

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



CMEO Pódcast Transcripción

Dra. Monica Peek:

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. La actividad de hoy del CMEO Snack se titula "Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados". El programa de hoy cuenta con el apoyo de un subsidio educativo de Walmart Incorporated. Soy la Dra. Monica Peek, catedrática distinguida con el nombramiento Ellen H. Block de Medicina en Medicina Interna General. También soy directora asociada del Chicago Center for Diabetes Translational Research y directora de Investigación del MacLean Center for Clinical Medical Ethics, todo en la Universidad de Chicago. Hace más de 20 años que ejerzo la medicina y estoy encantada de participar en esta serie. También me complace estar acompañada hoy por mis distinguidos colegas, Jake Collins y el Dr. Carlos E. Rodriguez-Diaz. Jake y Carlos, ¿podrían presentarse ante el público?

Dr. Jake Collins:

Por supuesto. Hola y gracias, Dra. Peek. Soy Jake Collins. Soy asistente médico en Dr. V Medical en Los Ángeles, California. Nuestro consultorio de medicina interna está orientado al servicio de la comunidad LGBT. Hacemos mucho tratamiento y prevención del VIH, y brindamos atención primaria general. Los Ángeles es una ciudad global, por lo que tenemos una comunidad de pacientes muy diversa, lo cual nos parece bien y la celebramos. Ejercicio como asistente médico desde hace tres años.

Dra. Monica Peek:

Gracias, Jake. Carlos, encantada de tenerte a ti también.

Dr. Carlos Rodriguez-Diaz:

Gracias, Monica. Es un placer participar. Mi nombre es Carlos Rodriguez-Diaz. Soy educador de la salud y científico, y actualmente soy profesor adjunto y vicepresidente del Departamento de Prevención y Salud Comunitaria del Milken Institute School of Public Health de la Universidad George Washington. Soy latino, de Puerto Rico, e investigo en centros de atención primaria. Nos centramos en la salud de los latinos, las personas con VIH y las personas LGBTQ.

Dra. Monica Peek:

Muchas gracias por participar. La experiencia de ambos va a ser muy importante para nuestra sesión de hoy. Antes de comenzar, quiero enfocar nuestra sesión a través de una lente histórica. Y eso es el legado del racismo y de la homofobia en la medicina, y cómo repercute en la forma de tratar a los pacientes no solo en el pasado, sino también hoy, y en el tipo de atención que reciben.

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



Por eso, sabemos que hay una desconfianza médica y un fundamento histórico para ello, que no es que los pacientes son paranoicos. Sabemos que, históricamente, las minorías raciales han sido objeto de malos tratos y discriminación en la sociedad, como en el caso de las prácticas discriminatorias y la segregación racial, pero también en la atención de salud, con diferencias en el trato y experimentos poco éticos. Y lo mismo sucede con la orientación sexual. La homosexualidad solía etiquetarse como una enfermedad mental en psiquiatría. Hemos avanzado mucho en la forma de considerar a la comunidad LGBT en la atención de salud, aunque todavía hay muchos estigmas en nuestra profesión que tenemos que superar, todavía hay mucho racismo en nuestra profesión que tenemos que abordar. Por eso, cuando nos dirigimos particularmente a personas de color que forman parte de la comunidad LGBT, es un desafío adicional. Esto ha influido en la forma de afrontar la crisis del sida y algunas de las disparidades que aún hoy vemos en la prevalencia del VIH, y en cómo se controla y se trata.

Cuando me formé, en los años ochenta, era un momento álgido de la crisis del sida, y muchos hospitales y proveedores de atención de salud se negaban a atender a personas que vivían con VIH y sida. Me formé en el Johns Hopkins, un hospital de tratamiento de vanguardia, donde atendíamos a muchos pacientes y la gente estaba muy enferma. Pero fue durante ese tiempo, entre la facultad de medicina y la residencia, que traté con San Francisco, donde la enfermedad pasó de ser principalmente una condena a muerte en el hospital a una enfermedad crónica, en su mayor parte ambulatoria, debido a algunas de las investigaciones y medicamentos que se pusieron a disposición. Pero fue el activismo de los pacientes con VIH y el hecho de obligar al Gobierno a reconocer que se trataba de una crisis en la que teníamos que actuar más rápido lo que impulsó la investigación que hizo posibles algunos avances, y lo que nos obligó a reconocer que no podíamos seguir marginando la salud de una población por su identidad social. Eso hizo posible, años y varias décadas después, que el sida sea ahora una enfermedad crónica, como la diabetes o la hipertensión, que ya no sea una condena a muerte, como el cáncer o muchos tipos de cáncer. Por eso es importante que nos situemos en ese marco histórico antes de comenzar con el debate. Entonces, Carlos, ¿hay algo que quieras agregar, antes de pasar a Jake?

Dr. Carlos Rodriguez-Diaz:

Gracias por ese importante contexto histórico en la respuesta a la epidemia del VIH. Solo agregaré que, efectivamente, las comunidades LGBT, en particular los hombres gays, las mujeres lesbianas y las personas transgénero de color, estuvieron en la primera línea en la respuesta a la epidemia del VIH, en la que se defendieron cambios importantes. Es importante saberlo, no solo a efectos históricos, sino también porque es un factor importante de por qué nuestro sistema de salud es lo que es hoy en día, en términos de la atención del VIH. Pero lo más importante es que todos tenemos un rol que desempeñar en la respuesta a la epidemia del VIH. Por eso, no debemos dejar en manos de las personas LGBTQ o de las personas que viven con VIH el activismo y la respuesta a la epidemia. Todos, absolutamente todos, tenemos un rol que desempeñar en la ayuda, la prevención y la prestación de servicios a las personas con VIH.

Dra. Monica Peek:

Por supuesto, por supuesto. Jake, ¿quieres continuar y hablar de los determinantes sociales de la salud? ¿Qué son? ¿Y cómo afectan a quienes viven con VIH?

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



Dr. Jake Collins:

Por supuesto. Bueno, podemos ver aquí los determinantes sociales de la salud, estos son algunos de ellos; pero, en general, nos referimos a todos los factores no médicos que pueden influir en los resultados de salud de una persona. Como se muestra aquí, algunos ejemplos incluyen la estabilidad económica, el acceso a la educación y su calidad, el acceso a la atención de salud y su calidad, el vecindario y el entorno construido, y el contexto social y comunitario. Por lo tanto, es posible imaginar cómo las deficiencias en cualquiera de estas áreas pueden llevar a una persona a tener peores resultados de salud, y eso es sin duda lo que vemos con los pacientes con VIH. Me gusta compararlo con correr una carrera. Las personas con más obstáculos que superar tienen menos probabilidades de alcanzar la meta.

Dra. Monica Peek:

Es una excelente analogía. Y si la alcanzan, es más probable que lo hagan más lentamente. Carlos, otras dos cuestiones que afectan a quienes viven con VIH son los mitos y los estigmas. ¿Cuáles son algunos de los mitos y estigmas en torno al VIH?

Dr. Carlos Rodriguez-Diaz:

Primero, hay que saber que el estigma y la discriminación por VIH matan. Al discriminar a las personas, las alejamos de los servicios, y eso es lo peor que podemos hacer.

Algunos de los mitos generales están relacionados con la transmisión del VIH, y el VIH se transmite predominantemente en los Estados Unidos por contacto sexual; también hay una cantidad significativa de nuevos casos que se registran entre las personas que se inyectan drogas y algunos casos de transmisión de madre a hijo. Que la transmisión pueda prevenirse con medicamentos y proporcionar jeringas u otros productos para el consumo seguro de drogas es otra forma de prevenir el VIH. Y para la prevención de la transmisión sexual del virus, tenemos los preservativos, y también la profilaxis preexposición o medicamentos que pueden utilizarse con regularidad para reducir la probabilidad de infectarse por el VIH.

Por lo tanto, es importante recordar que el VIH no es COVID, no puede transmitirse por el mero hecho de estar cerca de una persona infectada. En general, no sabemos cuándo una persona con VIH está a nuestro alrededor porque cuando está en tratamiento, tiene un aspecto saludable como la mayoría de nosotros.

Dra. Monica Peek:

Claro. Jake, ¿quieres agregar algo?

Dr. Jake Collins:

Sí, creo que parte del estigma más dañino en torno al VIH es asignarle moralidad a un diagnóstico de VIH. He oído decir que las personas con VIH son malas o se lo merecen. Esas creencias son muy perjudiciales tanto para las personas con VIH como para las que no lo tienen, ya que pueden generar sentimientos de aislamiento y

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



vergüenza en las personas que viven con VIH, pero también miedo a buscar tratamiento y a revelar su estado a sus parejas sexuales, lo que puede exponerlas a un mayor riesgo de infección por el VIH.

Dra. Monica Peek:

Claro. Algo que creo que es importante que todos sepan es que el encuentro con la atención de salud comienza con la primera persona que recibe al paciente. Esto es algo que la gente de Walmart probablemente ya sepa porque ustedes en Walmart tienen personal de recepción. Y lo mismo ocurre en el consultorio del médico. El paciente, mucho antes de venir a verme, ya ha tenido múltiples contactos. Por lo tanto, su experiencia con la atención de salud se ve afectada por todas las personas con las que interactuó antes de llegar a la consulta. Y si lo han hecho sentirse menos por tener VIH, si lo han menospreciado o discriminado, eso afecta su estado de ánimo cuando viene a consultarme.

Cuánto de la información que le doy escucha realmente, si está de mal humor, repercute en la posibilidad de que vuelva a consultarme. Si es la primera vez que me consulta, quizá sienta que este no es un buen lugar o un lugar seguro para atenderse. No se trata solo de la atención que yo pueda brindar, sino de la que pueda brindar todo mi equipo. Por eso es tan importante que todo el equipo esté de acuerdo con la idea de atender a todos nuestros pacientes de la misma manera, en especial a los que tienen una enfermedad estigmatizante como el VIH. Carlos, ¿quieres comentar algo o agregar algo más?

Dr. Carlos Rodriguez-Diaz:

Sí, claro, porque muchas personas con VIH son también miembros de la comunidad LGBTQ. Es importante reconocer que los pronombres importan, por lo que referirse a las personas de la forma que prefieran, no solo desde los pronombres, sino también desde el nombre que prefieran, es muy importante. Si están escuchando y viendo este video, es porque muy probablemente interactúen con gente, y quizás hayan visto que las personas suelen cambiar su expresión facial cuando uno les da los buenos días o las buenas tardes, o cuando uno sabe su nombre y las saluda por su nombre. Lo mismo ocurre cuando uno utiliza los pronombres correctos y el nombre correcto de las personas con las que uno se relaciona. Así que no es tan difícil, no es algo que dificulte la interacción.

Y si nos equivocamos, debemos reconocer el error. Todos cometemos errores, pero al reconocerlo estaremos transmitiendo un mensaje de respeto a la otra persona, y eso es algo muy poderoso cuando queremos que la gente se sienta cómoda y bienvenida.

Dra. Monica Peek:

Por supuesto, por supuesto. Tenemos que reconocer que todos deberíamos rever nuestros prejuicios. Hay una herramienta maravillosa desarrollada en Harvard que se llama “test de asociación implícita” o “IAT”. Es una herramienta de evaluación que se encuentra en muchos sitios, pero también en nuestro Centro de Diversidad de CMEO. Pueden hacer su propia evaluación. Lo que hace es mostrarles cuántos prejuicios implícitos pueden tener respecto de una serie de cuestiones. Es útil para una autoevaluación, para que puedan sincerarse y saber en qué áreas necesitan trabajar.

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



Sabemos que hay problemas con la atención equitativa para los pacientes de color con VIH, por eso me gustaría pedirle a cada uno de ustedes que compartan ejemplos de cómo los prejuicios que hayan visto en la práctica han afectado a sus pacientes y la atención que estos recibieron. Jake, empezaré contigo.

Dr. Jake Collins:

Claro. Esto de algún modo está enlazado con los determinantes sociales de la salud y con la analogía de la raza. Pero los pacientes de color suelen tener más dificultades para obtener acceso a la atención de salud y mantenerla, por lo que el mero hecho de cruzar la puerta es una de sus grandes barreras. Algo que he experimentado y he oído de los pacientes de color es que también hay un aspecto psicológico. Existen algunas barreras mentales para recibir atención de salud, como el miedo a la discriminación en un entorno de atención de salud, si la persona viene de una cultura con un historial de desconfianza en la atención de salud o incluso la incomodidad por no ver representada su propia identidad racial o étnica en el personal de salud. Todos esos factores pueden generar una barrera mental para que los pacientes obtengan o reciban atención de salud. Uno de mis pacientes con VIH, que también era una persona de color que necesitaba una remisión para recibir atención especializada, dejó en claro que solo iría a consultar al especialista si era de su misma raza. El paciente había tenido muchas experiencias negativas con proveedores que lo menospreciaban y sentía que se debía a su raza, por lo que perdió la confianza en el sistema.

Dr. Monica Peek:

Sí, y muchas veces es difícil encontrar proveedores de color, sobre todo en las subespecialidades, así que espero que haya encontrado uno. Es todo un desafío, sobre todo en las comunidades rurales o en ciertos vecindarios que tienen menos médicos en general. Carlos, ¿alguna historia que quieras contar?

Dr. Carlos Rodriguez-Diaz:

Sí, me gustaría compartir la experiencia que uno de nuestros participantes compartió conmigo una vez sobre por qué no tenía acceso a la atención de salud. La primera vez que se hizo la prueba del VIH en una clínica, el personal de enfermería que se la hizo, tras realizar una evaluación y preguntarle al participante sobre sus prácticas sexuales y el sexo de su pareja sexual, básicamente culpó a la persona por el riesgo. Cuando el resultado dio negativo, el personal de enfermería compartió con el paciente un fragmento de la Biblia y se puso a rezar. Y eso no concordaba con los valores y las prácticas religiosas del paciente. El paciente, después de esa experiencia, pensó que cada vez que acudiera a los servicios tendría experiencias como esa, muy críticas y que, por supuesto, imponían una ideología. Todos podemos tener nuestra ideología y practicarla como queramos. Pero eso no debe interferir en la interacción con los pacientes. Sin duda, eso abrirá muchas puertas o las mantendrá abiertas si tenemos una buena interacción con los proveedores y nuestros pacientes.

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



Dra. Monica Peek:

Claro. Ahora bien, cuando tienen un paciente que les expresa que recurre a la fe cristiana como motivación o como una forma de ayuda para lidiar con la pérdida de un ser querido, y ustedes quieren rezar una oración, eso es algo que concuerda con sus creencias, si ese es también el sistema de creencias de ustedes. Pero no tiene que haber discordancia entre lo que cree el paciente y lo que uno quiere imponer, sobre todo si es de forma crítica, porque eso rompe la alianza y el vínculo entre el paciente y el proveedor, y hace que sea menos probable que vengán a atenderse, que vuelvan a atenderse y, de nuevo, hay mucho en juego para los pacientes con VIH: que sigan en tratamiento, que se vuelvan seronegativos, que abandonen el tratamiento, que mueran de enfermedades que definen el sida. Por eso es tan importante que demos prioridad a que estas personas se sientan apoyadas, en un entorno seguro, tanto en lo físico como en lo emocional, y que tengan todos los recursos que necesiten.

Muchas gracias por compartir esas historias. Tenemos algunas voces de pacientes, algunas citas aquí en pantalla. Jake, volveré a ti como alguien que interactúa con los pacientes a diario, y te pediré que elijas una de estas citas y digas por qué es importante tener en cuenta la voz del paciente y el impacto de la raza y la etnia en las vidas de los pacientes con VIH.

Dr. Jake Collins:

Claro, y la verdad es que me encantan todas estas citas, pero solo voy a leer una de ellas, la de abajo.

El paciente dice: "Me enfrento a muchos estigmas por ser gay. Ser un latino gay está muy mal visto en mi comunidad. Ni siquiera me ofrecieron la PrEP porque es un tema muy reservado. No le contaría a mi médico mi historia sexual. Eso afecta a mucha gente de mi entorno".

Creo que todas estas citas muestran realmente la diversidad de perspectivas y experiencias que tienen los pacientes con VIH y lo vulnerable que puede ser la experiencia de los pacientes según las barreras que enfrentan y los obstáculos que deben superar para obtener una atención de salud de alta calidad.

También recalca la importancia de ir al encuentro de cada paciente, conocerlo como persona y adaptar nuestro enfoque a sus necesidades. Algunos pacientes necesitan más apoyo o ánimo, sobre todo al principio. Es posible que los pacientes de color necesiten más apoyo debido a las cuestiones culturales que complican su relación con la atención de salud, de haberlas. Pero lo más importante es ser sensibles a esas posibilidades y ofrecer un espacio seguro para el paciente. No nos cansamos de repetirlo: es muy importante que el paciente se sienta seguro. El paciente no espera que sepamos todo sobre su cultura si no es la suya, pero el hecho de ser abiertos y hacerle saber que está seguro y que se encuentra en un entorno sin prejuicios es muy importante.

Dra. Monica Peek:

Claro. Jake y Carlos, muchas gracias a ambos por su maravillosa visión de cómo todos, como seres humanos, podemos influir en la vida y la salud de quienes nos rodean.

A Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención de los pacientes con VIH: una llamada a la acción para los asociados



Quiero repasar los principales puntos del programa de hoy. Uno, pensar y reflexionar sobre nuestros propios prejuicios y sobre cómo nuestro comportamiento puede afectar a las personas que nos rodean. Dos, comprender los mitos y realidades en torno al VIH. Tres, respetar la historia de cada persona y cómo el racismo y la homofobia han influido en su vida. Y por último, les pediré que consulten estos recursos para saber más sobre lo que se ha debatido hoy durante esta actividad. También me gustaría pedirles que completen la evaluación en línea porque realmente queremos saber sus opiniones: qué les ha gustado, cómo podemos mejorar y cuáles son los temas adicionales que les gustaría que tratáramos. Y también pueden participar en nuestras otras actividades sobre diversidad e inclusión. Muchas gracias por su compromiso con la educación en materia de diversidad, equidad e inclusión. Cuando sabemos más, lo hacemos mejor. Muchas gracias por ser buenas personas.