



AMA Journal of Ethics[®]

Mayo de 2025, volumen 27, número 5: E325-332

EDUCACIÓN MÉDICA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Deberían las empresas de capital privado ser propietarias de plazas de residencia?

Mark Varvares, MD, Jad F. Zeitouni y Stacey Gray, MD

Resumen

Las estrategias de maximización de márgenes y obtención de ganancias de las empresas de capital privado (PE, por sus siglas en inglés) se centran en la adquisición, la propiedad a corto plazo y la venta de entidades del sector de la salud, incluidas las oportunidades en programas de residencia. La duración de la propiedad en las PE generalmente tiene tres propósitos: reducir personal, vender activos y refinanciar deuda. Sin embargo, el propósito de la educación médica de posgrado (GME, por sus siglas en inglés) es brindar oportunidades de aprendizaje y formación en diversos ámbitos clínicos, académicos, técnicos y de investigación. Este artículo ofrece ejemplos de la participación de las PE en la formación de residentes y sostiene que los propósitos de las PE y GME no solo entran en conflicto, sino que también generan inestabilidad en los entornos de aprendizaje de la educación médica de posgrado. Asimismo, este artículo expone las razones por las que la inversión de las PE en GME, incluida la propiedad de plazas de residencia, socava las obligaciones éticas y educativas de los centros académicos de salud con los residentes de sus programas de GME.

Propiedad de “plazas”

Durante 135 años, la educación de residentes de posgrado ha sido un componente fundamental de la extensa formación de los médicos, en la que un recién graduado se convierte en un médico en ejercicio.¹ Todo esto se ha desarrollado bajo la estricta supervisión de instituciones académicas de profesiones de la salud, cuya prioridad es la educación. Los objetivos de la residencia incluyen la formación de futuras generaciones de médicos con un enfoque principal en las habilidades clínicas, la ética, el ámbito académico y la investigación. A través de la exposición clínica durante su formación y el acompañamiento de sus docentes y colegas, se espera que los residentes se conviertan en médicos independientes. La enseñanza a los residentes se basa en la atención centrada en el paciente, que prioriza los resultados clínicos y brinda oportunidades de aprendizaje. Además, los residentes tienen tiempo protegido para la educación y la investigación.

La compra de “plazas” de residencia por parte de empresas de capital privado (PE) y otras entidades orientadas a la obtención de ganancias entra en conflicto directo con los objetivos antes mencionados. La explotación de las plazas de residencia como inversión socava la estabilidad de los programas de formación, debilitando la estructura tradicional de la educación en residencia. El objetivo de las PE es claro: adquirir una empresa, reducir costos, aumentar su valor y venderla en un plazo de 5 a 10 años.² Además, las empresas de PE cuentan con ventajas fiscales y carecen de ciertas regulaciones que se aplican a las empresas que cotizan en bolsa.² En los programas de residencia administrados por empresas de PE, existe la preocupación constante de cuándo, y no si, el hospital y el programa de formación serán vendidos a otra entidad con fines de lucro.

La mercantilización de las plazas de residencia por parte de las PE transforma estos espacios de aprendizaje en activos financieros, utilizados para transacciones o generación de ganancias, en lugar de considerarse una parte esencial de la educación médica y una inversión en el futuro del sistema de salud en Estados Unidos. Considerar a los residentes como activos o empleados en lugar de estudiantes puede generar efectos negativos, ya que se espera que aumenten los ingresos al maximizar el número de pacientes que atienden y el número de procedimientos en los que participan, en lugar de enfocarse en su formación. No es sorprendente que, debido al estrés financiero y laboral de los residentes, cada vez más instituciones sean testigos de un crecimiento en la sindicalización de los médicos en formación, con el objetivo de proteger sus prioridades.³ Además, si las empresas de PE son propietarias y operan hospitales con el fin de reducir costos y atender únicamente a pacientes con problemas menos complejos y, por lo tanto, menos costosos, los residentes en esas instituciones perderán la oportunidad de formarse en la atención de pacientes en estado crítico.⁴ Esta carencia podría afectar el desarrollo de sus habilidades y su capacidad para atender a estos pacientes una vez que finalicen su formación. De otras maneras, la orientación de las PE hacia la reducción de costos también podría generar desigualdades entre los programas administrados por empresas de PE y los que no lo están. Dado el énfasis de las PE en la reducción de costos, los residentes en instituciones administradas por las PE podrían contar con menos recursos y recibir menos orientación para brindar servicios de calidad. Cada uno de estos factores puede afectar la calidad de la educación y el desarrollo profesional de los médicos en formación, así como la calidad y el acceso a la atención que brindan en hospitales administrados por las PE.

Este artículo analiza la historia de los programas de residencia, su estructura y financiamiento actuales, el crecimiento de las PE en el sector de la salud y las razones por las que las empresas de PE no deberían ser propietarias de plazas de residencia.

Historia de los programas de residencia y su financiamiento

La estructura actual de la formación en residencias médicas en Estados Unidos se introdujo hace 135 años.¹ Los organismos acreditadores, la especialización y la subespecialización se establecieron en la primera mitad del siglo XX.⁵ El número de plazas de residencia creció exponencialmente tras la Segunda Guerra Mundial y, para 1975, los programas de residencia se habían convertido en el estándar para los estudiantes de medicina después de su graduación.⁵ Si bien la formación en residencia ha experimentado cambios, el principio de crear un entorno de formación cohesivo que enfatiza el aprendizaje a través de la participación en la atención al paciente se ha mantenido.

La mayoría de las plazas de formación para residentes son **financiadas por el gobierno federal**.⁶ Este financiamiento federal se ha proporcionado desde 1965, tras la creación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).⁷ En 2015, el gobierno federal asignó aproximadamente 15 mil millones de USD a la educación médica de posgrado (GME), siendo Medicare el principal proveedor de estos fondos (71 %).⁸ Medicaid contribuyó con un 16 %, mientras que la Administración de Salud para Veteranos representó el 10%.⁸ El apoyo restante proviene de diversas fuentes federales.⁸

Medicare impone límites a los pagos directos e indirectos a los hospitales universitarios.⁶ Según la Oficina de Responsabilidad del Gobierno de EE. UU., en 2018, el 70 % de los hospitales universitarios superaban al menos uno de estos límites y la mitad de los hospitales en condados con escasez de médicos superaban ambos.⁶ Estos sistemas de salud y hospitales recurrieron a otras fuentes de financiamiento, incluidas estatales y privadas, para financiar plazas de formación adicionales.⁶ El pago directo se basa en el número de médicos residentes de un hospital y el volumen de pacientes de Medicare, mientras que el pago indirecto se calcula en función de la proporción de médicos residentes respecto al número de camas hospitalarias para pacientes internados.⁷ En 2018, aproximadamente el 70 % de los hospitales universitarios y sistemas hospitalarios financiaron más plazas de residencia de las que les correspondían según la asignación de CMS, mientras que solo el 20 % de los hospitales financiaron menos de su asignación.⁶ Esta tendencia podría deberse, en parte, a la falta de crecimiento en el número de plazas de residencia financiadas por CMS, cuyo límite fue establecido por el Congreso en 1997, manteniéndose en los niveles de 1996.⁷ En 2020, el Congreso aprobó financiamiento federal para 1,000 nuevas plazas de

residencia, siendo la primera vez que CMS aumentaba el número de plazas financiadas desde 1997.⁷

El crecimiento lento del financiamiento gubernamental para residencias médicas nos lleva a cuestionar cómo entidades con fines de lucro y una perspectiva de corto plazo, como las empresas de PE, abordarían el financiamiento de residencias en un hospital o sistema hospitalario adquirido. Como se mencionó anteriormente, el modelo de las PE consiste en adquirir una empresa, aumentar sus ingresos, reducir costos, refinanciar deuda y luego venderla.⁹ Existe una preocupación legítima de que un hospital administrado por las PE recorte ciertos fondos destinados a las plazas de residencia, como aquellos destinados al enriquecimiento educativo y la actividad académica, con el objetivo de reducir costos. Además, las entidades administradas por las PE podrían buscar capitalizar las fuentes de financiamiento de la formación en GME maximizando el volumen de pacientes para aumentar sus ingresos. Deberíamos cuestionar si las entidades administradas por las PE deberían beneficiarse de las plazas de residencia financiadas por el gobierno, destinadas a la formación de futuros médicos, al tratarlos como mano de obra asequible para incrementar sus ganancias.

Crecimiento del capital privado en el sector de la salud

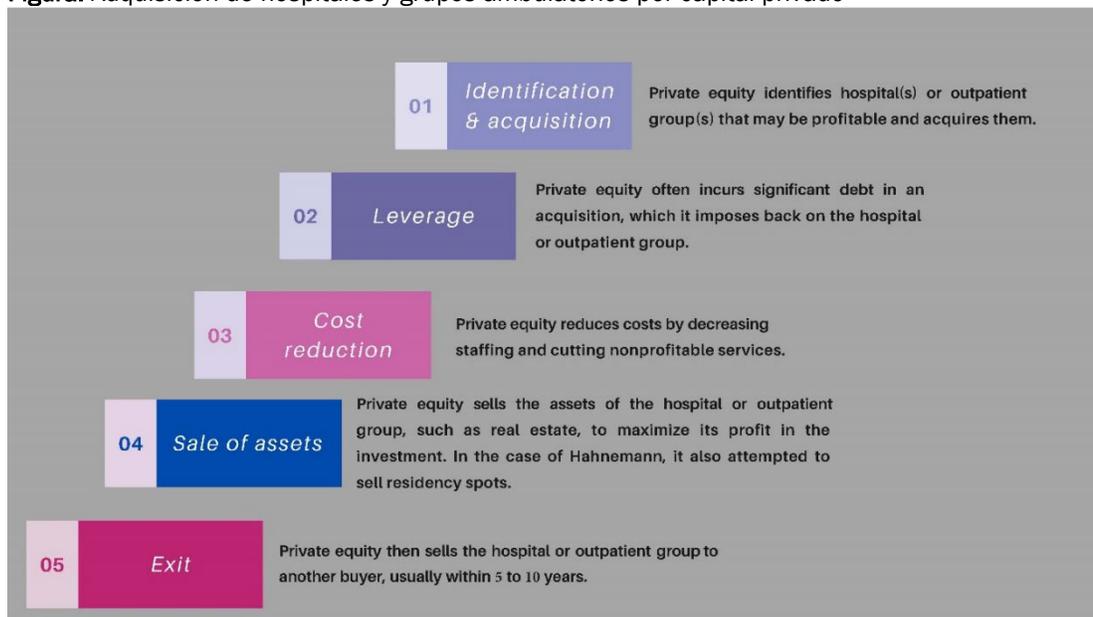
Antes de abordar la cuestión central sobre si las empresas de PE deberían ser propietarias de plazas de residencia, es importante analizar el crecimiento general de las PE en el sector de la salud. La inversión total de las PE en el sector ha aumentado de manera significativa en los últimos 25 años. En el 2000, la inversión de las PE en el sector de la salud ascendía a 5 mil millones de USD, cifra que se elevó a 100 mil millones en 2018 y alcanzó los 200 mil millones en 2021.^{10,11} Estas empresas invierten en diversas áreas del sector, incluidos hospitales, residencias de ancianos y clínicas.⁹ El número de adquisiciones de **consultorios médicos** ha aumentado de manera drástica (600 % entre 2012 y 2021), con una tendencia de las PE a enfocarse en especialidades lucrativas como dermatología, gastroenterología y oftalmología.^{10,11}

La propiedad de hospitales por parte de las PE ha sido aún más significativa. Actualmente, las empresas de PE poseen alrededor del 30 % de los hospitales con fines de lucro en Estados Unidos, lo que equivale a 460 hospitales.¹² La atención a los pacientes suele verse afectada en los hospitales administrados por las PE. Un estudio reciente publicado en *JAMA* encontró que las adquisiciones por parte de las PE se asociaban con un aumento del 25 % en la incidencia de eventos adversos hospitalarios, como caídas e infecciones, en comparación con hospitales de control.¹³ Además, estos hospitales suelen admitir a pacientes más jóvenes y con menor riesgo, mientras que transfieren a pacientes con casos más complejos a otras instituciones.¹³

Hahnemann como estudio de caso

Para adquirir hospitales y grupos de atención ambulatoria, las empresas de PE asumen una cantidad significativa de deuda, que luego transfieren a los hospitales o grupos ambulatorios adquiridos² (ver figura). Las empresas compradas mediante este tipo de adquisición apalancada tienen un riesgo 10 veces mayor de declararse en quiebra.² Ha habido varios casos notables de hospitales que, al verse abrumados por la deuda, han enfrentado escasez de suministros y personal, cierres e incluso el desmantelamiento sistemático de sus activos.^{14,15} La falta de personal puede sobrecargar aún más a los residentes en estos hospitales y afectar la calidad de la atención que brindan.¹⁶ Además, el cierre de hospitales no solo tiene un impacto devastador en las comunidades locales, sino que también interrumpe la formación médica de los residentes, dejando a los médicos en formación en una situación de incertidumbre respecto a su futuro educativo. Esto fue exactamente lo que ocurrió con el Hospital Hahnemann en Filadelfia, Pensilvania, un hospital que prestaba servicios principalmente a pacientes desatendidos cuya atención era cubierta por Medicare y Medicaid.

Figura. Adquisición de hospitales y grupos ambulatorios por capital privado



El Hospital Hahnemann enfrentó dificultades financieras durante décadas y fue adquirido por la empresa de salud con fines de lucro Tenet Health en 1998.¹⁷ En 2018, el hospital y sus 570 plazas de residencia fueron vendidos a una filial de Paladin Healthcare Capital, una empresa de PE especializada en hospitales pequeños, en asociación con una empresa de PE enfocada en bienes raíces.¹⁷ Esta adquisición generó sospechas de que el hospital había sido comprado con fines de reurbanización en lugar de mantenerlo como un hospital universitario esencial para la comunidad. El hospital se declaró en quiebra y cerró en 2019, aunque los bienes raíces no se incluyeron en el proceso de quiebra.¹⁷ Al mismo tiempo, la empresa de PE intentó vender las 570 plazas de residencia financiadas con fondos federales, eludiendo las regulaciones establecidas por los CMS.¹⁷ Inicialmente, un juez de quiebras aprobó la venta, pero ésta fue interrumpida tras una apelación de CMS.¹⁷

Este caso ilustra los efectos negativos de las PE tanto en la comunidad como en los médicos en formación. Hasta donde sabemos, es el único caso documentado en el que una empresa de PE ha sido propietaria total de plazas de residencia. Sin embargo, a medida que las PE continúan expandiendo su participación en hospitales y grupos ambulatorios, es probable que su influencia en la formación de residentes también aumente. Estas interacciones pueden variar desde la administración y propiedad directa de plazas de residencia, como sucedió en Hahnemann, hasta rotaciones cortas de residentes (de 1 a 2 meses) en hospitales o clínicas administradas por las PE. El caso de Hahnemann resalta el conflicto ético entre las PE y la formación en residencias médicas. En lugar de considerar las plazas de residencia como una responsabilidad que debía protegerse para garantizar la continuidad de la educación de los médicos en formación, la empresa de PE intentó utilizarlas como un activo financiero en su proceso de quiebra, asegurándose al mismo tiempo de retener la propiedad del terreno donde se ubicaba Hahnemann. Los médicos en formación deberían contar con estabilidad en sus programas de residencia y estar protegidos de situaciones que puedan afectar el desarrollo de su formación. La empresa de PE traicionó esa confianza.

Tras el cierre de Hahnemann, la American Medical Association solicitó mayores protecciones para los médicos en formación, una supervisión más estricta de los cierres hospitalarios y políticas para el cierre de centros clínicos.¹⁸ La American Academy of Family Physicians también pidió una regulación más rigurosa y mayor supervisión de las residencias financiadas por las PE.¹⁹ Asimismo, el presidente del Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) y otros autores abordaron el caso de Hahnemann en un comentario publicado en *Academic Medicine*.²⁰ En este comentario, se presentó el plan del ACGME para enfrentar futuros cierres, incluidos la recopilación de opiniones de los residentes sobre cómo proteger su bienestar en situaciones similares a la de Hahnemann y el desarrollo de herramientas y protocolos para mitigar futuras interferencias en la

educación médica de posgrado.²⁰ Sin embargo, el comentario evitó abordar directamente el rol de las PE en estos problemas.

El ACGME, no obstante, debería abordar directamente la influencia de las PE. Dentro de los principios del ACGME se encuentran el avance de la educación médica de posgrado en sistemas de salud que respondan equitativamente a las necesidades de las comunidades locales y regionales, así como la formación de residentes y médicos en formación que prioricen el bienestar de sus pacientes y comunidades.²¹ El cierre de Hahnemann es una clara ilustración del conflicto entre las PE y la visión del ACGME. La empresa de PE tomó la decisión estratégica de cerrar un hospital de red de seguridad social que atendía a una comunidad desatendida, priorizando las ganancias sobre las necesidades de salud de la comunidad y contradiciendo directamente el principio de **garantizar una atención médica equitativa**.

Formación médica de posgrado y capital privado

Hasta donde sabemos, existe poca literatura que analice o discuta el impacto de las empresas de PE en la administración de hospitales universitarios y la formación de sus residentes. Hahnemann era un hospital de gran tamaño con un número considerable de plazas de formación, y estas plazas de GME estuvieron en venta menos de dos años después de la adquisición del hospital por parte de las PE. Existen numerosos sistemas hospitalarios grandes y universidades que operan bajo un mismo programa de GME. Estos sistemas pueden contar con cientos o incluso miles de plazas de residencia. Es poco probable que el liderazgo de las PE esté adecuadamente preparado o sea competente para administrar un sistema hospitalario con una gran cantidad de residencias financiadas por Medicare. A diferencia de la administración tradicional de los hospitales, cuyos miembros suelen tener experiencia en medicina académica, los ejecutivos de las PE abordan la atención médica principalmente desde una perspectiva financiera. Esta desconexión los deja sin la preparación necesaria para manejar los complejos requisitos de los programas de residencia, que incluyen los estándares de acreditación, la gestión de la educación médica y el equilibrio entre el servicio y la enseñanza, todos ellos componentes esenciales para la administración de un hospital universitario.

Existen algunos ejemplos de médicos en formación que han trabajado en consultorios clínicos administrados por las PE, particularmente en dermatología. Una gran parte de los consultorios clínicos utilizados en la residencia de dermatología del Kansas City University of Medicine and Biosciences Graduate Medical Education Consortium son consultorios de dermatología administrados por una PE. La empresa propietaria de estos centros ofrecía a los residentes un estipendio de 10,000 USD y la opción de un préstamo anual de 30,000 USD, que debía ser reembolsado al finalizar la formación o condonado si los médicos en formación firmaban un contrato con el consultorio de dermatología respaldado por la PE.²² Sin embargo, este programa ya no está en funcionamiento. Las PE también puede proporcionar incentivos financieros a las instituciones académicas. En 2019, el Rush University Medical Center acordó una afiliación clínica y académica con un gran grupo de dermatología respaldado por una PE a cambio de una participación en la propiedad del grupo.²³

Ambos ejemplos muestran cómo las PE ofrece incentivos financieros tanto a las instituciones académicas como a los médicos en formación para participar en programas de residencia respaldados por PE. Si los médicos en formación trabajan en hospitales y consultorios clínicos administrados por una PE, es fundamental que la formación en residencia sea administrada exclusivamente por instituciones académicas con una supervisión rigurosa de la calidad. Además, el gobierno debería regular la relación financiera que las instituciones académicas pueden tener con las PE, así como supervisar estrictamente los salarios y beneficios que una empresa de las PE puede ofrecer a los médicos en formación.

Discusión y conclusión

El impacto negativo de las empresas de PE en el sector de la salud y en la educación GME es evidente. Las empresas de PE han demostrado que consideran las plazas de residencia como activos comerciales sujetos a transacciones financieras, sin tomar en cuenta la progresión en la formación de los residentes ni las comunidades a las que sirven. Además, han utilizado incentivos financieros para atraer a residentes a rotar en sus consultorios clínicos con fines de reclutamiento. La propiedad de las PE representa una amenaza para la formación de residentes a través de

múltiples mecanismos: la escasez crónica de personal que compromete la supervisión, la reducción de la exposición a pacientes con cuadros clínicos complejos, la disminución de oportunidades educativas y académicas debido a recortes presupuestarios, y un enfoque en la generación de ingresos que socava la misión educativa.

Es necesario fortalecer la regulación y la **legislación** para monitorear la creciente influencia de las PE en el sector de la salud, incluida la formación en residencias médicas. Los objetivos de la formación en residencia y los de las PE no coinciden. La formación médica debe llevarse a cabo en un entorno estable, donde el enfoque esté en el aprendizaje, el crecimiento profesional y la atención centrada en el paciente. Las PE no proporcionan esta estabilidad, debido a su enfoque en plazos de salida cortos y su tendencia a cerrar o endeudar hospitales. En los hospitales administrados por las PE, el ambiente de formación no está orientado al aprendizaje, sino a la maximización de ingresos y reducción de costos. Además, estos hospitales pueden enfrentar dificultades para enseñar a los médicos en formación a brindar atención centrada en el paciente, dada su mayor incidencia de eventos adversos,¹³ el exceso de carga laboral del personal y su preferencia por especialidades más lucrativas.^{10,11}

En términos generales, se ha demostrado que las PE impactan negativamente el sector de la salud. El caso del Hospital Hahnemann dejó en evidencia que la empresa de PE no tenía un verdadero compromiso con la comunidad, los médicos ni los residentes. Las plazas de residencia fueron tratadas como activos comerciales y estuvieron a punto de ser subastadas en un tribunal de quiebras. Las plazas de residencia nunca deberían considerarse un activo destinado a generar ingresos, sino una responsabilidad para formar a la futura fuerza laboral médica. Si el objetivo del programa de formación es simplemente contribuir a las ganancias financieras, la formación de los médicos se verá afectada y la calidad de la atención médica en el futuro se verá vulnerada .

References

1. The history of residency—and what lies ahead. American Medical Association. November 19, 2014. Accessed November 11, 2024. <https://www.ama-assn.org/education/improve-gme/history-residency-and-what-lies-ahead>
2. Cai C, Song Z. A policy framework for the growing influence of private equity in health care delivery. *JAMA*. 2023;329(18):1545-1546.
3. Zeitouni F, Attaluri PK, Wirth PJ, Shaffrey EC, Rao V. State of physician unionization. *J Surg Educ*. 2024;81(7):929-937.
4. Tkacik M. Private equity gloats over a doctor glut. *The Lever*. May 20, 2022. Accessed December 7, 2024. <https://www.levernews.com/private-equity-gloats-over-a-doctor-glut/>
5. Stern AM, Markel H. A historical perspective on the changing contours of medical residency programs. *J Pediatr*. 2004;144(1):1-2.
6. Rosenberg M. Physician workforce: caps on Medicare-funded graduate medical education at teaching hospitals. US Government Accountability Office; 2021. GAO-21-391. Accessed April 8, 2024. <https://www.gao.gov/assets/gao-21-391.pdf>
7. Chen JX, Shah SA, Rathi VK, Varvares MA, Gray ST. Graduate medical education in otolaryngology: making dollars and sense of reform. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2021;165(6):762-764.
8. Physician workforce: HHS needs better information to comprehensively evaluate graduate medical education funding. US Government Accountability Office. March 9, 2018. GAO-18-240. Accessed April 8, 2024. <https://www.gao.gov/products/gao-18-240>
9. Morran C, Petty D. What private equity firms are and how they operate. *ProPublica*. August 3, 2022. Accessed April 8, 2024. <https://www.propublica.org/article/what-is-private-equity>
10. Blumenthal D. Private equity's role in health care. The Commonwealth Fund. November 17, 2023. Accessed April 9, 2024. <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/nov/private-equity-role-health-care>
11. Matthews S, Roxas R. Private equity and its effect on patients: a window into the future. *Int J Health Econ Manag*. 2023;23(4):673-684.
12. PESP Private Equity Hospital Tracker. Private Equity Stakeholder Project. Accessed March 25, 2025. <https://pestakeholder.org/private-equity-hospital-tracker/>
13. Kannan S, Bruch JD, Song Z. Changes in hospital adverse events and patient outcomes associated with private equity acquisition. *JAMA*. 2023;330(24):2365-2375.

14. Garber J, Daniels I. Steward implosion provides cautionary tale on private equity in health care. Lown Institute. March 19, 2024. Accessed April 8, 2024. <https://lowninstitute.org/steward-implosion-provides-cautionary-tale-on-private-equity-in-health-care/>
15. Elkind P, Burke D. Investors extracted \$400 million from a hospital chain that sometimes couldn't pay for medical supplies or gas for ambulances. *ProPublica*. September 30, 2020. Accessed April 8, 2024. <https://www.propublica.org/article/investors-extracted-400-million-from-a-hospital-chain-that-sometimes-couldnt-pay-for-medical-supplies-or-gas-for-ambulances>
16. Landman K. The profit-obsessed monster destroying American emergency rooms. *Vox*. October 3, 2024. Accessed December 7, 2024. <https://www.vox.com/health-care/374820/emergency-rooms-private-equity-hospitals-profits-no-surprises>
17. D'Mello K. Hahnemann's closure as a lesson in private equity healthcare. *J Hosp Med*. 2020;15(5):318-320.
18. Murphy B. Address private equity's growing impact on residency training. American Medical Association. November 16, 2022. Accessed April 10, 2024. <https://www.ama-assn.org/education/gme-funding/address-private-equity-s-growing-impact-residency-training>
19. Graduate medical education financing policy. American Academy of Family Physicians. October 2023. Accessed January 27, 2025. <https://www.aafp.org/about/policies/all/graduate-medical-education-financing.html>
20. Nasca TJ, Johnson PF, Weiss KB, Brigham TP. Elevating resident voices in health systems change: lessons from the closure of Hahnemann University Hospital. *Acad Med*. 2020;95(4):506-508.
21. Mission, vision, and values. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Accessed October 25, 2024. <https://www.acgme.org/about/overview/mission-vision-and-values>
22. Konda S, Francis J, Motaparathi K, Grant-Kels JM; Group for Research of Corporatization and Private Equity in Dermatology. Future considerations for clinical dermatology in the setting of 21st century American policy reform: corporatization and the rise of private equity in dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(1):287-296.e8.
23. Konda S, Patel S, Francis J. Private equity: the bad and the ugly. *Dermatol Clin*. 2023;41(4):597-610.

Mark Varvares, MD es profesor William W. Montgomery/John W. Merriam y presidente del Departamento de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza y Cuello en la Facultad de Medicina de Harvard y en Mass General Brigham en Boston, Massachusetts. Sus intereses de investigación incluyen la oncología de cabeza y cuello, específicamente cómo la patología quirúrgica de los tumores en esta región influye en la supervivencia y en los resultados funcionales tras la cirugía por cáncer oral. Además, está interesado en las políticas de salud y el acceso a la atención médica.

Jad F. Zeitouni es estudiante de cuarto año en la Facultad de Medicina del Texas Tech Health Sciences Center en Lubbock. También es investigador en el Massachusetts Eye and Ear Hospital y próximamente será estudiante de maestría en salud pública (MPH, por sus siglas en inglés) en la Harvard T.H. Chan School of Public Health. Sus intereses de investigación incluyen la inequidad en salud en el campo de la otorrinolaringología, la vacunación contra el VPH en Estados Unidos y las políticas de salud.

Stacey Gray, MD es profesora asociada Walter Augustus Lecompte de Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y Cuello, vicepresidente de educación en otorrinolaringología y directora del programa de residencia en la Facultad de Medicina de Harvard, en Boston, Massachusetts. También es vicepresidente de educación en otorrinolaringología y directora del Sinus Center en el Massachusetts Eye and Ear Hospital. Su investigación se centra en la mejora de los resultados en pacientes con trastornos rinológicos o de la base del cráneo complejos. Asimismo, está interesada en la mejora de la educación en residencias médicas.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(5):E325-332.

DOI

10.1001/amajethics.2025.325.

Conflict of Interest Disclosure

Dr Gray reported receiving royalties from a textbook. Coauthors disclosed no conflicts of interest.

The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.