

Racismo estructural, riesgo social y COVID-19

Nuria Martín Cardenal (Medicina Familiar y Comunitaria), Servicio de Urgencias. Hospital de Torrejón, Madrid.

ENLACE REVISTA ORIGINAL: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2023616>

El racismo estructural - las formas en que las sociedades fomentan la discriminación a través de sistemas no equitativos - ha recibido poca atención como determinante de salud pública, en parte porque se ha investigado poco sobre ello. Sin embargo, un meta-análisis de 293 estudios reveló que el racismo está significativamente asociado con peor salud física y mental. Este racismo existe porque las prácticas discriminatorias en un sector refuerzan prácticas paralelas en otros sectores, provocando en consecuencia creencias discriminatorias, estereotipos y distribución desigual de recursos. Esto afecta a la salud a través de varias vías, como son la privación social por acceso reducido al empleo, vivienda y educación, mayor exposición a sustancias nocivas para la salud, acceso inadecuado a la atención médica, lesiones físicas y traumas psicológicos derivados de la violencia del estado, y mayor participación en conductas no saludables como mecanismos de afrontamiento. La relación entre racismo estructural y salud no está determinada por edad, sexo, lugar de nacimiento o educación, lo que sugiere que los esfuerzos para abordarlo deben dirigirse a toda la población.

La pandemia de COVID-19 ilustra la intersección del racismo estructural, los factores de riesgo social y la salud. Los datos sobre la infección y tasa de mortalidad muestran una alta incidencia en regiones geográficas específicas, tal es el ejemplo de Luisiana, donde la tasa de hospitalización y muerte en pacientes negros es el doble de lo esperado. Se planteó la hipótesis de que el aumento de la exposición de los afroamericanos al COVID-19 se atribuía a ocupaciones de servicios y mayor probabilidad de vivir en el centro de la ciudad, pero es necesario un contexto explicativo para estos factores estructurales. La historia del centro de la ciudad ha dejado a los afroamericanos con menos oportunidades económicas y educativas. La falta de recursos financieros lleva a inseguridad alimentaria, inestabilidad de la vivienda y acceso limitado al transporte, además de menor probabilidad de tener un seguro médico y dificultar el acceso al sistema sanitario por su elevado coste. Además, debido también a la limitación en la prevención y tratamiento de las enfermedades, tienen una mayor carga de enfermedades crónicas que conlleva mayor riesgo de muerte prematura.

Sin embargo, si se reúnen los esfuerzos abarcando múltiples sectores, se puede cambiar el racismo estructural. La intervención debe actuar en el gobierno y en la ciudad, en las empresas y en atención médica, en alimentación, vivienda, educación y justicia, y a nivel individual.

En primer lugar, es necesario cambiar las políticas que mantienen el racismo estructural. La formación de los sanitarios debe incorporar información sobre la historia del racismo y su impacto en la salud.

En segundo lugar, debemos acabar con los núcleos y crear asociaciones intersectoriales.

En tercer lugar, se necesitan nuevas políticas para aumentar el empoderamiento económico. La pandemia ha provocado altas tasas de pérdida de empleo y alta exposición al SARS-CoV-2. Se necesita una respuesta integral y coordinada a largo plazo que elimine barreras para el logro educativo de las comunidades de bajos ingresos, aumente los puestos de trabajo en los centros de las ciudades, revise las políticas de vivienda y las limitaciones a los préstamos estudiantiles para personas que han estado encarceladas. Las políticas que limitan la movilidad inter-generacional también requieren un cambio estructural.

En cuarto lugar, los programas comunitarios que construyen estructuras estables y de apoyo deben considerarse parte de los esfuerzos de recuperación de una pandemia. El tipo de vecindario contribuye a varios resultados de salud, afectando al acceso a alimentos saludables, seguridad y exposición a contaminantes ambientales.

En quinto lugar, los sistemas de salud deben realizar esfuerzos consistentes que generen confianza en las comunidades vulnerables. La falta de confianza en el sistema de atención médica debida al historial de maltrato, experimentación poco ética y negligencia criminal hacia los estadounidenses negros, ha llevado a bajas tasas de detección en las comunidades negras debido a la preocupación sobre los posibles usos de los resultados de las pruebas. La participación de la comunidad y el acceso al sistema sólo durante el tiempo de crisis no generará confianza duradera. Los sistemas de salud deben reconocer las preocupaciones de las comunidades negras, permitiendo el acceso para todos.

En sexto lugar, son necesarias intervenciones específicas que aborden los factores de riesgo social. Los programas deben tener en cuenta estos factores y adaptar culturalmente las intervenciones para incorporar las preferencias y necesidades de las poblaciones vulnerables. Combinar las intervenciones a nivel individual con los esfuerzos comunitarios puede aumentar la sostenibilidad y mitigar el deterioro del comportamiento con el tiempo.

Dados los trágicos efectos de la convergencia del racismo, el riesgo social y COVID-19, esperamos que la experiencia de la pandemia sea un llamamiento a cambiar los sistemas que perpetúan la mala salud.