, Title VI, 42 USC §2000d et seq (1964).
6. *Lau v Nichols*, 414 US 563 (1974).
7. Ramirez D, Engel KG, Tang TS. Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19(2):352-362.

8. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Coates WC, Pitkin K. Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA*. 1996;275(10):783-788.
9. Nápoles AM, Santoyo-Olsson J, Karliner LS, Gregorich SE, Pérez-Stable EJ. Inaccurate language interpretation and its clinical significance in the medical encounters of Spanish-speaking Latinos. *Med Care*. 2015;53(11):940-947.
10. Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*. 2003;111(1):6-14.
11. Schenker Y, Pérez-Stable EJ, Nickleach D, Karliner LS. Patterns of interpreter use for hospitalized patients with limited English proficiency. *J Gen Intern Med*. 2011;26(7):712-717.
12. Hsieh E. Not just “getting by”: factors influencing providers’ choice of interpreters. *J Gen Intern Med*. 2015;30(1):75-82.
13. Wilson E, Chen AH, Grumbach K, Wang F, Fernandez A. Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension. *J Gen Intern Med*. 2005;20(9):800-806.
14. Green AR, Nze C. Language-based inequity in health care: who is the “poor historian”? *AMA J Ethics*. 2017;19(3):263-271.
15. Pannu NS, Hill-Mann A, Gill G. The effect of language on hospital inpatient length of stay. *Healthc Q*. 2017;20(1):73-78.
16. Patel AT, Lee BR, Donegan R, Humiston SG. Length of stay for patients with limited English proficiency in pediatric urgent care. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;59(4-5):421-428.
17. Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, McPhillips H, Davis R. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*. 2005;116(3):575-579.
18. Flores G, Olson L, Tomany-Korman SC. Racial and ethnic disparities in early childhood health and health care. *Pediatrics*. 2005;115(2):e183-e193.
19. Eneriz-Wiemer M, Sanders LM, Barr DA, Mendoza FS. Parental limited English proficiency and health outcomes for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2014;14(2):128-136.
20. Landgrave M. Immigrants learn English: immigrants’ language acquisition rates by country of origin and demographics since 1900. CATO Institute; September 2019. Immigration Research and Policy Brief 14. Accessed December 9, 2020. <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/pubs/pdf/irpb14.pdf>
21. Isphording IE. What drives the language proficiency of immigrants? *IZA World of Labor*. 2015;177. Accessed December 9, 2020. <https://wol.iza.org/articles/what-drives-language-proficiency-of-immigrants/long>
22. Peled Y. Language barriers and epistemic injustice in healthcare settings. *Bioethics*. 2018;32(6):360-367.
23. Fourie C, Schuppert F, Wallimann-Helmer I. *Social Equality: On What It Means to Be Equals*. Oxford Scholarship Online; 2014.
24. Zalta R, ed. Disability and justice. Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive. May 23, 2013. Accessed May 26, 2020. Revised July 2, 2019. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/disability-justice/>
25. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2005;62(3):255-299.

26. Diamond LC, Wilson-Stronks A, Jacobs EA. Do hospitals measure up to the national culturally and linguistically appropriate services standards? *Med Care*. 2010;48(12):1080-1087.
27. Brandl EJ, Schreiter S, Schouler-Ocak M. Are trained medical interpreters worth the cost? A review of the current literature on cost and cost-effectiveness. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(1):175-181.
28. Masland MC, Lou C, Snowden L. Use of communication technologies to cost-effectively increase the availability of interpretation services in healthcare settings. *Telemed J E Health*. 2010;16(6):739-745.
29. Thornton JD, Pham K, Engelberg RA, Jackson JC, Curtis JR. Families with limited English proficiency receive less information and support in interpreted intensive care unit family conferences. *Crit Care Med*. 2009;37(1):89-95.
30. Barwise AK, Nyquist CA, Espinoza Suarez NR, et al. End-of-life decision-making for ICU patients with limited English proficiency: a qualitative study of healthcare team insights. *Crit Care Med*. 2019;47(10):1380-1387.
31. Villalobos BT, Bridges AJ, Anastasia EA, Ojeda CA, Rodriguez JH, Gomez D. Effects of language concordance and interpreter use on therapeutic alliance in Spanish-speaking integrated behavioral health care patients. *Psychol Serv*. 2016;13(1):49-59.
32. Molina RL, Kasper J. The power of language-concordant care: a call to action for medical schools. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):378.
33. Green AR, Ngo-Metzger Q, Legedza AT, Massagli MP, Phillips RS, Iezzoni LI. Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med*. 2005;20(11):1050-1056.
34. Gengler AM. "I want you to save my kid!": illness management strategies, access, and inequality at an elite university research hospital. *J Health Soc Behav*. 2014;55(3):342-359.
35. Cheng TL, Emmanuel MA, Levy DJ, Jenkins RR. Child health disparities: what can a clinician do? *Pediatrics*. 2015;136(5):961-968.
36. Chin MH, Clarke AR, Nocon RS, et al. A roadmap and best practices for organizations to reduce racial and ethnic disparities in health care. *J Gen Intern Med*. 2012;27(8):992-1000.
37. Brody H, Glenn JE, Hermer L. Racial/ethnic health disparities and ethics—the need for a multilevel approach. *Camb Q Healthc Ethics*. 2012;21(3):309-319.
38. Anand KJ, Sepanski RJ, Giles K, Shah SH, Juarez PD. Pediatric intensive care unit mortality among Latino children before and after a multilevel health care delivery intervention. *JAMA Pediatr*. 2015;169(4):383-390.
39. Siegel B, Regenstein M, Jones K. Enhancing public hospitals' reporting of data on racial and ethnic disparities in care. Commonwealth Fund; January 2007. Accessed December 9, 2020.  
[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_fund\\_report\\_2007\\_jan\\_enhancing\\_public\\_hospitals\\_reportin\\_g\\_of\\_data\\_on\\_racial\\_and\\_ethnic\\_disparities\\_in\\_care\\_998\\_siegel\\_enhancing\\_pu\\_b\\_hosp\\_reporting\\_data\\_racia\\_pdf.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2007_jan_enhancing_public_hospitals_reportin_g_of_data_on_racial_and_ethnic_disparities_in_care_998_siegel_enhancing_pu_b_hosp_reporting_data_racia_pdf.pdf)
40. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.

41. Green AR, Tan-McGrory A, Cervantes MC, Betancourt JR. Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36(10):435-442.
42. Rawls J. *A Theory of Justice*. Rev ed. Belknap Press/Harvard University Press; 1999.
43. Kim J, Ford KL, Kim G. Geographic disparities in the relation between English proficiency and health insurance status among older Latino and Asian immigrants. *J Cross Cult Gerontol.* 2019;34(1):1-13.
44. Zamora ER, Kaul S, Kirchhoff AC, et al. The impact of language barriers and immigration status on the care experience for Spanish-speaking caregivers of patients with pediatric cancer. *Pediatr Blood Cancer.* 2016;63(12):2173-2180.

**Jason Espinoza, MD** es profesor agregado de pediatría clínica (cuidados intensivos) en la Escuela de Medicina de la Universidad de Indiana en Indianápolis. Se graduó de la Escuela de Medicina Pritzker de la Universidad de Chicago, completó su residencia en el Hospital Infantil de Seattle de la Universidad de Washington y realizó una especialización en el Hospital Infantil Ann & Robert H. Lurie de Chicago. Su investigación se enfoca en los resultados a largo plazo tras enfermedades graves, abordando las disparidades en materia de salud y apoyando la justicia social.

**Sabrina Derrington, MD, MA, HEC-C** es directora del Centro de Bioética Pediátrica en el Hospital Infantil Los Ángeles y profesora titular de pediatría (cuidados intensivos) en la Escuela de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California. Sus estudios conceptuales y empíricos se refieren a abordar las amenazas para la equidad sanitaria tanto a niveles clínicos como interpersonales en cuidados intensivos, ética clínica y organizacional, y políticas de salud.

#### Cita

*AMA J Ethics.* 2021;23(2):E109-116.

#### DOI

10.1001/amajethics.2021.109.

#### 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.*

Copyright 2021 American Medical Association. Todos los derechos reservados.  
ISSN 2376-6980