

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



CMEO Pódcast Transcripción

Monica Peek, MD, MPH, MS, FACP:

Hola y bienvenidos a una actividad de CMEO Snack muy especial que forma parte de una serie que estoy dirigiendo con CME Outfitters sobre diversidad, equidad e inclusión. El CMEO Snack de hoy se titula, “Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados.” Estas actividades cuentan con el apoyo de un subsidio educativo de Walmart Incorporated.

Soy la Dra. Monica Peek, catedrática distinguida con el nombramiento Ellen H. Block de Justicia Sanitaria en el Departamento de Medicina de la Universidad de Chicago. También soy directora asociada del Chicago Center for Diabetes Translational Research y directora de Investigación del MacLean Center for Clinical Medical Ethics. Es un placer estar acompañada hoy por mis distinguidas colegas, la Dra. Melissa Simon y la Dra. Rachel Bond. Melissa y Rachel, ¿podrían presentarse hoy ante nuestra audiencia?

Melissa Simon, MD, MPH:

Hola, y gracias, Monica. Estoy muy feliz de estar aquí. Soy Melissa Simon, vicepresidenta de Investigación del Departamento de Obstetricia y Ginecología, y catedrática distinguida con el nombramiento George Gardner de Ginecología Clínica. Llevo más de dos décadas ejerciendo en Obstetricia y Ginecología. También soy fundadora y directora del Centro para la Transformación de la Equidad Sanitaria y de la Chicago Cancer Health Equity Collaborative, así como directora asociada de extensión y participación comunitaria del centro oncológico Robert H. Lurie de la Facultad de Medicina en Feinberg de la Universidad Northwestern.

Monica Peek:

Gracias, aportas mucha experiencia a nuestra conversación de hoy. Rachel, ¿podrías presentarte?

Rachel Bond, MD, FACC:

Hola, y muchas gracias, Monica. Soy la Dra. Rachel Bond, directora del Programa de Salud Cardíaca de la Mujer de un hospital en Phoenix, Arizona. También soy catedrática adjunta del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad Creighton de Phoenix. Por último, soy copresidenta del Comité de Enfermedades Cardiovasculares en Mujeres y Niños de la Asociación de Cardiólogos de Raza Negra. Gran parte de mi trabajo ha consistido en hacer hincapié en la educación a nivel comunitario para amplificar los mensajes en torno a la crisis de salud materna de la población de raza negra.

Como cardióloga, la razón por la que quise invertir en esta área es que, si nos fijamos en las estadísticas, sabemos que la principal causa de mortalidad materna, tanto durante el embarazo como hasta un año después del parto, son las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, los cardiólogos tenemos que ocuparnos de cambiar las cosas y avanzar en la dirección correcta, sobre todo en el caso de nuestros pacientes más vulnerables, como la comunidad negra y morena, en la que, por desgracia, se registran las tasas más elevadas de enfermedades prevenibles, como las cardiovasculares.

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



Monica Peek:

Excelente. Pues bien, empecemos con el debate sin rodeos sobre la raza, el racismo y la atención de salud. Simplemente hay que reconocer que el legado del racismo, y también del racismo estructural —es decir, el acceso diferencial a bienes y servicios y a todas las cosas buenas, tanto en la atención de salud como en otros ámbitos en la sociedad— ha repercutido en la forma en que se trata a los pacientes y en sus resultados en la salud. Y eso es algo que ha sido histórico, pero que sigue ocurriendo hoy en día. Así que les voy a dar dos ejemplos breves, pero sepan también que no son cosas del pasado.

El primer ejemplo es lo que ocurrió con las mujeres sometidas a la esclavitud. Especialmente en el campo de la ginecología, se aprendieron muchas técnicas quirúrgicas que llevan el nombre de personajes famosos por el trabajo que realizaban con las mujeres negras esclavizadas. Esos procedimientos se hicieron y perfeccionaron sin utilizar anestesia, analgésicos ni nada similar. Esto se debió en parte a que se hicieron amparándose en la creencia de que las mujeres negras no experimentaban dolor o mucho dolor, y que, como su piel era más gruesa, o por la razón que fuera, el dolor no era un problema. Estos son algunos de los mitos que ayudaron a justificar la esclavitud y el trato brutal de las personas que fueron esclavizadas. Y no era algo exclusivo de la medicina en general que el racismo fuera parte integrante de la forma en que se practicaba, pero era especialmente común en los procedimientos ginecológicos.

El segundo ejemplo es la esterilización forzada de mujeres durante 1930 hasta 1950 y 1960. Era tan común que se la denominaba “apendicectomía del Mississippi”. Muchas mujeres negras del Sur iban a dar a luz y se sometían a ligaduras de trompas sin saberlo, y muchos años después, tras no tener más hijos, se daban cuenta de que habían sido esterilizadas. Y así, la confianza de la comunidad, de esa gente que acudía a recibir atención, se quebró. Esta historia de experimentación, en la que se sometió repetidamente a las mujeres a experimentos con técnicas quirúrgicas —obviamente, en contra de su voluntad y sin remuneración, y sin ningún nivel o medida de comodidad o control del dolor— son el tipo de cosas que han dado forma a la historia de la ginecología y a cómo practicamos la medicina hoy en día. Son historias que se han transmitido de generación en generación en las comunidades de raza negra y en las mujeres negras en particular. Estas experiencias no son ajenas a la forma en que las mujeres negras experimentan actualmente la atención de salud en nuestro sistema. Antes de continuar, Melissa y Rachel, ¿quieren añadir algo más?

Melissa Simon:

Sí, gracias, Monica. La verdad es que las personas de raza negra, los indígenas nativos americanos y otras personas de raza marrón y pertenecientes a minorías en nuestro país han sido víctimas de atroces maltratos y abusos durante muchos siglos y en muchos aspectos, especialmente en la atención de salud y en la investigación. Y nos hemos ganado la desconfianza por todo ello, ya que ha pasado de generación en generación. Ya es hora de que en el sector de salud recuperemos esa confianza. Eso es muy importante ahora.

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



Rachel Bond:

Una cosa que me gustaría añadir en lo que se refiere al racismo en general es que sabemos que la forma en que se ha estructurado el sistema de salud, por desgracia, se centra en varias disparidades. Esas disparidades no son exclusivamente de raza y etnia, sino también de sexo y género. Y sabemos que en el centro de estas disparidades está el estrés tóxico. Desafortunadamente, el estrés tóxico estimula el sistema inflamatorio, estimula nuestra adrenalina. Y al hacerlo, ¿cómo nos afecta la salud? Lo que sabemos es que está provocando complicaciones cognitivas y cardiovasculares prematuras, como infartos cerebrales y ataques al corazón cada vez más precoces. Por ello, creo que es importante que reconozcamos los efectos del estrés en el organismo y que lo incorporemos a las razones por las que las tasas de mortalidad y morbilidad son desproporcionadamente más elevadas entre las madres de raza negra, y cómo se [centraliza] este problema: el hecho de que muchas veces se trata de la doble discriminación que supone no solo ser de raza negra, sino también ser una mujer que vive en los Estados Unidos de América. Creo que es importante que nos detengamos un momento para reconocer esto.

Monica Peek:

Son muy interesantes estas observaciones. Y vimos durante la pandemia, con ciertas dudas sobre la vacuna contra la covid, que mucha gente empezó a cambiar el rumbo de la conversación para rechazarlas y plantear por qué las instituciones no son dignas de confianza. Hay que volver a depositar la responsabilidad en las instituciones, los investigadores, los sistemas de atención de salud y los sistemas de salud pública. Tenemos que ser más dignos de confianza, en lugar de pedir a la gente que simplemente confíe en nosotros, teniendo en cuenta la larga, larga historia y las prácticas actuales de la medicina.

Así que, Melissa, sabemos que el racismo, tanto el racismo estructural como el racismo interpersonal, repercute en otros aspectos además de hacerlo en la atención de salud, en el acceso a la atención o en el tipo de atención que reciben las personas una vez que están en el sistema de salud. De hecho, puede causar enfermedades crónicas. ¿Puedes hablar un poco sobre esto?

Melissa Simon:

Sí. En efecto, Geronimus y otros han hablado de la hipótesis del desgaste y de cosas en las que el estrés realmente se te mete bajo la piel, y que la exposición a actos crónicos de racismo, discriminación y prejuicios y la interseccionalidad de todas tus identidades realmente se acumulan. Esto puede influir en las respuestas psicológicas, en las respuestas biológicas, en cómo se crean realmente las células, si se crean para prosperar o no. Este racismo, así como otras experiencias de opresión y sistemas de opresión, en realidad influyen en los resultados sanitarios. Entonces, vemos que estas desigualdades son básicamente el fenotipo o el resultado de todos estos diferentes sistemas de opresión que han afectado a las personas durante siglos. Por eso se ve en la diapositiva que más del 60 % de las muertes maternas en este país son evitables. En realidad, son más bien 4 de cada 5. Y en Georgia, por ejemplo, así como en Arkansas y varios estados de Estados Unidos, las mujeres de raza negra tienen entre 3 y 4 veces más probabilidades de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo que las de raza blanca.

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



Monica Peek:

Entonces, lo que entiendo es que el marcador no es la raza, sino el racismo. No se trata del hecho de tener la piel morena o negra, sino de que esa piel morena o negra supone un riesgo para la persona; la exposición que se produce como resultado de ello y las respuestas fisiopatológicas al estrés crónico, además de otras cosas asociadas al racismo. Creo que es importante darse cuenta de que, cuando las mujeres de raza negra presentan peores resultados en materia de salud, no se debe a su piel negra o morena, sino a las cosas que les han ocurrido por ser quienes son. Y esta es una buena transición para que ahora pensemos en los determinantes sociales de la salud, y sé que los empleados de Walmart ya han tenido una especie de manual básico sobre este tema. Así que, Rachel, lo que voy a pedirte es que hables específicamente de aquellos determinantes que se pueden estar presentando y deberíamos considerar para las pacientes embarazadas y puérperas, y lo que todos podemos hacer para abordar estas cuestiones.

Rachel Bond:

Es importante recordar que el 80 % de nuestra salud depende de los determinantes sociales de la salud. Estos son los lugares donde la gente nace, vive, crece, juega y reza. Sabemos que el 80 % de estos factores de salud incluyen el acceso a una atención asequible, o el acceso para llegar al médico clínico, ya sea a través de un transporte seguro o de medios de transporte seguros. También somos conscientes de que muchas veces estos determinantes sociales negativos de la salud limitan la capacidad de disponer de alimentos sanos, y que muchos de estos pacientes viven en desiertos alimentarios. También sabemos que no es posible hacer ejercicio al aire libre cuando las comunidades pueden tener altos índices de violencia. Estos son factores que nosotros, como médicos clínicos, e incluso los que están en la comunidad, tenemos que tener más en cuenta, porque esto es lo que está causando las disparidades que observamos, y se trata de disparidades muy evidentes en lo que se refiere a la mortalidad materna. Creo que esto es relevante para esta conversación porque, para que realmente podamos lograr cambios notables y modificar las estadísticas que estamos viendo, tenemos que pensar en cómo podemos mejorar los recursos a fin de que la atención de salud sea lo más accesible, pero también lo más equitativa posible para muchas de estas personas gestantes que están considerando ser madres.

Monica Peek:

Excelente. Muchas gracias por esta gran explicación, Rachel. Entonces, Melissa, sabemos que los prejuicios implícitos influyen en la experiencia del paciente y del consumidor. ¿Qué tipo de estigmas existen en torno a la salud materna? ¿Puedes hablarnos un poco de esto y de cómo has identificado tus propios prejuicios? Sé que todos estamos tratando de hacer esto. ¿Qué estás haciendo tú para mejorar a lo largo de tu trayectoria?

Melissa Simon:

Bien, empecemos por aclarar que todos tenemos prejuicios. Nadie puede afirmar que no tiene prejuicios. Podrían ser prejuicios contra alguien que tiene un aspecto diferente en muchos sentidos. Por ejemplo, podría ser la obesidad, alguien que se cubre, el color de la piel, el sexo, la edad; puede ser una variedad de cosas. En primer lugar, tenemos que entender nuestros prejuicios, porque cuando tenemos un prejuicio, si no nos ocupamos de él activamente, lo abordamos y lo reconocemos, se refleja en nuestra forma de interactuar con la gente de muchas maneras. Una prueba muy útil que pueden hacer —que es anónima, gratuita y que se puede hacer en línea— es

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



la prueba de asociación implícita, la IAT (por sus siglas en inglés), a la que creo que tendrán acceso más adelante después de esta serie. Además, es necesario pensar en la pertenencia. Cada vez que uno entra en una tienda, en casa de alguien, en un restaurante, en un hospital o en una clínica, capta inmediatamente si pertenece o no a ese lugar. Y también es posible que se tenga alguna experiencia pasada con ese restaurante, tienda, hospital o clínica en concreto. Es posible que ustedes, sus amigos, sus familiares o sus seres queridos hayan tenido alguna experiencia negativa en relación con la pertenencia; el sentir que “no pertenezco a ese lugar” o “me trataron mal allí”.

Por lo tanto, la responsabilidad recae en todos nosotros como miembros del equipo, ya sea en Walmart o en cualquier otra tienda, clínica o entorno, para hacer que la gente se sienta como en casa, bienvenida e incluida. Y creo que ese tipo de experiencias son muy importantes para ayudar a mitigar o disminuir los prejuicios en todos los sentidos. También es importante tener en cuenta cosas como el embarazo. Si alguien parece embarazada y entra en la tienda, o incluso si está comprando artículos para bebés o ropa para embarazadas, puede que no sean para ella, o puede que no esté embarazada en absoluto, o puede que tenga un embarazo que no desee necesariamente o que no haya sido buscado. Por eso, debemos tener mucho cuidado con el lenguaje que utilizamos al decir cosas como “felicidades” o “¿estás embarazada?”, porque eso podría herir a la gente y hacer que se alejen, o bien desencadenar algo, como malestar o angustia.

Eso es importante incluso en mi propio trabajo en el hospital. Nunca asumimos que alguien está cursando un embarazo con un bebé vivo, porque algunas personas que acuden a nuestra planta de partos pueden estar embarazadas de bebés que han fallecido. De modo que es importante detenernos, dejar de lado nuestros prejuicios, ocuparnos de ellos activamente y ayudar a las personas a sentirse queridas; a que se sientan como en casa y sientan que pertenecen a ese lugar. Y eso es parte de cómo podemos abordar realmente los prejuicios.

Monica Peek:

Sabes, son recomendaciones maravillosas, y nunca había pensado en el hecho de que, si ves a una mujer embarazada, el bebé puede no estar vivo; esto es algo más que he aprendido hoy. Y creo que tus comentarios sobre el sentido de pertenencia son probablemente la mejor descripción que he oído sobre cómo englobar todos estos términos complejos. Realmente es así: ¿la gente se siente como en casa? ¿Sienten que pertenecen a un lugar? Y, para un lugar como Walmart, que tiene personal de recepción, su trabajo principal es hacer que las personas se sientan bienvenidas en esa tienda. Entonces, antes de que lleguen a la farmacia, o antes de que lleguen a la clínica médica, es necesario ese compromiso. Además, para las poblaciones que históricamente han sido marginadas, se debe hacer un esfuerzo adicional, ser más amable y tenderles la mano. Gracias por hablar de ello de una forma que no había oído antes.

Rachel, voy a volver a preguntarte por qué es importante tener en cuenta la voz del paciente. ¿Qué podemos aprender todos para influir en la salud, la morbilidad y la mortalidad maternas? Cuando digo morbilidad, me refiero a enfermedad, mientras que la mortalidad refiere a la muerte. Al pensar en las madres, en las madres enfermas, en las madres que pueden morir, debemos preguntarnos cómo puede influir conocer lo que dicen las mujeres en nuestro ejercicio de la medicina como equipo. Por eso, quiero que hables de qué opinan algunas de estas pacientes y de lo que podemos aprender al respecto.

Rachel Bond:

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



No me canso de insistir en la importancia de prestar atención a la voz del paciente. Creo que es importante que tengamos presente algunos ejemplos que mujeres del mundo real aportaron en lo que respecta a su experiencia maternal. Y la siguiente es una cita: “Como madre negra que se enfrentó al miedo real a la muerte cuando surgieron complicaciones durante uno de mis partos... Puedo afirmar que el conocimiento es poder, abogar con confianza por nosotras mismas es clave y es necesaria una mentalidad comunitaria, no solo para criar a los hijos, sino también para dar apoyo a las madres”.

Y lo dice una madre que también es doula y defensora. Las doulas son trabajadoras profesionales que no pertenecen al sector de atención de salud, pero tienen esa capacidad de defender a las pacientes, y sabemos que las estadísticas muestran que las mujeres de raza negra en particular se benefician del acceso a las doulas. Traigo a colación el acceso porque muchas veces la gente no puede permitirse contratar a una doula. Una de las cosas por las que estamos luchando, también a nivel gubernamental, es la inclusión: queremos que los seguros ofrezcan cobertura a cualquier persona, independientemente del seguro que tenga, para que pueda acceder a un trabajador de la salud comunitario, como una doula, por ejemplo.

Pero también sabemos que, más allá de eso, muchas veces las mujeres, especialmente las de color, sienten que sus voces son silenciadas. Y cuando se trata del embarazo, tenemos que reconocer el hecho de que, aunque a veces los síntomas pueden deberse simplemente al embarazo, si alguien viene a nuestra consulta y expresa que algo no anda bien, que le preocupa que algo esté pasando, tenemos que tomárnoslo muy en serio, porque las mujeres en general sabemos cuándo algo no anda bien, y sabemos si hay que seguir investigando. Así que creo que tenemos que mejorar nuestra labor para asegurarnos de que escuchamos a nuestros pacientes y no los silenciamos. Hay un término médico en inglés: “gaslighting”, que se refiere a esto: muchas veces, se dice a las mujeres, especialmente a las mujeres de color, que el problema está en su cabeza, que es ansiedad o incluso que se debe al embarazo, cuando la gran mayoría de las veces no es así. Y creo que tenemos que escuchar mejor a nuestros pacientes, y cuantas más historias oigamos, más fácil nos resultará darnos cuenta de que los pacientes conocen su cuerpo mejor que nadie.

Incluso deberíamos utilizar a una celebridad como ejemplo, como es el caso de Serena Williams, una tenista muy conocida que tuvo dificultades para recibir la atención médica que merecía, probablemente a causa del color de su piel. Esto pone de manifiesto que la crisis de la salud materna en la población de raza negra afecta a todos los niveles socioeconómicos. Esto se traduce en que una mujer de raza blanca, que tal vez haya terminado el bachillerato, tiene menos probabilidades de morir durante el embarazo que una mujer de raza negra que haya terminado los estudios de medicina, por ejemplo. Por lo tanto, creo que esto pone de relieve el hecho de que esta epidemia abarca también la condición socioeconómica o cualquier condición sociodemográfica. Todo ello nos remonta a la importancia de escuchar a estas madres y prestar atención a sus voces.

Monica Peek:

Escuchar los puntos de vista de los pacientes siempre es muy valioso. Resulta útil recordar la experiencia vivida por las personas cuando atraviesan una etapa importante de su vida. Y sabemos que hay problemas de equidad en todo tipo de atención de salud para poblaciones raciales y étnicas marginadas. Con esto en mente, me gustaría pedirles tanto a Melissa como a Rachel si podrían darnos un ejemplo de un prejuicio, de algo que hayan visto, y cómo eso ha afectado la atención que los pacientes recibieron en sus consultorios. Melissa, empezaré contigo.

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



Melissa Simon:

Gracias. He visto muchos, por desgracia. He escuchado comentarios sobre lo difícil que va a ser trasladar a un paciente de una cama a otra debido a su obesidad, así como otras suposiciones, como que, por ser latina, se asume que la persona no querrá analgésicos durante el parto. Y eso también se traduce en que algunas personas piensan que las mujeres con la piel de color más oscuro o las mujeres de raza negra en trabajo de parto no sienten dolor porque tienen la piel más gruesa. Es una suposición totalmente racista y discriminatoria.

Y por último, la pobreza. La pobreza se manifiesta de muchas maneras, y la gente asume que porque alguien es pobre hay que hacerle la pregunta sobre el consumo de sustancias, u otros malos comportamientos. Y una vez más, son el racismo y los “ismos”, así como los sistemas de opresión, los que están en juego aquí, y no hay nada en el color de la piel que determine si uno va a abusar o consumir sustancias o experimentar dolor o no. Es un error atroz.

Monica Peek:

Claro. Así que, Rachel, me gustaría que compartieras con nosotros una historia o un ejemplo.

Rachel Bond:

Como médica clínica que atiende a varios pacientes, creo que es importante que tengamos presente sus historias. Tengo muchas historias, y varias de ellas tienen mucho que ver con el hecho de que quizá no se hayan escuchado sus voces y, por ello, creo que en un sentido positivo, creo que decidieron cambiar de proveedor médico y acudir a otro que consideraban más empático con sus necesidades. Los datos demuestran que, a veces, cuando ves a un proveedor médico que se parece a ti, un proveedor que se identifica con tu origen cultural, es más probable que recibas la empatía y el tratamiento adecuado. Muchas mujeres, sobre todo mujeres de color, se han puesto en contacto conmigo, y así hemos podido trabajar más estrechamente y en equipo. Y al hacerlo, he podido trabajar incluso con sus propios obstetras u otros médicos dentro del propio grupo de médicos que están ayudando a atender a estos pacientes en particular.

Por lo tanto, creo que es valioso resaltar el hecho de que hay pacientes que salen, hacen lo que tienen que hacer e intentan averiguar cómo abogar por sí mismos, y se aseguran de que están haciendo esfuerzos específicos para atraer a personas a su círculo, su círculo clínico, que también van a abogar por ellos como pacientes. Y tengo la gran suerte de contar con un grupo de mujeres que me han dado la oportunidad de hacer esto, lo cual es un privilegio.

Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a embarazadas y puérperas: una llamada a la acción para los asociados



Monica Peek:

Siempre es importante escuchar o simplemente ponerse unos minutos en el lugar del paciente. Muchas gracias a las dos por este valioso aporte a nuestro intento de comprender cómo podemos influir más en la vida de nuestros pacientes y en su salud, en la de sus comunidades y en la de las personas que nos rodean.

Quiero intentar resumir las principales conclusiones del programa de hoy y lo que se puede hacer para abordar la equidad en salud desde la perspectiva de la acción. La primera sería reconocer el papel del racismo histórico y sistémico en la formación de la desconfianza de los consumidores hacia el sistema de salud.

La segunda es evaluar sus propios prejuicios personales y trabajar activamente para abordarlos cada día. Y, por último, escuchar con una mente abierta y saber qué necesita o desea el consumidor. Además, ¿cómo puedo ser un recurso para ayudar a los consumidores a abordar el sinfín de determinantes sociales de la salud o necesidades sociales insatisfechas que tengan en su vida en ese momento en este lugar?

Así pues, hemos creado una lista de recursos para ayudarlos con su plan de acción de nuestro programa de hoy, y los animo a que visiten estos recursos para saber más sobre lo que pueden hacer para abordar estos problemas por los que pasan las mujeres o las personas que enfrentan un parto y son personas de color. También quiero pedirles que completen la evaluación en línea. Esto es muy importante porque queremos que nos cuenten lo que les ha gustado, cómo podemos mejorar y, potencialmente, cualquier otro tema que les gustaría que tratáramos. También tenemos otras actividades de D&I en las que pueden participar.

Gracias por su compromiso con la educación en materia de diversidad, equidad e inclusión. Cuando sabemos más, podemos hacerlo mejor. Les agradecemos que nos hayan acompañado hoy y que se comprometan activamente a poner de su parte para hacer frente a la morbilidad y mortalidad de las madres de color.