**Disparidades Raciales**

Escrito por: Xuan Lan Tran

A través de la historia, el racismo sistémico en el área de la medicina ha acabado con las vidas de personas negras, indígenas y de otra gente de color. Últimamente, la COVID-19 ha demostrado que la discriminacion racial en los sistemas de salud existe debido a las disparidades establecidas en puestos de trabajo, en viviendas y en estatus socioeconómico. Los estereotipos y los prejuicios históricos, a la par que las estadísticas fuera de contexto, pueden llevar a que el público general rechace aún más las comunidades racialmente marginadas.

Según la New England Journal of Medicine, las estadísticas de Wisconsin y Michigan de principios de abril demostraron que el porcentaje de gente de piel oscura afectado por la pandemia fue dos veces el porcentaje de gente de piel oscura en esa zona. En otras áreas también se han encontrado disparidades similares. Las epidemias pasadas y los desastres naturales sugieren que existe un patrón que demuestra que las comunidades que están marginadas socialmente sufrirán los que más. Sin embargo, mostrar cifras aisladas sobre cómo la COVID-19 afecta a las minorías raciales desproporcionadamente con la esperanza de aumentar la conciencia y combatir el racismo puede causar el efecto contrario: las estadísticas fuera de contexto pueden hacer que las personas se crean que las diferencias genéticas particulares de las minorías raciales las hacen más susceptibles a la enfermedad.

Las cifras dadas sin explicación también pueden llevar a la creación de estereotipos raciales sobre las personas de color. Por ejemplo, durante los brotes de tuberculosis del siglo XX en el sur urbano, los afroamericanos fueron descartados porque se creía que eran demasiado tercos para llevar una higiene adecuada. Se han creado estereotipos similares contra los asiáticos y latinoamericanos. Estos problemas con la falta de datos contextualizados pueden llevar a ignorar las disparidades raciales con la creencia de que las estadísticas más altas de la COVID-19 en las minorías raciales son innatas y no se pueden evitar. Los datos proporcionados sin un análisis adecuado pueden causar división geográfica y empeorar la marginación de las minorías raciales, según el sociólogo Loïc Wacquant. Wacquant hace referencia a este fenómeno como “estigmatización territorial”. En cuanto a cómo se aplica la estigmatización territorial a la pandemia de la COVID-19, los vecindarios que ya están sufriendo pueden sufrir aún más debido al monitoreo y escrutinio casi opresivo, el chivo expiatorio de los residentes locales o la alienación del público en general.[[1]](#footnote-0)

El Centro para el Control y la Protección de Enfermedades publicó un artículo que recopilaba múltiples fuentes para analizar las desigualdades raciales debido a la COVID-19. Como se indicaba en su artículo, las disparidades históricamente establecidas en las instituciones médicas contribuyen a tasas más altas de infección, hospitalización y muerte en BIOPIC. También son notables los efectos de los determinantes sociales en la COVID-19, cuyas ramificaciones se ven amplificadas por la raza. Factores como una mayor probabilidad de no tener seguro en los estadounidenses blancos no hispanos[[2]](#footnote-1), las barreras culturales o lingüísticas en la atención médica[[3]](#footnote-2), la falta de transporte accesible y la discriminación en los sistemas destinados a ayudar en la salud y el bienestar, contribuyen a tasas más altas de la COVID-19 en BIOPIC. Algunas minorías raciales también pueden desconfiar y evitar intencionalmente los sistemas de salud debido a la experiencia previa con desigualdades en el tratamiento, o por el contexto histórico de dichas desigualdades, como múltiples ejemplos de esterilización forzada en el campo médico o las mayores tasas de mortalidad materna en mujeres de color.[[4]](#footnote-3)

Las disparidades ocupacionales también juegan un papel en las desigualdades de la COVID-19. Ciertas minorías raciales o étnicas trabajan en sectores esenciales como el transporte público, granjas, fábricas, supermercados o centros de salud.[[5]](#footnote-4) Todos estos sectores están infravalorados, a pesar de ser considerados “trabajadores esenciales” en la pandemia, y por lo tanto conducen a condiciones laborales que generan un mayor riesgo de infección por la COVID-19. Muchos de estos trabajos involucran factores de alto riesgo de infección, como no poder tomar una licencia por enfermedad remunerada, requerir un contacto cercano con los consumidores u otros trabajadores, o carecer por completo de la capacidad para trabajar de forma remota. El 17% de los trabajadores negros trabajan en sectores de primera línea, y más del 25% trabaja en el sector del transporte público.

Debido a las barreras educativas, algunas minorías raciales pueden tener menos opciones laborales en el futuro, lo que también puede conducir a trabajos menos estables o con salarios más bajos. Un ejemplo de esta inestabilidad ocupacional quedó claro cuando la tasa de desempleo en aumento durante abril fue del 16,7% para los estadounidenses negros, mientras que fue del 14,2% para los estadounidenses blancos.[[6]](#footnote-5) Esta flexibilidad ocupacional limitada conduce a las disparidades ocupacionales antes mencionadas y, junto con las disparidades económicas, las minorías raciales se ven obligadas a aceptar trabajos que las colocan en mayor riesgo de contraer la COVID-19.

Por último, es más probable que las minorías raciales y/o étnicas permanezcan en condiciones de hacinamiento, lo que dificulta el seguimiento de medidas preventivas como el distanciamiento social. Del mismo modo, las tasas de desempleo desproporcionadas para BIOPIC debido a la COVID-19 conducen a mayores posibilidades de quedarse sin hogar, desalojo o compartir vivienda.[[7]](#footnote-6) [[8]](#footnote-7)

Los datos publicados por The Lancet procedentes de 50 estudios con 18.728.893 pacientes realizados tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido encontraron que las personas negras y asiáticas tienen una mayor probabilidad de contraer la COVID-19. Los datos también mostraron que las personas asiáticas pueden tener una mayor probabilidad de admisión a la UTI y muerte por la COVID-19 incluso con sexo / género, edad y condiciones coexistentes (pero estos estudios aún no han sido revisados por pares). En estos estudios, se encontró que las personas negras tenían el doble de probabilidades de estar infectadas con la COVID-19 en una proporción ajustada de grupo de 2.02: 1 en comparación con las personas blancas, mientras que las personas asiáticas y latinas también tenían más probabilidades de estar infectadas que las personas blancas a tasas de 1,61 y 1,77, respectivamente. Sobre las tasas de mortalidad y el origen étnico, los estudios mostraron que los individuos asiáticos tenían un mayor riesgo de muerte que los blancos en una proporción de 0,23: 0,22, pero cuando se revisó por pares, este aumento del riesgo se redujo. Los análisis ajustados no mostraron un mayor riesgo de muerte para las personas latinas o negras.[[9]](#footnote-8)

Los hallazgos de estos estudios implican que el impacto severo de la COVID-19 en las comunidades negras, latinas y asiáticas se debe en gran parte a la tasa de infección desproporcionada. Múltiples factores pueden explicar por qué existe un mayor riesgo de infección e incluso de muerte en estos grupos minoritarios. Las personas de origen asiático, latino y negro pueden vivir en hogares intergeneracionales. A partir de 2009, los estadounidenses de origen asiático constituían el 26% de los hogares intergeneracionales, los afroamericanos eran el 24% de los hogares intergeneracionales y los latinos el 23% de los hogares intergeneracionales, todo lo cual resultó en condiciones de vida de hacinamiento.[[10]](#footnote-9) Además, en el nivel socioeconómico más bajo entre estas minorías raciales aumenta la probabilidad de residencias con más instalaciones comunales o áreas compartidas. En una Encuesta de Población Actual de la Oficina de Estadísticas Laborales para el año 2018, la investigación mostró que los trabajadores negros tenían más probabilidades de estar en sectores que requerían una proximidad cercana a otros y una sujeción crónica a condiciones infecciosas.[[11]](#footnote-10) También se descubrió que los asiáticos tenían un mayor riesgo de infecciones mortales, incluso cuando se tuvieron en cuenta comorbilidades como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El informe más reciente del Centro Nacional de Auditoría e Investigación de Cuidados Intensivos mostró que los asiáticos y los negros fueron desproporcionalmente hospitalizados e internados en la unidad de Cuidados Intensivos.[[12]](#footnote-11)

Se ha demostrado que el racismo sistémico contribuye a las disparidades basadas en la raza en los datos clínicos de la COVID-19. El racismo existe a nivel individual, comunitario, organizacional e institucional, todo lo cual conduce a la discriminación, opresión y marginalización de las minorías étnicas. Aplicado a la asistencia sanitaria, esto provoca disparidades en el tratamiento y la atención, barreras para acceder a la atención, desconfianza y estrés psicosocial. Los poderes económicos y políticos han dado lugar a desigualdades raciales en el nivel socioeconómico y provocan tasas y riesgos más altos de infección, hospitalización y muerte. Como resultado, esta pandemia se convierte en un problema endémico tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido. [[13]](#footnote-12) [[14]](#footnote-13)

1. Chowkwanyun, Merlin, and Adolph L. Reed. “Racial Health Disparities and Covid-19 — Caution and Context.” *New England Journal of Medicine*, vol. 383, no. 3, 2020, pp. 201–203., doi:10.1056/nejmp2012910. [↑](#footnote-ref-0)
2. Institute of Medicine. 2002. *Care Without Coverage: Too Little, Too Late*. Washington, DC: The National [↑](#footnote-ref-1)
3. Institute of Medicine. 2003. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10260. [↑](#footnote-ref-2)
4. Pagán, Angélica Marie, et al. “Spring 2020 Journal: Mitigating Black Maternal Mortality.” Edited by Lisa McCorkell et al., *Berkeley Public Policy Journal*, 13 Apr. 2020, bppj.berkeley.edu/2020/04/13/spring-2020-journal-mitigating-black-maternal-mortality/. [↑](#footnote-ref-3)
5. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-4)
6. Gould, Elise, and Valerie Wilson. “Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus-Racism and Economic Inequality.” *Economic Policy Institute*, 1 June 2020, www.epi.org/publication/black-workers-covid/. [↑](#footnote-ref-5)
7. “Race And Education: How Race Affects Education.” *The Annie E. Casey Foundation*, 25 Nov. 2006, www.aecf.org/resources/race-matters-how-race-affects-education-opportunities [↑](#footnote-ref-6)
8. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-7)
9. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-8)
10. “Chapter 3: Demographics of Multi-Generational Households.” *Pew Research Center's Social & Demographic Trends Project*, 31 Dec. 2019, www.pewsocialtrends.org/2011/10/03/chapter-3-demographics-of-multi-generational-households/#race-and-ethnicity [↑](#footnote-ref-9)
11. “Composition of the Labor Force.” *U.S. Bureau of Labor Statistics*, U.S. Bureau of Labor Statistics, 1 Oct. 2019, www.bls.gov/opub/reports/race-and-ethnicity/2018/home.htm. [↑](#footnote-ref-10)
12. Richards-Belle, Alvin et al. “COVID-19 in critical care: epidemiology of the first epidemic wave across England, Wales and Northern Ireland.” *Intensive care medicine* vol. 46,11 (2020): 2035-2047. doi:10.1007/s00134-020-06267-0 [↑](#footnote-ref-11)
13. “Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups.” *Centers for Disease Control and Prevention*, Centers for Disease Control and Prevention, 24 July 2020, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html#fn19. [↑](#footnote-ref-12)
14. Sze, Shirley, et al. *Ethnicity and Clinical Outcomes in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis*, vol. 29, 12 Nov. 2020, doi:https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100630. [↑](#footnote-ref-13)