

Alicia Fernández:

“El punto clave es que podemos ver la evidencia del impacto de las políticas sociales en la salud de las personas”

Las disparidades en salud como resultado de procesos sociales y la importancia de los enfoques cuantitativos y cualitativos en el estudio de las inequidades. La necesidad de ayudar a los nuevos profesionales a comprender estos conceptos con los problemas de los pacientes reales. Y el impacto de las políticas sociales en la salud de las personas que ayude a promover una sociedad más justa

Alicia Fernández es miembro del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en el área de salud, economía y sociedad, y desarrolla su actividad en la Universidad de California, San Francisco. El año pasado estuvo pre-



sente en las III Jornadas de Investigaciones en Disparidad en Salud, donde intervino en el panel sobre “La inteligencia artificial para mejorar la comunicación con pacientes”.

—Desde su perspectiva, ¿cómo definiría hoy las disparidades y las inequidades en salud?

—Creo que la definición de las disparidades en salud varía mucho según el contexto social. En esencia, las disparidades en salud se refieren a diferencias en salud que son el resultado de procesos sociales, no biológicos. Por ejemplo, trabajo en los Estados Unidos, donde hay mucho énfasis en las disparidades de salud racial y étnica. En otros países, hay más énfasis en las disparidades entre áreas urbanas y rurales, las disparidades regionales o las disparidades por género. El hilo común entre todas estas es que se refieren a diferencias que se consideran “injustas” porque resultan de situaciones sociales en lugar de procesos biológicos por sí solos.

—¿Qué elementos considera indispensables para no vaciar estos conceptos de su dimensión metodológica, política y ética?

—Para que este concepto mantenga su integridad conceptual, es importante entender que la definición depende de políticas sociales modificables. Por ejemplo, creo que las bebés niñas son más grandes que los bebés niños al nacer, o quizá viceversa. Esto aparentemente es un proceso biológico y no está sujeto a nuestras ideas sobre género, por lo que no hablaríamos de disparidades en el peso al nacer por género. Más bien, estas son simplemente diferencias en el peso al nacer por género. Es importante que los estudiantes entiendan que no todas las diferencias reflejan disparidades. De manera similar, en los Estados Unidos, las personas de ascendencia europea tienen más probabilidades de tener fibrosis quística, mientras que las personas de ascendencia africana tienen más probabilidades de tener anemia falciforme. Estas son diferencias biológicas. Sin embargo, si llega el día

en que comencemos a intervenir durante el período gestacional para evitar mutaciones asociadas con estas enfermedades, las políticas sociales podrían convertir estas diferencias en disparidades en la atención médica.

—¿Qué debates considera saldados y cuáles siguen abiertos?

—Los debates que considero en gran medida resueltos son aquellos sobre las diferencias en los resultados de salud que están relacionadas tanto con vulnerabilidades biológicas como sociales. Hoy en día, es inusual encontrar a alguien que insista en que todas las diferencias son biológicas, aunque a veces todavía encontramos personas que insisten en que todas las diferencias son sociales. Lo que creo que es importante es que actualmente el campo permite más complejidad, reconociendo que los factores sociales —de atención médica y biológicos— trabajan juntos de maneras que apenas estamos empezando a comprender.

—¿Cómo dialogan, a su juicio, los enfoques cuantitativos y cualitativos en el estudio de las inequidades? ¿Qué se pierde cuando uno de ellos queda relegado?

—Un ejemplo fascinante de esto es la investigación sobre el papel del estrés en las disparidades raciales en la atención médica. Ahora hay varios estudios nuevos que relacionan encuestas sobre estrés con medidas biológicas de inflamación y mortalidad excesiva entre los afroamericanos. Esto es importante porque estamos comenzando a darnos cuenta de que las condiciones sociales pueden encarnarse a través de mecanismos que apenas se están empezando a entender. En el estudio de las inequidades, tanto los enfoques cuantitativos como los cualitativos son importantes. Los enfoques cualitativos nos permiten comenzar a entender la complejidad de las vidas y experiencias de los pacientes, y son absolutamente necesarios para conceptualizar intervenciones. Los enfoques cuantitativos también son necesarios, ya que nos permiten comprender las

contribuciones relativas de los diferentes factores y la magnitud de las disparidades.

—¿Qué responsabilidades éticas específicas asume quien investiga disparidades en salud, en comparación con otras áreas de investigación?

—Realmente disfruto enseñando sobre las disparidades en salud y la atención médica. Siempre me aseguro de distinguir entre las dos. Las disparidades en la atención médica son aquellas que son promovidas por el sistema de salud, a menudo debido a cómo está estructurado el sistema. Las disparidades en salud son un término mucho más amplio y pueden resultar de contribuciones de factores sociales, biológicos y de atención médica. En este punto, la mayoría de los médicos jóvenes en los Estados Unidos son muy conscientes de la existencia de disparidades en la atención médica.

Encontramos mucha menos resistencia a estos conceptos que cuando comencé en este campo en la década de 1990 y principios de los 2000. En ese momento, las personas temían que las estuvieran acusando de tener prejuicios contra individuos o grupos de pacientes. Ese temor todavía existe, pero en general, la mayoría de las personas ahora entienden que esto tiene que ver con la estructura del sistema de salud y la disposición de los médicos para esforzarse más en superar las barreras en los pacientes socialmente marginados.

—En las últimas décadas, ¿qué continuidades y qué transformaciones observa en la forma en que las inequidades en salud son estudiadas y abordadas?

—Déjenme darles un ejemplo. En mi hospital en San Francisco, muchos pacientes no hablan inglés. Tenemos intérpretes disponibles, pero puede ser complicado llamarlos, esperar por ellos y coordinar la interacción. Como resultado, algunos de nues-

tros médicos jóvenes suelen proceder a evaluar al paciente sin hablar con él. Esto, por supuesto, es terrible para la comprensión del paciente, el diagnóstico y su compromiso con la atención. Es un excelente ejemplo de cómo las acciones de los médicos —el sesgo del médico, por así decirlo— pueden perpetuar inequidades sociales. Un componente estructural de esto es la facilidad con la que podemos acceder a intérpretes. Un sistema dedicado a la equidad haría más fácil acceder a intérpretes y, por ende, más fácil para los médicos hacer lo correcto por el paciente.

Otro ejemplo es el uso de equipos multidisciplinarios. Algunos pacientes bien educados pueden entender fácilmente cuando un médico recomienda múltiples medicamentos para tratar su condición. Otros pueden encontrar muchas dificultades para entender los problemas, el plan de tratamiento o cómo acceder a los medicamentos. Estas son con-

diciones sociales que contribuyen a las disparidades en salud. Creo que es muy importante que enseñemos estos conceptos en el contexto de la atención clínica. Enseñarlos en abstracto no es muy útil. Necesitamos ayudar a los profesionales a entender cómo estos conceptos se relacionan con los problemas de los pacientes reales. Realmente disfruto enseñando estos temas porque creo que los residentes toman estas observaciones muy en serio y a menudo se sienten motivados

a reflexionar sobre su práctica y ver lo que podrían hacer diferente, tanto a nivel personal como estructural. La reflexión es clave para todos nosotros en la mejora de nuestras habilidades como clínicos.

—¿Hubo algún momento o experiencia personal que haya marcado su interés por investigar las inequidades en salud?

—Comencé a estudiar las disparidades en la atención médica porque estaba interesada en el problema de los pacientes que son admitidos con frecuencia. Trabajo en un hospital público y hay un subgrupo de pacientes que son admitidos múltiples

“La investigación debe nutrir de información a las políticas. Desafortunadamente, los responsables de formular políticas no siempre entienden que éstas deben guiarse, al menos en parte, por evidencia”

veces durante el año. Estos pacientes suelen tener una combinación de una condición grave y un problema social o de atención médica que impide que su atención sea efectiva. Cuando comencé a estudiar esto en mi hospital, quedó claro que había dos grandes grupos de pacientes. El primer grupo eran pacientes sin hogar que tenían comorbilidades de uso de sustancias o salud mental. El segundo grupo eran inmigrantes mayores que no hablaban inglés. Quedó claro para mí que estos pacientes estaban sufriendo debido a una atención ineficaz y que si tuvieran una atención más efectiva, sus condiciones podrían ser mejor controladas. Así fue como comencé a examinar la cuestión de las barreras lingüísticas en la atención.

—¿Cómo influyó en su trayectoria académica o profesional?

—Después de 20 años de estudio, siento que he contribuido a una mejor comprensión de la comunicación y la importancia de una comunicación efectiva entre pacientes y médicos en la experiencia y el tratamiento de enfermedades. Me sentí muy orgullosa de haber sido elegida el año pasado para integrar la Academia Nacional de Medicina, un verdadero honor para mí que refleja la creciente aceptación de la importancia de este trabajo.

—Desde su experiencia, ¿qué recomendaciones metodológicas daría a quienes comienzan a investigar inequidades en salud?


—La investigación debe nutrir de información a las políticas. Desafortunadamente, los responsables de formular políticas no siempre entienden que éstas deben guiarse, al menos en parte, por evidencia. Sin embargo, creo que es muy importante para aquellos de nosotros que hacemos investigación en áreas políticamente sensibles, comprometernos con el más alto nivel de integridad en nuestra investigación. Esto significa publicar to-

dos nuestros resultados, independientemente de si un estudio resulta como pensamos que debería. También significa trabajar arduamente para hacer que los resultados de nuestros estudios sean accesibles para los responsables de formular políticas. Esto requiere una forma de traducción, ya que nuestra investigación a menudo es difícil de entender para personas sin formación técnica. Muchas más personas están trabajando en este campo ahora, preguntándose: ¿Cómo se puede hacer que la evidencia científica esté fácilmente disponible para las personas sin distorsionarla? Durante la pandemia en los Estados Unidos,

vimos lo difícil que era para las personas entender la seguridad de la vacuna contra el COVID, a pesar de que había datos rigurosos disponibles. Me alegra que el tema de la difusión ahora haya llegado al frente. Sin embargo, en este momento particular en los Estados Unidos, el NIH no está estudiando ni financiando trabajos de comunicación debido a prioridades políticas desafortunadas.

—Si tuviera que sintetizar en una idea fuerza qué está en juego hoy cuando hablamos de inequidades en salud, ¿cuál sería?

—Si tuviera que sintetizar en una idea fuerza qué está en juego hoy cuando hablamos de inequidades en salud, ¿cuál sería?

—El punto clave a reforzar es que, como médicos, podamos ver la evidencia del impacto de las políticas sociales en la salud de las personas. Debemos continuar nuestro trabajo para explorar estas relaciones, entenderlas completamente y proporcionar evidencia que ayude a la sociedad a avanzar hacia menos injusticias en la salud. Para los investigadores jóvenes, puedo decirles que este es un campo maravilloso y muy gratificante. Se basa en un trípode: comprensión de los mecanismos biológicos de las enfermedades, métodos rigurosos y una perspectiva sociológica. Me siento afortunada de haber dedicado mi carrera a este espacio de investigación. 

“Para los investigadores jóvenes, puedo decirles que este es un campo maravilloso y muy gratificante. Se basa en un trípode: comprensión de los mecanismos biológicos de las enfermedades, métodos rigurosos y una perspectiva sociológica”