

## **Cómo garantizar la igualdad en la atención médica a miembros de minorías étnicas y raciales sin sucumbir a ideologías radicales**

*Por Mario J. Paredes*

*5/6/2022*

UN ILUSTRE MÉDICO HA DADO LA VOZ DE ALARMA sobre “el giro hacia la división y la discriminación” que, según él, ha tomado el sistema de salud de Estados Unidos. “En el centro de esta cuestión”, afirma el doctor Stanley Goldfarb en un artículo publicado en el *Wall Street Journal*, “se sitúa la acusación de que la atención sanitaria adolece de un problema de racismo sistémico, de que la mayoría de los médicos ejercen su labor prejuiciosamente y de que proveen una atención más deficiente a las personas pertenecientes a grupos minoritarios”.

El doctor Goldfarb, exdecano asociado del plan de estudios de Perelman School of Medicine, en la University of Pennsylvania, asevera que las culturas de concienciación y aniquilamiento sociales, “una ideología radical que ha corrompido la educación y la seguridad públicas”, ha empezado a infectar el campo de la atención médica.

Como prueba de ello, hace referencia a buena parte de los 2.700 artículos sobre “racismo y medicina” recientemente publicados que figuran en la base de datos de la National Library of Medicine. Según Goldfarb, estos estudios “generalmente se proponen mostrar que el prejuicio facultativo conlleva disparidades raciales en resultados médicos”.

Sin embargo, replica Goldfarb, “los estudios más comúnmente citados fueron chapuceramente elaborados y llegaron a conclusiones predeterminadas y sensacionalistas que no fueron respaldadas por los resultados obtenidos”. Habla en términos de “corrupción de la ciencia médica al servicio de una ideología política”.

Por el contrario, sus muchos años de ejercicio “como educador y facultativo” muestran ampliamente que “los facultativos se ocupan de atender las necesidades los pacientes sin reparar en el color de su piel”. Goldfarb agrega que “atacar a los médicos es peligroso. Socava la confianza de las minorías en los servicios médicos y perjudica la salud de todos”. Sin embargo, la “cruzada contra los profesionales sanitarios ya está en marcha”.

**WE CARE • NOS IMPORTAS • 關懷我們**

Por ejemplo, “las facultades de Medicina están preparando a sus alumnos para el activismo social a costa de la ciencia médica”; “las facultades de Medicina y las residencias están reduciendo sus estándares de admisión. Esto hará que disminuyan tanto el número de médicos talentosos como el número de pacientes que recibirán atención de alta calidad”. El hospital universitario de Harvard está adoptando una política de “atención preferencial basada en la raza” y los hospitales y doctores que “crean e implementan un plan antirracista” reciben “mayores tasas de reembolso del Medicare”.

No obstante, insiste Goldfarb, “no existe evidencia creíble que sustente la afirmación de que los médicos son racistas o de que los pacientes de grupos minoritarios se beneficiarán si la asistencia sanitaria se basa en la raza”.

Pero aunque muchos o incluso la mayoría de los doctores puedan estar de acuerdo con los argumentos de Goldfarb, el caso es que existe una significativa brecha entre la atención médica que reciben los estadounidenses blancos y acaudalados y la que reciben las personas de color, especialmente a la población pobre de estos grupos. Esta brecha ha sido puesta en evidencia por la pandemia. Esta anomalía debe ser reconocida y abordada.

Estudios realizados muestran que en el momento álgido de la pandemia, la probabilidad de morir a causa del coronavirus era aproximadamente un 350% mayor en la población negra que en la población blanca. En cuanto a la población hispana, el riesgo de morir era dos veces mayor que el de una persona blanca. Otros grupos minoritarios han sufrido desproporcionadamente durante la pandemia.

Problemas médicos como la diabetes, la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares son factores subyacentes que explican las altas tasas de morbilidad y mortalidad que han convertido a los miembros de grupos minoritarios en personas mucho más vulnerables al virus. En demasiados casos, estas enfermedades padecidas por personas pobres de grupos minoritarios sin seguro médico o con un seguro precario, o bien no son diagnosticadas o tratadas, o bien son tratadas con cuidados insuficientes o inconsistentes.

El sistema sanitario no atiende debidamente a las minorías, y las serias consecuencias de ello se ven reflejadas en el mundo de los seguros médicos. Diversos estudios realizados demuestran que la identidad racial está asociada a la carencia de un seguro. Así, las probabilidades de que las personas de grupos minoritarios de bajos recursos y mala salud carezcan de seguro médico son casi un 70 por ciento mayores que las probabilidades de que los blancos ricos y sanos no estén asegurados.

Por otro lado, las minorías étnicas y raciales que tienen un seguro están desproporcionadamente cubiertas por empleadores cuyos planes ofrecen una cobertura relativamente mala. Muchos de estos empleados no tienen derecho ni al Medicaid ni a recibir subsidios federales mediante la Ley de Asistencia Médica Asequible. Se ven obligados a contentarse con un seguro médico mediocre y a hacer frente a considerables gastos personales en caso de caer gravemente enfermos.

En la actualidad, la discriminación basada en la raza o la etnicidad es ilegal, pero en hospitales y en otras instituciones médicas siguen existiendo prácticas nefastas basadas en el tipo de seguro que cubre al paciente, una práctica que afecta desproporcionadamente a las comunidades no blancas.

Además, generalmente los estudios muestran que, en comparación con los blancos, los pacientes hispanos o negros tienen menos probabilidades de recibir cuidados cardiovasculares, trasplantes de riñón, pruebas para diagnosticar el cáncer de mama o de colon, tratamiento oportuno contra el cáncer, accidentes cerebrovasculares, tratamiento contra el dolor, atención preventiva de carácter general y cuidados de salud mental adecuados.

Esto resulta difícil de creer, pero hace poco, concretamente en 2016, un estudio concluyó que muchos alumnos de Medicina blancos creen que las personas negras poseen una mayor tolerancia al dolor que las personas blancas, bajo la suposición de que las personas negras tienen la piel más gruesa, terminaciones nerviosas menos sensibles o sistemas inmunitarios más fuertes. Estas chocantes creencias se remontan al siglo XIX y tienen sus raíces en el maltrato de esclavos africanos.

Contrariamente a lo que afirma el doctor Goldfarb, existen numerosos ejemplos de injusticia en la asistencia médica que perjudican a las minorías étnicas y raciales, aunque las soluciones eficaces no deban ser impulsadas por ideologías radicales y acusaciones de racismo sistémico.

Un gasto más sensato puede ser una parte importante de la solución a las desigualdades asistenciales, algo que ha quedado demostrado por el éxito de SOMOS Community Care. Se trata de una red formada por 2.500 facultativos independientes (la mayoría de los cuales son profesionales de atención primaria) que asisten a más de 700.000 personas entre los pacientes más pobres de la ciudad de Nueva York beneficiarios del Medicaid. La mayoría de ellos son personas de grupos minoritarios, hispanos, afroamericanos y asiático-americanos.

SOMOS inició su andadura en 2014 gracias a un innovador programa de Medicaid lanzado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, llamado Reforma del Sistema de Entrega de Pagos e Incentivos (DSRIP, por sus siglas en inglés). La DSRIP ha demostrado la viabilidad de reformar drásticamente el Medicaid tradicional, ofreciendo a los pacientes un cuidado médico de mayor calidad, incluido el cuidado preventivo, todo ello a un costo menor. No está nada mal.

Este modelo implica la colaboración de un facultativo dedicado. Esa dedicación es recompensada por la fórmula básica de la DSRIP: Pago Basado en el Valor Real (VBP, por sus siglas en inglés). El Medicaid tradicional —propenso al despilfarro y el fraude— remunera a los doctores por procedimientos menores, servicios prestados, visitas en consultorios, una prueba, etc. La fórmula VBP estipula que los doctores sean remunerados según los resultados médicos a largo plazo que obtengan los pacientes; cuanto mejor estén los pacientes, mayor la compensación para el médico. Por tanto, es necesario el fomento y la construcción de un plan de acción integral que aborde todas las necesidades de un paciente.

Entre esas necesidades, más allá de lo estrictamente médico, se encuentran las dictadas por factores sociales como la pobreza, el desempleo, la vivienda de bajos estándares, etc. Estos son conocidos como determinantes sociales de la salud y son un indicador clave de las necesidades y problemas de los pacientes, especialmente de los más vulnerables. Los doctores de SOMOS reciben la ayuda de equipos de los trabajadores comunitarios de la salud que se desplazan a los hogares de los pacientes y son los ojos y oídos de la comunidad.

Por otro lado, los doctores de SOMOS tienen una afinidad cultural y étnica con sus pacientes, en cuyos mismos vecindarios, en muchos casos, viven y trabajan.

En resumidas cuentas, cuando los doctores tienen un conocimiento íntimo de la vida de sus pacientes, se crea un genuino lazo de confianza entre ellos que se convierte en la clave de un buen tratamiento. Un testimonio de ese éxito es el ahorro de más de \$300 millones para los contribuyentes del Estado de Nueva York gracias a que los doctores de SOMOS reducen en un 25 por ciento las visitas a una sala de urgencias y las hospitalizaciones innecesarias.

Los doctores de SOMOS están cosechando las recompensas de su arduo esfuerzo, ya que los pacientes se mantienen en buen estado de salud gracias al excelente cuidado médico que brindan. Gastar de manera sensata es la clave de DSRIP, y SOMOS tiene grandes esperanzas de que la reforma pronto se ampliará para transformar la asistencia médica para las comunidades pobres de grupos minoritarios. Se puede lograr y el modelo de SOMOS puede ser adoptado en cualquier otro lugar del Estado de Nueva York e incluso a nivel nacional. Considerables ahorros y magníficos resultados representan un gran incentivo para que los gobiernos municipal, estatal y nacional se centren en gastar sensatamente. Este planteamiento es conducente a un activismo no ideológico.

Goldfarb insiste, y los doctores de SOMOS están de acuerdo, en que “no existe evidencia creíble que demuestre que los facultativos son racistas o que los pacientes de grupos minoritarios se beneficiarían si el sistema de salud tuviese una base racial”, agregando que “las acusaciones de racismo sin fundamento contribuyen a que los médicos se agoten laboralmente y se retiren anticipadamente, dificultando que los pacientes reciban asistencia, especialmente las personas de comunidades vulnerables.



**Mario J. Paredes**  
Chief Executive Officer  
mparedes@somoscommunitycare.org  
646.979.7613

Tales acusaciones también siembran una profunda desconfianza en los consultorios médicos, erosionando la relación paciente-doctor, que es crucial para obtener mejores resultados sanitarios”

Lo que fomenta el óptimo cuidado sanitario para las minorías vulnerables no depende de las fórmulas ideológicas que rigen la provisión de asistencia y la formación médica; el cuidado médico de calidad siempre dependerá de la bondad y la dedicación de los médicos.

*Mario J. Paredes es director ejecutivo de SOMOS Community Care, una red formada por 2.500 médicos independientes —la mayoría de los cuales son médicos de atención primaria— que asisten a casi un millón de los pacientes más vulnerables de la ciudad de Nueva York beneficiarios del Medicaid.*