

Leonor Fernández:

“Sin datos desagregados, las disparidades poblacionales no siempre se ven”

Es Directora Médica de Equidad en Salud, en Massachusetts, Estados Unidos, y analiza su experiencia en el abordaje de las inequidades y las disparidades, en un sistema que incluye 2 hospitales académicos y hospitales comunitarios o especializados, con 12 hospitales y muchas clínicas comunitarias

Leonor Fernández también es médica de atención primaria en Beth Israel Deaconess Medical Center en Boston Massachusetts, investigadora, y profesora asistente en la Escuela de Medicina de Harvard. Su trabajo en equidad consiste en promover la calidad y la equidad del cuidado médico en el sistema.

—¿Cómo definirías hoy las disparidades y las inequidades en salud?

—A veces las preguntas más básicas son las más difíciles. Las disparidades son diferencias observables en salud o en los procesos de salud. Las inequidades son disparidades que son evitables, injustas y sistemáticamente producidas por estructuras sociales, políticas, económicas o institucionales. Los sistemas de salud y las políticas públicas distribuyen riesgos y beneficios. Las inequidades tienen una dimensión normativa y ética. No toda disparidad es inequidad. Pero cuando una diferencia surge por

que hay distribución desigual de poder, recursos o protección social, entonces es una inequidad.

—¿De qué manera analizan las inequidades en el sistema hospitalario?

—Empezamos analizando si la infraestructura del cuidado es equitativa, si ofrecemos lo que se necesita para que cualquier paciente reciba lo necesario. Por ejemplo cómo proveemos interpretes o si es accesible el cuidado para alguien en silla de ruedas. También revisamos los datos de calidad y de procesos de nuestros hospitales y clínicas junto con el equipo de calidad y los líderes de nuestro sistema. Tenemos un panel de control o dashboard y revisamos muchos tipos de datos. Por ejemplo, ¿cuál es la tasa de tamizaje de cáncer de mama en nuestras clínicas comunitarias?, o ¿cuál es la tasa de control de la presión arterial en pacientes con hipertensión? Cuando miramos los datos, y armamos los tableros, mi rol es asegurar que efectivamente podamos “desagregarlos” y hacer los análisis neces-



“Sin datos desagregados, las disparidades poblacionales no siempre se ven. La medición nos ayuda a entender la realidad mejor, y nos ayuda a impulsar cambios. Son necesarios también para medir los efectos de cualquier intervención”.

rios. Cuando analizamos las métricas de calidad, nos fijamos no sólo en los números “totales”, sino también si hay diferencias entre poblaciones y sitios clínicos, especialmente entre poblaciones que suelen recibir menos recursos económicos o sufren otras desventajas, prejuicio u obstáculos que les perjudican. Las categorías a desagregar pueden incluir: el tipo de seguro médico, el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS), el idioma que hablan, la raza y etnia, identidad de género, discapacidad, la edad del paciente, ruralidad y muchas más. Como te imaginás, no siempre tenemos datos confiables a nuestra disposición. En los últimos años, especialmente después de la experiencia del COVID, con las enormes desigualdades raciales y económicas que se vieron en la incidencia, la mortalidad, y la tasa de vacunación en EEUU, ha habido mayor comprensión de que es muy importante preguntar y registrar los datos demográficos y de identidad social de cada paciente. Sin datos desagregados, las disparidades poblacionales no siempre se ven. La medición nos ayuda a entender la realidad mejor, y nos ayuda a impulsar cambios. Son necesarios también para medir los efectos de cualquier intervención.

—¿Nos podés compartir algún ejemplo de disparidades que han observado en tu sistema hospitalario?

—Vemos, por ejemplo, diferencias importantes en el

control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2. La hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 son dos de las enfermedades crónicas más prevalentes y más determinantes del perfil de salud poblacional en Estados Unidos. Son importantísimos factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, la principal causa de muerte en el país. Pero tenemos cómo tratar a estas condiciones, y podemos medir el control de manera objetiva y estandarizada (usando la presión arterial y el nivel promedio de glucemia en sangre, o la hemoglobina glicosilada). Sabemos que las brechas en control de presión arterial y glucemia no se explican principalmente por diferencias biológicas, hay muchos estudios que lo comprueban. En realidad, las diferencias en el control se deben más a:

- 1) Acceso desigual a medicamentos.
- 2) Fragmentación del cuidado.
- 3) Entornos alimentarios adversos
- 4) Estrés psicosocial asociado a desigualdad y el prejuicio
- 5) Barreras lingüísticas y culturales.

En nuestras clínicas vemos a un grupo de pacientes con gran diversidad económica y social; incluye pacientes con seguro público, con seguro comercial privado, o sin seguro. Y, efectivamente, vemos que los pacientes con hipertensión que tienen seguro comercial y mayores ingresos, en promedio, tienen mejor control, hay más pacientes que tienen una pre-

sión arterial saludable. Entre los pacientes de origen africano o afro-americano, vemos que la proporción de pacientes que tienen hipertensión bien controlada es más baja. También, vemos que entre los pacientes que hablan chino, hay peor control de la condición. Entonces nuestro trabajo es plantearnos el ¿por qué? Nuestra estrategia es resumir lo que sabemos basado en la ciencia publicada sobre el tema y también investigar en nuestra institución dónde hay trabas. ¿Por qué no logramos más equidad? No es suficiente decir que los pacientes no siguen los consejos del doctor, debemos analizar qué ocurrió, por ejemplo:

- ¿Recibieron intensificación farmacológica a la misma velocidad?
- ¿Tuvieron acceso al monitoreo de la presión domiciliario?
- ¿Recibieron educación en su idioma?
- ¿Se realizó seguimiento proactivo con la misma frecuencia que lo hicimos con otros grupos?

Muchas veces, la disparidad en resultados está precedida por una disparidad en procesos, que en repetidas ocasiones, es por una combinación de factores. Entonces a nosotros nos toca pensar, después de analizar las diferencias, en qué intervenciones podemos usar para disminuir las disparidades.

—¿Nos podrías dar un ejemplo de las intervenciones que usan o se han usado?

—Las intervenciones casi siempre requieren recursos, ya sea recursos nuevos o una redistribución de los recursos existentes. La literatura de mejora de la calidad orientada a la equidad demuestra que determinadas intervenciones pueden reducir brechas raciales y socioeconómicas cuando se implementan explícitamente con el objetivo de la equidad. El monitoreo domiciliario de la presión arterial es algo que estamos intentando ahora en nuestro sistema. La idea es no solo esperar que el paciente venga al consultorio para hacer cambios en la terapia de la hipertensión arterial, también equiparlos para que


puedan chequearse la presión frecuentemente con un tensiómetro automático y usando la información, ir ajustando la medicación más rápidamente, en vez de esperar a la visita clínica.

La literatura muestra que el monitoreo domiciliario de la presión arterial, especialmente cuando se combina con un manejo clínico protocolizado y seguimiento activo por enfermería o farmacia clínica, puede mejorar significativamente el control de la hipertensión. Diversos ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis han demostrado reducciones clínicamente importantes en presión arterial sistólica en comparación con la atención habitual.

Algunos estudios han mostrado beneficios en poblaciones históricamente marginadas en EEUU, incluyendo pacientes de bajos ingresos, personas afroamericanas e hispanas, y pacientes atendidos en sistemas de seguridad social. En estos contextos, el monitoreo remoto ha demostrado ser eficaz cuando se acompaña de:

- Entrega gratuita de tensiómetros validados.
- Seguimiento proactivo por equipos clínicos.
- Protocolos claros de intensificación farmacológica.
- Atención lingüísticamente concordante.
- Adaptación cultural de la educación en salud.

Sin embargo, la evidencia también muestra que no todos los programas de monitoreo remoto generan mejoras significativas. Algunos ensayos clínicos no han encontrado diferencias sustanciales frente a la atención habitual, especialmente cuando la intervención depende excesivamente de aplicaciones móviles, portales electrónicos o conectividad digital avanzada, sin apoyo clínico estructurado.

Resumiendo, hay muchas intervenciones que nos ayudan a lograr mejores resultados en la salud en poblaciones con menos recursos. El análisis de los datos institucionales, la ciencia publicada, y el aporte de los clínicos, los pacientes, y miembros de las comunidades que experimentan las disparidades nos ayuda a entender cómo promover la equidad. 

“Después de la experiencia del COVID, con las enormes desigualdades raciales y económicas que se vieron en la incidencia, la mortalidad, y la tasa de vacunación en EEUU, ha habido mayor consenso y comprensión que es muy importante preguntar y registrar los datos demográficos y de identidad social de cada paciente”.