



AMA Journal of Ethics®

Marzo de 2022, Volumen 24, Número 3: E194-200

EDUCACIÓN MÉDICA: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

Un enfoque abolicionista hacia la educación médica antirracista

Betial Asmerom, Rupinder K. Legha, MD, Russyan Mark Mabeza y Vanessa Nuñez

Resumen

La educación médica se encuentra limitada al modelo biomédico, mientras que omite el discurso crítico sobre el racismo, el daño que causa a los pacientes minoritarios y el fundamento y complicidad de la medicina en la historia de perpetuar el racismo. En un contexto de resistencia histórica por parte de los líderes de la educación médica, los estudiantes de medicina continúan militando por la necesidad del antirracismo en la medicina. Este artículo destaca un esfuerzo curricular antirracista dirigido por estudiantes de medicina que va más allá de un modelo biomédico y utiliza la abolición como marco de referencia en el proceso de creación, el contenido en sí mismo y el reflejo repetitivo a través de un mayor estudio y difusión.

La American Medical Association indica que esta actividad de EMC basada en publicaciones tendrá un máximo de 1 AMA PRA Category 1 Credit™ disponible mediante el AMA Ed Hub™. Los médicos deberán solicitar solo el crédito proporcional a su participación en la actividad.

Necesidad del antirracismo en la educación médica

En 1971, Rodney G. Hood, uno de los primeros estudiantes negros de medicina en la Universidad de California en San Diego, protestó por la conferencia de un profesor de psicología sobre la inferioridad intelectual de los negros.¹ El disertante afirmó falsamente que debido a que el cociente intelectual (CI) eurocéntrico era heredado, educar a los negros era un desperdicio de recursos. La administración de la universidad de medicina le dijo al futuro Dr. Hood que el profesor tenía derecho a hacerlo debido a la “iluminación científica y la libertad de expresión”.¹

Cincuenta años después, los estudiantes de medicina de color continúan enfrentándose al mismo racismo y supremacía blanca que experimentó Hood.² El racismo, un sistema que estructura las oportunidades y asigna valor en base a la raza,³ avala la **baja representación de los grupos minoritarios** en la medicina,^{4,5} calificaciones y evaluaciones desiguales,^{6,7,8} y su exclusión de las sociedades de honor.⁹ La supremacía blanca, un sistema político, económico y cultural en el que las personas blancas controlan de manera abrumadora el poder y los recursos materiales, afirma la superioridad blanca en todo momento.¹⁰ Una manifestación importante de la supremacía blanca es la abrumadora presencia blanca en posiciones de liderazgo en la educación médica, desde los decanos de las facultades de medicina¹¹ hasta los editores de publicaciones.¹²

La educación médica perpetúa el racismo al tratar la raza como algo determinado de manera biológica más que como una construcción social, al afirmar que los negros, los indígenas y las personas de color (BIPOC, por sus siglas en inglés) son **biológicamente diferentes**, inusuales o inferiores y permanecen cómplice de la medicina en las desigualdades raciales generalizadas en materia de salud.^{13,14,15,16} Cuando los estudiantes mencionan el racismo en las instituciones médicas, la hegemonía blanca del liderazgo médico silencia sus voces de innumerables maneras, los aplaca sin comprometerse con un cambio estructural real, controlando los esfuerzos antirracistas y manipulándolos psicológicamente (mediante *gaslighting*) ante sus experiencias vividas. Los estudiantes no pueden depender de las facultades de medicina para obtener la educación médica antirracista que se merecen.

Plan de estudios antirracista

En 2020, a través de una subvención del Instituto de Líderes Emergentes de la Academia Estadounidense de Médicos de Familia a uno de los autores (RMM), nosotros, como colectivo, decidimos crear contenido curricular médico antirracista que fuera accesible para cualquier estudiante, profesional de la salud o institución a nivel nacional que quisiera participar en la lucha antirracista. Utilizamos nuestras experiencias vividas como personas negras, punjabi-sikh, filipinas y mexicano-americanos que han soportado el racismo para crear la educación antirracista que nosotros y nuestras comunidades merecemos. Nuestro objetivo es educar a una nueva generación de médicos y reeducar a los médicos que han dañado a nuestros familiares a través del racismo con el que mediaron personalmente y la complicidad con la que participaron con el racismo sistémico.

Nuestro contenido y procesos fueron arraigados en la *abolición*, un término que se aplicó históricamente al movimiento para acabar con la esclavitud y, más recientemente, al movimiento para vencer el complejo industrial carcelario.¹⁷ Como escriben Iwai, Kahn y DasGupta: la medicina de la abolición “cuestiona las estructuras ascendentes que permiten la violencia derivada, como la brutalidad policial”.¹⁸ Reimagina “el trabajo de la medicina... como una práctica antirracista” al abolir las herramientas de diagnóstico y las directrices de tratamiento que refuerzan la raza biológica, exige la desegregación de la profesión médica y demanda reparaciones para las comunidades devastadas por la experimentación médica.¹⁸

Abolición en el proceso de desarrollo curricular. Arraigar nuestro proceso en la abolición se centró en rechazar la cultura de la supremacía blanca central para la formación médica¹⁹ y fomentar la solidaridad colectiva para reforzar nuestros esfuerzos compartidos. En lugar de perseguir la perfección con urgencia, construimos una cultura de apreciación y aprendizaje compartido y priorizamos las pausas reflexivas. En lugar del individualismo, abrazamos nuestra pluralidad, lo que nos permitió ilustrarnos unos a otros en puntos que de otra manera hubieran permanecido oscuros. No nos alejamos de nuestras tensiones y, en cambio, nos sumergimos en los conflictos dentro y entre nosotros. Honramos las distintas realidades que durante tanto tiempo han sido borradas por la “objetividad” y el culto a lo cuantificable y a la palabra escrita.

Primero éramos humanos, comenzamos nuestras reuniones controlándonos emocionalmente antes de profundizar en nuestro trabajo, creando así un espacio para el dolor, la frustración y la ansiedad. Establecimos un sistema continuo y dinámico de consentimiento informado para el trabajo emocional y espiritual que requiere el antirracismo. Este proceso de consentimiento informado incluyó revisar periódicamente nuestra participación individual en el proyecto, reflexionar sobre si nuestro esfuerzo se sentía vital o agotador y determinar si deseábamos continuar o tomar un descanso. Especificamos los puntos de la agenda antes de cada reunión, lo que permitía a los participantes ir y venir según fuera necesario. Replicamos este enfoque en nuestro plan de estudios, que describe cómo crear un entorno de aprendizaje seguro que aliente a los estudiantes a alejarse según sea necesario. A medida que las personas iban y venían

debido a las tragedias de la vida, hicimos todo lo posible por ser cariñosos y acogedores, no punitivos. Con relaciones basadas en la **confianza colectiva**, evitamos la asistencia obligatoria para minimizar una carga a las minorías y alentamos a las personas a participar según lo permitieran sus posibilidades. Al eliminar la jerarquía y centrar el proceso sobre el producto, comenzamos nuestra separación de la cultura de la supremacía blanca que adoctrinó nuestra formación médica.

Abolición en los contenidos curriculares médicos. La mayoría de los planes de estudio de la educación médica de pregrado se basan en el marco biomédico, el cual incluye de manera variable datos de disparidades de salud, principios de ciencias sociales y, en raras ocasiones, teoría crítica de la raza. Estas limitaciones se magnifican en la educación médica de posgrado, en la que el tiempo didáctico es limitado. En lugar de reformar los planes de estudio fundamentalmente fallidos que existen, redirigimos nuestra energía hacia la creación de algo radical, audaz y nuevo.

Comenzamos rechazando los marcos sanitizados y justificativos que centran la comodidad y la pasividad de los blancos, como ser los de *disparidades raciales* y *competencia cultural*. En cambio, arraigamos nuestro trabajo en la abolición, la teoría crítica de la raza y la descolonización para enfatizar la cotidianeidad, toxicidad y productividad del racismo y la supremacía blanca para aquellos en el poder (ver **Apéndice Complementario**). Estos marcos radicales, que explicamos uno por uno en el propio plan de estudios, nos guiaron a resaltar la lógica carcelaria que impregna nuestra profesión de "cuidadores". Esta lógica incluye lenguaje punitivo, degradante y que culpa al paciente, como "desobediente", y los vínculos directos de la atención clínica con instituciones como la policía y el sistema de bienestar infantil. Declarar explícitamente esta lógica y conectarla con los profundos lazos de la profesión con la esclavitud nos ayudó a eliminar los eufemismos que oscurecían la violencia racista que mató a la Dra. Susan Moore y a Daniel Prude.^{20,21}

Cada uno de nosotros dirigió el desarrollo de un módulo basado en un sistema de órganos. Individualmente, buscamos los materiales que quedaban de nuestra educación médica. Recopilamos historias y datos que demuestran décadas de abuso a las personas de color por parte de profesionales médicos y cómo la medicina ha perpetuado la opresión de nuestras comunidades. Cada módulo identifica las desigualdades raciales clave relacionadas con el sistema de órganos en cuestión y desentraña cómo se derivan del racismo estructural y la supremacía blanca institucionalizada forjada por el legado de la esclavitud y el **colonialismo de asentamiento**. Juntos, reflexionamos sobre la evidencia e identificamos cuatro temas generales que impregnan todos los módulos: segregación y racismo estructural, esencialismo racial y racismo institucionalizado, abuso médico y racismo promovido personalmente y, por último, medicina y el estado carcelario. Cerramos cada módulo destacando amplias estrategias antirracistas (clínicas, investigación, de otro tipo) para desafiar y desmantelar las prácticas racistas.

Un caso clínico tejido a lo largo de cada módulo hace palpable la brutalidad del racismo y la supremacía blanca. Uno de los módulos describe las experiencias de X, unx niñx de 17 años que se identifica como género no binarix y birracial maya-haitianx. Fue llevadx al departamento de emergencias psiquiátricas por la policía mediante una sujeción de cuatro puntos después de que sus padres declararon que hizo comentarios suicidas. El módulo utiliza elementos de la historia de X para resaltar la coerción clínica y el abuso racista al que se enfrentan las personas de color dentro del sistema de "atención" médica. La historia de X proporciona un punto de entrada al impacto de largo alcance de las escuelas segregadas y el legado de sobrepatologizar la angustia emocional de las BIPOC en respuesta al racismo, la supremacía blanca y otros sistemas de opresión. Este enfoque basado en la narrativa introduce humanidad en las estadísticas y nos protege contra la intelectualización y otras maniobras defensivas que impiden que los estudiantes se impliquen en el racismo y otras

formas de opresión. El mensaje para los alumnos es claro: esta es tu historia y tu realidad, también: o eres parte del problema o te comprometes a ser parte del esfuerzo de cambio.

Este contenido confronta los rechazos de la supremacía blanca, es decir, su tolerancia a la violencia y la explotación perpetuas y su complacencia frente a una historia de opresión racial que continúa dando forma al presente.²² Hace visible la invisibilidad de la presencia blanca para resaltar su papel en la defensa del racismo médico y la prevención del cambio antirracista. Estos módulos rechazan limitar el antirracismo a una charla para la hora del almuerzo o una sola conferencia. Tienen varias horas de duración y requieren medio día o más, los módulos son emocionalmente exigentes e intelectualmente provocativos para alentar el cuestionamiento, en lugar de la aceptación ciega de la ciencia como verdad objetiva. Como tal, una cantidad significativa de la enseñanza se centra en crear el espacio óptimo para el aprendizaje transgresor. Además, un módulo de introducción detallado proporciona una visión general de los términos clave (por ejemplo, antirracismo, opresión, esencialismo racial), marcos de referencia (por ejemplo, teoría crítica de la raza) y los cuatro temas principales que impregnan los módulos.

Abolición en la práctica clínica. Nuestro objetivo principal para este plan de estudios es posicionar a los estudiantes para deshacer el racismo dentro de la atención médica tan pronto como salen por la puerta, mientras anticipan la reacción violenta de la supremacía blanca en el camino. Al aumentar su conciencia de las creencias, historias, políticas y estructuras racistas en las que nosotros, como profesionales de la salud, somos cómplices, el plan de estudios cultiva las habilidades de los estudiantes de convertir a sus instituciones de origen en antirracistas. El caso de X, por ejemplo, demuestra cómo los médicos pueden prevenir la inyección forzada de medicamentos para la “agresión”, conectar a las familias con alternativas comunitarias distintas a llamar a la policía y redactar cartas de apoyo escolar convincentes para mitigar el riesgo de daño, violencia y castigo contra X por parte del sistema de atención médica y otras instituciones.

Si nos mantenemos autorreflexivos, reconocemos que la abolición, parafraseando a Mariame Kaba²³, es una serie de un millón de experimentos diferentes cada día y que estamos destinados al fracaso. De manera similar a cómo continuamos evaluando, ajustando y refinando nuestros módulos, hacemos lo mismo con nuestro proceso de creación e implementación colaborativa.

En la iteración inicial de nuestro proyecto, nuestras perspectivas eran limitadas en función de nuestras posiciones privilegiadas dentro de la medicina académica. Reconociendo la oportunidad que perdimos, ahora invitamos a los miembros de la comunidad y a los pacientes a participar en el proceso de creación de módulos. La forma abolicionista de enseñar significa cambiar el guión y permitir que los pacientes guíen nuestro aprendizaje, para variar, y disolver el paternalismo para que podamos extender la solidaridad y construir un movimiento.

A medida que avanzamos hacia la fase de difusión e implementación de nuestra innovación, ahora enfrentamos el desafío de llevar un plan de estudios antirracista con una orientación abolicionista al sistema de opresión que nunca habría tolerado su creación. Continuamos sopesando los riesgos y beneficios de la participación organizacional y la investigación formalizada, sabiendo que muchos aspectos de la torre de marfil son diametralmente opuestos a la equidad y la justicia. Cuestionamos los procesos mediante los cuales estos materiales serían “examinados” por profesores y organizaciones profesionales moldeados por los sistemas de opresión que buscamos dismantelar. Al tiempo que cuestionamos las vías a través de las cuales difundimos este trabajo, nos negamos a diluir el mensaje de nuestro plan de estudios o modificarlo para que se ajuste a la realidad de la supremacía blanca en aras de su aceptación. Como reconocemos que la aceptación puede ser un desafío para un plan de estudios antirracista recién imaginado, nos asociamos con una

facultad de medicina para garantizar su aplicación práctica. Lejos de ser olvidado, el legado y las lecciones de Hood perduran en nuestra conciencia y estrategia 50 años después.

Conclusión

Kwame Ture dijo una vez: “Cuando ves a la gente llamarse revolucionarios siempre hablando de destruir, destruir, destruir, pero nunca hablar de construir o crear, no son revolucionarios. No entienden nada sobre la revolución. Se trata de crear”.²³ Es con este espíritu de reimaginación y creación que invitamos a la transformación abolicionista de la educación médica antirracista.

Es la experiencia de los estudiantes y miembros de la comunidad BIPOC, no la de los profesores o administradores, que impulsa la transformación en la educación médica. Instamos a los estudiantes BIPOC a que tomen asiento en las mesas que construyen fuera de la casa de la medicina. El daño prevenido, la solidaridad cultivada, la visión radical nutrida y el movimiento avanzado cuando los estudiantes de medicina de ideas afines se unen no solo vale la pena, sino que es absolutamente necesario. Y no podemos perder más tiempo.

References

1. Hood RG. Commentary: I experienced racism at UCSD medical school 50 years ago. There's still work to do. *San Diego Union Tribune*. July 7, 2020. Accessed April 25, 2021. <https://www.sandiegouniontribune.com/opinion/commentary/story/2020-07-07/ucsd-medical-school-racism>
2. Hlavinka E. Racial bias in Flexner Report permeates medical education today. *MedPage Today*. June 18, 2020. Accessed April 25, 2021. <https://www.medpagetoday.com/publichealthpolicy/medicaleducation/87171>
3. Jones CP. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. *Am J Public Health*. 2000;90(8):1212-1215.
4. Talamantes E, Henderson MC, Fancher TL, Mullan F. Closing the gap—making medical school admissions more equitable. *N Engl J Med*. 2019;380(9):803-805.
5. Lett LA, Murdock HM, Orji WU, Aysola J, Sebro R. Trends in racial/ethnic representation among us medical students. *JAMA Netw Open*. 2019;2(9):e1910490.
6. Ross DA, Boatright D, Nuñez-Smith M, Jordan A, Chekroud A, Moore EZ. Differences in words used to describe racial and gender groups in medical student performance evaluations. *PLoS One*. 2017;12(8):e0181659.
7. Polanco-Santana JC, Storino A, Souza-Mota L, Gangadharan SP, Kent TS. Ethnic/racial bias in medical school performance evaluation of general surgery residency applicants. *J Surg Educ*. 2021;78(5):1524-1534.
8. Teherani A, Hauer KE, Fernandez A, King TE Jr, Lucey C. How small differences in assessed clinical performance amplify to large differences in grades and awards: a cascade with serious consequences for students underrepresented in medicine. *Acad Med*. 2018;93(9):1286-1292.
9. Boatright D, O'Connor PG, E Miller J. Racial privilege and medical student awards: addressing racial disparities in Alpha Omega Alpha honor society membership. *J Gen Intern Med*. 2020;35(11):3348-3351.
10. Boyd RW. The case for desegregation. *Lancet*. 2019;393(10190):2484-2485.
11. Bunton SA, Sass P, Sloane RA, Grigsby RK. Characteristics of interim deans at US medical schools: implications for institutions and individuals. *Acad Med*. 2018;93(2):241-245.
12. Salazar JW, Claytor JD, Habib AR, Guduguntla V, Redberg RF. Gender, race, ethnicity, and sexual orientation of editors at leading medical and scientific journals: a cross-sectional survey. *JAMA Intern Med*. 2021;181(9):1248-1251.
13. Amutah C, Greenidge K, Mante A, et al. Misrepresenting race—the role of medical education in propagating physician bias. *N Engl J Med*. 2021;384(9):872-878.

14. Nieblas-Bedolla E, Christophers B, Nkinsi NT, Schumann PD, Stein E. Changing how race is portrayed in medical education: recommendations from medical students. *Acad Med.* 2020;95(12):1802-1806.
15. Chadha N, Kane M, Lim B, Rowland B. Towards the abolition of biological race in medicine and public health: transforming clinical education, research, and practice. Institute for Healing and Justice in Medicine. Accessed June 20, 2021. <https://www.instituteforhealingandjustice.org/>
16. Vyas DA, Eisenstein LG, Jones DS. Hidden in plain sight—reconsidering the use of race correction in clinical algorithms. *N Engl J Med.* 2020;383(9):874-882.
17. Davis AY. Race and criminalization: Black Americans and the punishment industry. In: Lubiano W, ed. *The House That Race Built.* Vintage Books; 1998:264-279.
18. Iwai Y, Khan ZH, DasGupta S. Abolition medicine. *Lancet.* 2020;396(10245):158-159.
19. Okun T. White supremacy culture. Dismantling Racism. Accessed June 20, 2021. https://www.dismantlingracism.org/uploads/4/3/5/7/43579015/okun_-_white_sup_culture.pdf
20. Eligon J. Black doctor dies of COVID-19 after complaining of racist treatment. *New York Times.* December 23, 2020. Accessed April 25, 2021. <https://www.nytimes.com/2020/12/23/us/susan-moore-black-doctor-indiana.html>
21. Gold M, Closson T. What we know about Daniel Prude's case and death. *New York Times.* April 16, 2021. Accessed April 25, 2021. <https://www.nytimes.com/article/what-happened-daniel-prude.html>
22. Gravlee C. How whiteness works: JAMA and the refusals of White supremacy. *Somatosphere.* March 27, 2021. Accessed April 25, 2021. <http://somatosphere.net/2021/how-whiteness-works.html/>
23. Kaba M. *We Do This 'Til We Free Us: Abolitionist Organizing and Transforming Justice.* Haymarket Books; 2021.

Betial Asmerom es estudiante de medicina de cuarto año en el Programa de Educación Médica-Equidad Sanitaria de la Universidad de California, San Diego. Su objetivo es crear relaciones y sistemas terapéuticos que atiendan de manera integral a las personas que han sido perjudicadas por la supremacía blanca y nuestra concepción moderna de la atención médica. Es la hija menor de luchadores por la libertad de Eritrea y refugiados políticos y es un producto orgulloso de East Oakland, California.

Rupinder K. Legha, MD es una psiquiatra infantil y adolescente con sede en Los Ángeles, California. Es tanto beneficiaria como víctima de la supremacía blanca, pues es hija de un médico que financió su educación médica. Se esfuerza por aprovechar este privilegio abrazando la abolición, alejándose de las instituciones que producen la muerte y codificando y defendiendo los planes de estudios, la supervisión y las prácticas clínicas antirracistas.

Russyan Mark Mabeza es candidato para MD/MPH en la Facultad de Medicina David Geffen de la Universidad de California, Los Ángeles, y en la Facultad de Salud Pública Jonathan and Karin Fielding. Es un inmigrante filipino primera generación, estudiante universitario aspirante a médico antirracista, abolicionista y descolonialista sin el privilegio de la riqueza intergeneracional. Su objetivo es mejorar la salud y la humanidad de las comunidades marginadas y minoritarias.

Vanessa Nuñez es estudiante de MD/MBA en el Programa de Educación Médica-Liderazgo y Militancia en la Escuela de Medicina David Geffen y la Escuela de Administración Anderson en la Universidad de California, Los Ángeles. Es hija de trabajadores rurales inmigrantes que nació y se crió en el Valle Central de California, tiene la intención de aprovechar sus experiencias de vida y capacitación clínica y de gestión para redistribuir los recursos de atención médica a comunidades históricamente excluidas y recrear sistemas de salud para

servir de manera holística y justa a todas las personas, especialmente aquellos perjudicados por nuestro actual sistema de salud.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(3):E194-200.

DOI

10.1001/amajethics.2022.194.

Agradecimientos

La autoría se ordena alfabéticamente por apellido, dado que todos los autores contribuyeron por igual a este manuscrito. Reconocemos que el sistema actual utilizado para indicar la autoría refleja una estructura lineal y jerárquica que es de naturaleza divisiva y refuerza la cultura de la supremacía blanca. No otorga total credibilidad a las contribuciones compartidas de colaboradores racialmente diversos y puede socavar la colectividad que crean conscientemente a través de sus escritos antirracistas. Deseamos agradecer a los Dres. Nicole Buchanan, Marisol Perez, Mitchell Prinstein e Idia Thurston por inspirar nuestro enfoque de la autoría colectiva.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.