

Alcanzar la equidad en salud: una guía para las organizaciones de atención a la salud



UN RECURSO DE IHI

20 University Road, Cambridge, MA 02138 • ihi.org

Cómo citar este documento: Wyatt R, Laderman M, Botwinick L, Mate K, Whittington J. *Achieving Health Equity: A Guide for Health Care Organizations*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016. (Disponible en ihi.org).



AUTORES:

Dr. Ronald Wyatt, MD: *oficial de Seguridad del Paciente y director médico, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, The Joint Commission*

Mara Laderman, MSPH: *investigadora asociada sénior, IHI*

Laura Botwinick, MS: *directora, Programa de Posgrado en Administración y Políticas de Salud, University of Chicago*

Dr. Kedar Mate: *director de Innovación y Educación, IHI*

Dr. John Whittington: *miembro sénior y profesor titular de la Triple Aim, IHI*

Traducción al Español en 2023: Revisada por Jorge Hermida.

Agradecimientos:

Los autores están en deuda con aquellos que han aportado sus revisiones críticas al libro blanco a lo largo del proceso de redacción: Dr. Ronald Copeland, vicepresidente sénior, Estrategia y Política de Diversidad e Inclusión, y director de Diversidad e Inclusión, Kaiser Foundation Health Plan; Cheri Wilson, MA, MHS, directora de Diversidad e Inclusión, Robert Wood Johnson University Hospital; Dra. Kimberlydawn Wisdom, MS, vicepresidenta sénior de Equidad y Salud Comunitaria, y directora de Bienestar y Diversidad, Henry Ford Health System; Carol Beasley, MPPM, vicepresidenta sénior, IHI; Dr. Don Goldmann, director médico y científico, IHI; Alex Anderson, investigador asociado y copresidente, Consejo de Diversidad e Inclusión, IHI; Amy Reid, MPH, directora y copresidenta, Consejo de Diversidad e Inclusión, IHI; y Ann Whittington. También agradecemos a Jane Roessner y Val Weber del IHI por su apoyo en el desarrollo y la edición de este libro blanco. Los autores asumen toda la responsabilidad por cualquier error o tergiversación.

El Institute for Healthcare Improvement, IHI es uno de los principales innovadores en materia de salud y mejora de la atención a la salud en todo el mundo. Durante más de 25 años, nos hemos asociado con una creciente comunidad de visionarios, líderes y profesionales de salud de primera línea de todo el mundo para generar formas innovadoras y audaces de mejorar la salud de las personas y las poblaciones. Juntos, construimos la voluntad de cambio, buscamos modelos de atención innovadores y difundimos las mejores prácticas probadas. Para lograr avances en nuestra misión, el IHI se dedica a optimizar los sistemas de prestación de atención a la salud, impulsar la Triple meta para las poblaciones, alcanzar una atención centrada en la persona y la familia, y crear capacidad de mejora. Desarrollamos los Libros blancos del IHI como un medio para lograr avances en nuestra misión. Las ideas y los hallazgos en estos libros blancos representan el trabajo innovador del IHI y las organizaciones con las que colaboramos. Nuestros libros blancos están diseñados para compartir los problemas que el IHI está tratando de resolver, las ideas que estamos desarrollando y evaluando para ayudar a las organizaciones a lograr mejoras que generen un gran avance, y resultados preliminares, cuando los haya.

Copyright © 2016 Institute for Healthcare Improvement. Todos los derechos reservados. Las personas pueden fotocopiar estos materiales para usos educativos y sin fines de lucro, siempre que el contenido no se altere de ninguna manera y que se le dé la mención apropiada al IHI como la fuente del contenido. Estos materiales no pueden reproducirse para usos comerciales ni con fines de lucro de ninguna manera o por ningún medio, ni pueden volver a publicarse bajo ninguna circunstancia, sin el permiso por escrito del Instituto para la Mejora de la Salud.

Contenido

Introducción a la versión traducida al Español	4
Prólogo	4
Resumen ejecutivo	6
Introducción	6
El caso de negocios para la equidad en salud	10
Marco para que las organizaciones de atención a la salud logren la equidad en salud	11
Medir la equidad en salud	25
Conclusión	29
Anexo A: Entrevistas y visitas de campo	30
Anexo B: Caso de estudio	31
Anexo C: Herramientas para la evaluación de la equidad en salud	33
Referencias	40

Introducción a la versión traducida al Español

Limitaciones de la Traducción: El IHI tomó la decisión de traducir este contenido al español con el fin de estimular el debate sobre la promoción de la equidad, utilizando la perspectiva de la mejora de la calidad en otros países y otras realidades como el contexto norteamericano. Los traductores decidieron no adaptar los ejemplos al contexto de los países de habla hispana, porque alteraría demasiado el texto original, por lo tanto, es necesario que los lectores hagan una correlación con los ejemplos de su realidad. Esta es una de las limitaciones de este Libro Blanco.

El libro blanco original en inglés presenta un modelo conceptual y algunas estrategias genéricas, que pueden ser adaptadas y aplicadas a la realidad de los servicios de salud de otros países. Los lectores se encontrarán con ejemplos del contexto norteamericano.

Reconocemos que los desafíos para la promoción de la equidad en salud son reflejos de los procesos históricos y políticos de cada país y que las recomendaciones basadas en la realidad norteamericana son insuficientes para abordar la demanda local de acciones de reducción de las desigualdades en salud. Recomendamos que la lectura de este Libro Blanco sea complementada con la lectura de investigaciones, políticas e informes técnicos locales para un mayor entendimiento y propuesta de ideas de cambio adaptadas al contexto local.

Prólogo

En 2001, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos definió las seis dimensiones de la calidad en su influyente informe *Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI* (*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*). Los «Seis objetivos» exigían que la atención a la salud fuera segura, eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa. En los 15 años que pasaron desde el informe *Chasm*, la atención a la salud ha progresado significativamente en cinco de los seis objetivos (aunque queda mucho por hacer en todos ellos). Pero los avances en el sexto objetivo, la equidad, se han quedado atrás. Las organizaciones con visión de futuro han logrado avances y están surgiendo focos de excelencia, pero la falta de un progreso generalizado lleva a que algunos califiquen la equidad de «objetivo olvidado».

En el IHI, tomamos medidas para tener presentes los seis objetivos, incluso los hemos impreso y los hemos puesto en las paredes de los pasillos. A pesar de este recordatorio diario, como líder del IHI, debo admitir mi frustración por nuestro fracaso en ayudar a producir cambios notorios en la equidad en salud. Sé que comparto esta frustración con todos mis colegas del IHI y con muchos de ustedes. Esperamos que este Libro blanco del IHI pueda ayudar a crear las bases de un verdadero camino para mejorar la equidad en salud.

Por supuesto que la esperanza no es lo mismo que un plan. Por lo tanto, este libro blanco ofrece consejos prácticos, pasos ejecutables y un marco conceptual que puede guiar a cualquier organización de atención a la salud a trazar su propio viaje hacia una mejor equidad en salud. El marco subraya la importancia de hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica en todos los niveles de una organización, especialmente en el nivel directivo o superior. El marco enfatiza una visión de sistemas de cómo hemos llegado a las inequidades en salud y cómo se pueden mitigar. Y nos insta a trabajar tanto en lo que está dentro de nuestro alcance, desmantelando el racismo institucional y los sesgos implícitos que nos frenan; y más allá de nuestros muros, creando y fomentando asociaciones nuevas en nuestras comunidades que pueden tener un impacto en todos los determinantes sociales de la salud.

Sin embargo, más que cualquier otra cosa, el marco y todo el trabajo innovador y apasionado que se describe en este documento exigen que amplíemos nuestra comprensión de cómo la atención a la salud puede mejorar la equidad en salud. Mejorar solo lo que estamos haciendo ahora no es suficiente; una

mejora real requerirá ampliar y profundizar nuestras conexiones con nuestro personal, nuestros pacientes y nuestras comunidades.

Estados Unidos tiene una historia única de racismo que ha generado resultados de salud dispares e injustos. De hecho, el racismo institucionalizado opera en todo el mundo. Al mismo tiempo, cuanto más aprendemos sobre cómo la raza, el género, el origen étnico, la orientación sexual, la edad, la salud mental, la discapacidad, la ubicación geográfica y otros factores contribuyen a las inequidades en salud, más crece nuestra determinación para marcar la diferencia. Este Libro blanco del IHI es parte de un llamado más grande a todos ustedes para que aporten sus habilidades únicas, sus conocimientos, su pasión y sus buenas ideas a quienes más lo necesitan.

Gracias por tomarse el tiempo de leer.

Derek Feeley
Presidente y director general
Institute for Healthcare Improvement

Resumen ejecutivo

En Estados Unidos, sigue habiendo disparidades significativas en la esperanza de vida y otros resultados de salud. La atención a la salud cumple un papel importante en el logro de la equidad en salud. Si bien las organizaciones de atención a la salud por sí solas no tienen el poder de mejorar todos los determinantes de la salud para toda la sociedad, sí tienen el poder de abordar las disparidades directamente en el punto de atención y de generar un impacto en muchos de los determinantes que crean estas disparidades.

Este libro blanco brinda orientación sobre cómo las organizaciones de atención a la salud pueden reducir las disparidades en salud relacionadas con el grupo racial o étnico, la religión, la condición socioeconómica, el género, la edad, la salud mental, la discapacidad cognitiva, sensorial o física, la orientación sexual o la identidad de género, la ubicación geográfica, u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o la exclusión.

Para fundamentar este trabajo, el IHI revisó bibliografía seleccionada, entrevistó a numerosos expertos y realizó visitas a centros de organizaciones de atención a la salud ejemplares que trabajan para mejorar la equidad en salud en sus comunidades. El resultado, que se presenta en este libro blanco, es un marco para que las organizaciones de atención a la salud mejoren la equidad en salud en las comunidades a las que atienden. El marco tiene cinco componentes clave:

- Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica.
- Desarrollar estructuras y procesos para respaldar el trabajo de equidad en salud.
- Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención a la salud pueden tener un impacto directo, como los servicios de atención a la salud, la condición socioeconómica, el entorno físico y los comportamientos saludables.
- Disminuir el racismo institucional dentro de la organización.
- Desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias para mejorar la salud y la equidad.

En el libro blanco también se describen cuestiones prácticas al medir la equidad en salud, se presenta un estudio de caso del Sistema de Salud Henry Ford y se incluye una herramienta de autoevaluación para que las organizaciones de atención a la salud evalúen su estado actual en relación con cada componente del marco. El marco es una continuación del trabajo del IHI, que comenzó en 2007, sobre la Triple meta: mejorar la experiencia individual de la atención, mejorar la salud de las poblaciones y reducir los costos per cápita de la atención para las poblaciones. La equidad en salud no es una cuarta meta, sino un elemento de los tres componentes de la Triple meta. La Triple meta no se logrará hasta que se logre para todos.

Introducción

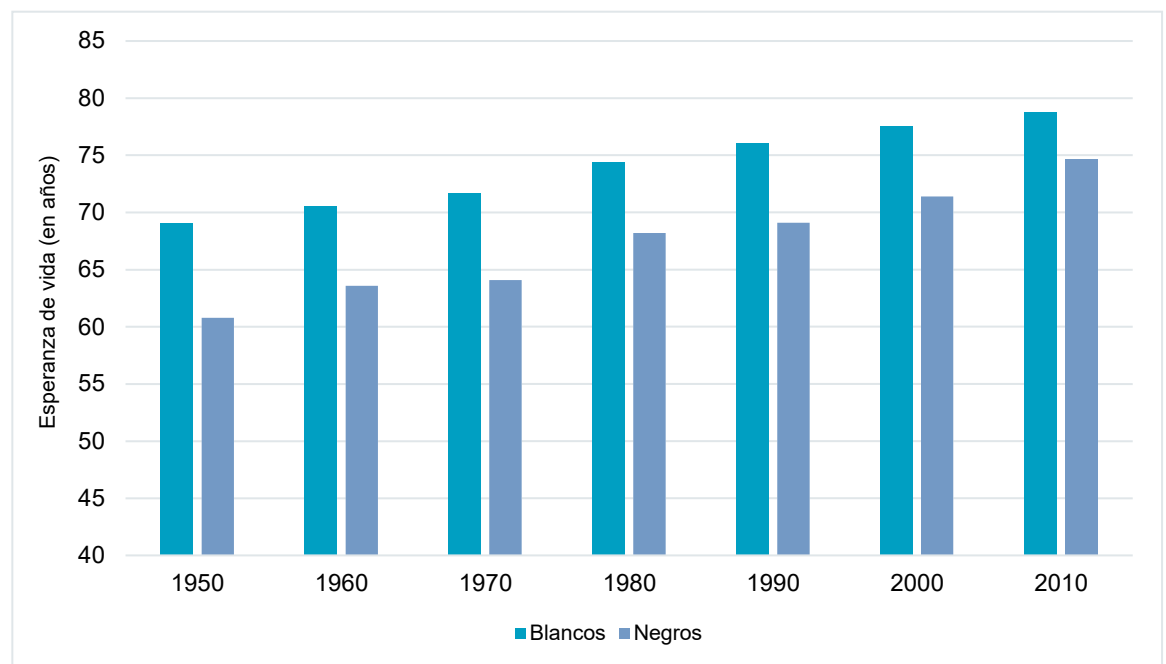
Tommy Cannon murió a los 62 años. Era un estadounidense negro que vivió toda su vida en la carretera 29 en el condado de Perry, cerca de Marion, Alabama, en una región conocida como Black Belt. Era sumamente religioso, trabajador, honesto y generoso.

A finales de sus 50 años, le diagnosticaron diabetes tipo 2. Al igual que muchos otros estadounidenses negros de edad avanzada, en aquel momento y ahora, no tenía una fuente de atención a la salud preventiva periódica. Un día en 1973, cuando Tommy se enfermó gravemente, esperó durante horas en la sala de espera de un consultorio médico segregado tratando de recibir atención. Cuando finalmente lo atendieron, el médico le dijo que fuera a un hospital a 80 kilómetros de distancia porque estaba muy enfermo. Tommy Cannon murió al día siguiente a los 62 años de sepsis debido a

la ruptura del apéndice en un hospital de Selma, Alabama, sin que un médico lo viera.¹

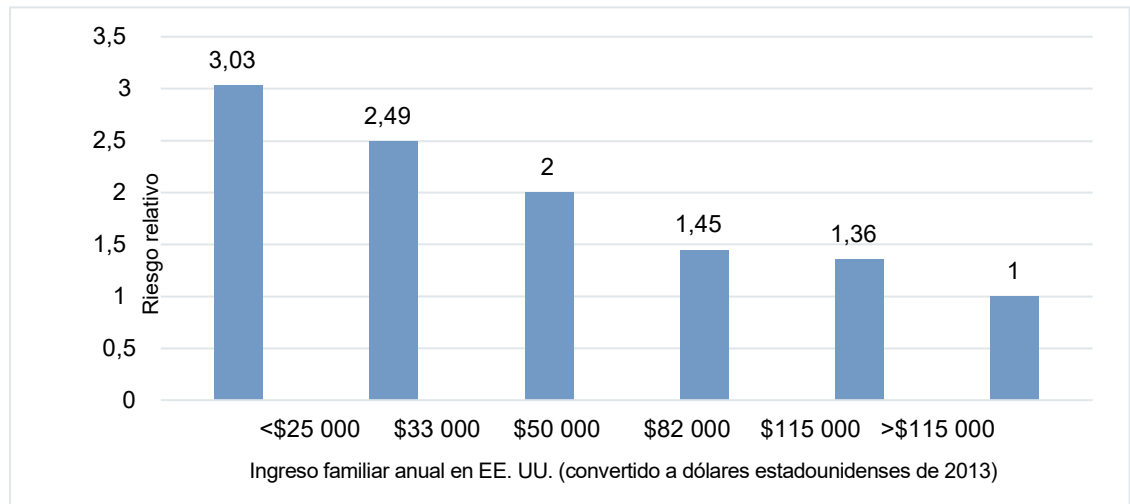
En el 2013, la esperanza de vida al nacer para los hombres en el condado de Perry, Alabama, era de 67,4 años² (en comparación con 76,3 años, el promedio nacional para los hombres en EE. UU. para el mismo año)³ El condado de Perry es una zona rural, muy pobre y sus ciudadanos son mayoritariamente negros. La geografía, los ingresos y la raza son tres determinantes importantes de la salud en EE. UU. Hoy en día, los hombres del condado de Perry deberían vivir más, y la muerte de Tommy Cannon en 1973 podría haberse evitado si hubiera recibido atención antes. La Figura 1 muestra que, incluso con mejoras a lo largo del tiempo, la esperanza de vida de los estadounidenses negros se ha quedado atrás con respecto a la de los estadounidenses blancos desde 1950; de hecho, la esperanza de vida de los estadounidenses negros en 2010 era igual a la de los estadounidenses blancos en 1980.

Figura 1. Esperanza de vida de personas de raza blanca y de raza negra en EE. UU. (1950-2010)⁴



Las disparidades en salud no se limitan a la raza y el origen étnico. La Figura 2 muestra el gradiente de riesgo relativo de mortalidad para diferentes niveles de ingresos entre los hogares estadounidenses. En comparación con los hogares con ingresos anuales superiores a \$115 000 (referente), los hogares con ingresos más bajos tienen un mayor riesgo relativo de mortalidad, que aumenta en la medida en que disminuyen los ingresos.

Figura 2. Riesgo relativo* de mortalidad por todas las causas según el nivel de ingreso familiar anual en EE. UU.^{5,6}



**NOTA: El riesgo relativo se define como una medida del riesgo de que un determinado evento ocurra en un grupo en comparación con el riesgo de que el mismo evento ocurra en otro grupo.*

Incluso en 2016, sigue habiendo disparidades significativas en la esperanza de vida y otros resultados de salud en todo Estados Unidos.⁷ Estas inequidades en salud se observan en la intersección de datos demográficos. El objetivo de este libro blanco es brindar orientación sobre cómo las organizaciones de atención a la salud pueden reducir las disparidades en salud relacionadas con «el grupo racial o étnico, la religión, la condición socioeconómica, el género, la edad, la salud mental, la discapacidad cognitiva, sensorial o física, la orientación sexual o la identidad de género, la ubicación geográfica, u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o la exclusión».⁸

Por supuesto que estos factores están estrechamente relacionados. Muchas veces, las poblaciones se separan en grupos distintivos: heterosexual o LGBTQ; negro o blanco; mujeres o minorías. Es importante hacer estas distinciones para comprender las diferencias entre varias poblaciones. Sin embargo, estas distinciones presentan un problema significativo, ya que las personas poseen muchas características simultáneamente. Las mujeres hispanas y LGBTQ son, al mismo tiempo y con la misma importancia, mujeres e hispanas y LGBTQ. Pensar acerca de una persona a través de una sola de esas lentes no permite tener una comprensión completa. Esta idea se denomina «interseccionalidad», un marco para comprender cómo «múltiples identidades sociales como la raza, el género, la orientación sexual, la condición socioeconómica y la discapacidad se cruzan en el nivel micro social de la experiencia individual para reflejar sistemas entrelazados de privilegio y opresión».⁹ Un creciente conjunto de investigaciones que examina los efectos relativos de diferentes características sociodemográficas en la salud (por ejemplo, los efectos relativos de la raza y la condición socioeconómica en el riesgo de mortalidad) continuará esclareciendo los efectos conjuntos e independientes de varias características en los resultados de salud.¹⁰ Por ahora, comprender el impacto relativo que, por ejemplo, tiene la raza/el origen étnico en la condición socioeconómica, o el género en la raza, o los ingresos en el género, sigue siendo una pregunta abierta para los investigadores.

La evidencia sugiere que la contribución proporcional de la atención a la salud a la muerte prematura es solo de aproximadamente el 10 por ciento, y el resto se debe a múltiples determinantes no médicos: comportamientos (40 por ciento); predisposición genética (30 por ciento); circunstancias sociales como empleo, vivienda, transporte y pobreza (15 por ciento); y exposición ambiental (5 por ciento).¹¹ Estos factores no existen de forma aislada; por ejemplo, la capacidad de tener comportamientos saludables (p. ej., una alimentación saludable) está determinada por las

circunstancias sociales de una persona (p. ej., acceso a alimentos saludables y asequibles). Las organizaciones de atención a la salud por sí solas no tienen el poder de mejorar todos los determinantes de la salud para toda la sociedad, pero sí tienen el poder de abordar las disparidades directamente en el punto de atención y de generar un impacto en muchos de los determinantes que crean estas disparidades.

La atención a la salud cumple un papel importante en el logro de la equidad en salud. El objetivo de este libro blanco es brindar orientación para que las organizaciones de atención a la salud hagan de la equidad en salud una prioridad estratégica, creen los procesos y las estructuras de gobernanza para respaldar este trabajo, aborden los múltiples determinantes de la salud en los que estas organizaciones pueden tener un impacto, reconozcan y disminuyan el racismo institucional en sus propias organizaciones, y construyan asociaciones con otros en la comunidad para mejorar la equidad en salud.

Definiciones

Es importante establecer definiciones claras de los términos que se usan en este libro blanco: salud de la población, determinantes sociales de la salud, equidad en salud, disparidad en salud, inequidad en salud y disparidad en la atención a la salud.

- **Salud de la población:** definida en un artículo de 2003 en la revista *American Journal of Public Health*, por el Dr. David Kindig, Ph. D. y Greg Stoddart, Ph. D. como «los resultados de salud de un grupo de personas, que incluye la distribución de estos resultados dentro del grupo».¹² Por lo general, las organizaciones de atención a la salud definen la población de dos maneras diferentes: como las comunidades en su área geográfica de servicio o como los pacientes que realmente atienden en la organización.
- **Determinantes sociales de la salud:** la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y los sistemas que se usan para tratar una enfermedad. A su vez, estas circunstancias están determinadas por un conjunto más grande de fuerzas: la economía, las políticas sociales y la política».¹³
- **Equidad en salud:** para definir la equidad en salud, recurrimos al trabajo de la profesora Margaret Whitehead, directora del Centro Colaborador para la Investigación de Políticas de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. La mayoría de los países usa el término «desigualdad» para hacer referencia a las diferencias socioeconómicas en la salud; es decir, las diferencias en la salud «que son innecesarias y se pueden evitar y, además, se consideran injustas e infundadas». Whitehead sigue afirmando que, cuando hay equidad en salud, «idealmente, todos deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud y, de manera más pragmática, nadie debería estar en desventaja para alcanzar este potencial, si se puede evitar».¹⁴ Esta es la definición que el IHI usa para orientar nuestro trabajo en la mejora de la equidad en salud.
- **Disparidad en salud e inequidad en salud:** la disparidad en salud se define como la diferencia en los resultados de salud entre grupos dentro de una población. Si bien los términos pueden parecer intercambiables, la «disparidad en salud» es diferente de la «inequidad en salud». La «disparidad en salud» indica diferencias, ya sean injustas o no. Por otro lado, la «inequidad en salud» indica diferencias en los resultados de salud que son sistemáticas, evitables e injustas.
- **Disparidad en la atención a la salud:** el Instituto de Medicina (Institute of Medicine) la define como «diferencias raciales o étnicas en la calidad de la atención a la salud que no se deben a factores relacionados con el acceso ni a necesidades clínicas, preferencias e idoneidad de la intervención».¹⁵ Este libro blanco se enfoca en las disparidades en los resultados de salud más que en la prestación de servicios de atención a la salud; sin embargo, la prestación equitativa de servicios de atención a la salud es fundamental para reducir las disparidades en los resultados de salud.

Las organizaciones de atención a la salud tienen una oportunidad significativa para mejorar la equidad en salud en las comunidades a las que atienden. Como dijo Antony Sheehan, expresidente del centro Church Health en Memphis, Tennessee, en una entrevista: «Los servicios de salud deben ser un conducto para mitigar los determinantes sociales que se interponen en el camino de la salud y el bienestar».

Métodos

Como parte de nuestros esfuerzos por comprender cómo los sistemas de salud pueden tener un impacto en la equidad en salud en sus comunidades, el IHI dirigió cuatro Proyectos de innovación de 90 días sobre equidad en salud en 2015.¹⁶ El objetivo de estos ciclos secuenciales de 90 días fue diseñar y evaluar un marco para que los sistemas de salud tengan un impacto en los múltiples determinantes de la salud y hagan mejoras significativas en la equidad en salud en las comunidades a las que atienden. El IHI desarrolló el marco descrito en este libro blanco basándose en el trabajo de estos Proyectos de innovación, lo que incluyó analizar la bibliografía actual publicada sobre equidad en salud; entrevistar a más de 30 expertos, incluidas entrevistas con pacientes; visitar los centros; y aprender de los sistemas de atención a la salud ejemplares que se encuentran en la vanguardia del trabajo para mejorar la equidad en salud en sus comunidades (consulte el Anexo A).

El caso de negocios para la equidad en salud

Además del argumento moral para alcanzar la equidad en salud y el hecho de que mejorar la calidad de la atención a la salud y la salud de la población requerirá la disminución de las disparidades en salud, hay un gran argumento para acelerar este trabajo en los sistemas de salud a nivel micro, meso y macro. Las disparidades en salud no solo generan peores resultados de salud para las poblaciones históricamente marginales; esta carga excesiva de enfermedad también genera mayores costos para los sistemas de salud, las aseguradoras, los empleadores, y los pacientes y sus familias, así como una menor productividad de los trabajadores debido a las mayores tasas de ausentismo y presentismo (es decir, trabajar mientras se está enfermo).^{17,18}

Las disparidades en salud conducen a una pérdida económica significativa para el sistema de atención a la salud estadounidense. El costo total de las disparidades raciales/étnicas en 2009 fue de aproximadamente \$82 mil millones (\$60 mil millones en exceso de costos de atención a la salud y \$22 mil millones en pérdida de productividad.¹⁹ Se espera que la carga económica de estas disparidades en salud en EE. UU. aumente a \$126 mil millones en 2020 y a \$353 mil millones en 2050 si las disparidades siguen iguales. Un análisis de 2009 del Urban Institute calculó que, entre 2009 y 2018, las disparidades raciales en la salud le costarán a las aseguradoras de salud de EE. UU. aproximadamente \$337 mil millones, lo que incluye \$220 mil millones para Medicare debido a tasas más altas de enfermedades crónicas entre personas afroamericanas e hispanas y al envejecimiento de la población.²⁰ Además, hay un costo de oportunidad de no reducir las disparidades en salud; por ejemplo, si las tasas de mortalidad y los resultados de salud de las personas con educación secundaria fueran equivalentes a aquellos de las personas con un título universitario, las mejoras en la esperanza de vida y la salud se traducirían a un ahorro anual de \$1,02 billones en EE. UU.²¹

Los pacientes que tienen necesidades de salud complejas representan una parte desproporcionada del gasto en atención a la salud en EE. UU.,²² y las minorías raciales/étnicas, así como las personas con una condición socioeconómica más baja, tienen más probabilidades de padecer múltiples enfermedades crónicas y, por lo tanto, costos de atención a la salud más altos.²³ Además, las minorías raciales/étnicas y las personas con un dominio limitado del inglés en EE. UU. tienen más probabilidades de sufrir un evento adverso, de que se les soliciten pruebas inadecuadas y a menudo costosas, de tener una estadía en el hospital más prolongada, de ser reingresados en el hospital y de tener hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (es decir, ingresos debido a una enfermedad que muchas veces puede tratarse eficazmente en un ámbito ambulatorio y generalmente no llevan a una hospitalización si se trata correctamente).²⁴ Esto se debe en gran parte a un sistema de atención a la salud estadounidense que tienen procesos de comunicación ineficientes, capacidad limitada para adaptarse a culturas diferentes, e incapacidad para conocer a las personas

donde se encuentran, lo que a menudo se identifica como «alfabetismo en salud». Estos acontecimientos hacen que los costos suban y los puntajes en las métricas de calidad bajen.

Centrar los esfuerzos en la prevención, mejorar la atención para estas poblaciones y reducir estas brechas en la atención puede hacer que las organizaciones de atención a la salud y las aseguradoras ahorren una gran suma de dinero, particularmente teniendo en cuenta que la demografía sigue cambiando y las minorías raciales y étnicas constituyen una porción más grande de la población de EE. UU.²⁵ Los empleadores grandes y pequeños están muy preocupados por cómo detener la ola de aumento de los costos de atención a la salud. Como los empleadores grandes en las comunidades, las organizaciones de atención a la salud también tienen un interés económico en la disminución de las disparidades en salud entre sus propios empleados, así como en las poblaciones de pacientes a las que atienden. Los empleados sanos son más productivos en el trabajo, se toman menos días por enfermedad y requieren menos atención a la salud, lo que da como resultado un menor gasto en la cobertura médica proporcionada por el empleador.

A medida que los sistemas de salud se enfoquen más en el manejo de la salud de la población y las nuevas estructuras de pago los hagan responsables del riesgo parcial o total de la salud de los pacientes a los que atienden, estos sistemas necesitarán considerar el riesgo económico asociado con la continuidad de las disparidades en los resultados de salud. Cumplir con los objetivos de pago por rendimiento por enfermedades crónicas frecuentes, como la diabetes, no será posible si no se reducen las disparidades. Si bien crear un argumento comercial para la equidad en salud puede ser un desafío, en la siguiente sección del marco de equidad en salud se incluyen enfoques sugeridos para abordar algunas cuestiones económicas importantes relacionadas con la disminución de las disparidades.

Marco para que las organizaciones de atención a la salud logren la equidad en salud

En el artículo «Producing Health, Consuming Health Care» (Produciendo salud, consumiendo atención a la salud), Evans y Stoddart comienzan con un modelo inicial simple: las personas tienen una enfermedad y la atención a la salud puede curarla. Por lo tanto, si las personas tienen acceso a la atención a la salud, su salud mejorará.²⁶ Sin embargo, la evidencia sugiere que el acceso a la atención a la salud por sí solo no es suficiente para disminuir las disparidades en salud. Los autores se basan en ese modelo simple y desarrollan un enfoque con más matices que considere los entornos sociales, físicos y económicos, junto con los factores genéticos, los comportamientos individuales y las interacciones entre ellos.²⁷

En nuestro trabajo con las organizaciones de atención a la salud a través del cual buscamos mejorar la equidad en salud, el IHI adaptó este enfoque más complejo que tiene en cuenta los múltiples determinantes de la salud, como se refleja en el marco de equidad en salud que se describe a continuación. Actualmente, la mayoría de los sistemas de salud están diseñados para generar resultados no equitativos. Como dijo el Dr. Paul Batalden: «Cada sistema está perfectamente diseñado para obtener los resultados que obtiene».²⁸ Cualquier organización que desee mejorar la equidad debe estar preparada para cambiar de manera fundamental el sistema actual que está generando disparidades en los resultados de salud. Por consiguiente, cualquier organización de atención a la salud que priorice la disminución de las disparidades en salud debe estar preparada para hacer de la equidad en salud una propiedad del sistema (es decir, una prioridad a nivel del sistema en todos los niveles de la organización) y para cambiar a fondo el sistema actual que está generando resultados no equitativos. Esta no es una cuestión que se pueda delegar; abordar la equidad en salud requiere un fuerte compromiso de los líderes de alto nivel. (Consulte el Anexo B para ver un estudio de caso del del Sistema de Salud Henry Ford, en el que se describe el compromiso de sus líderes con respecto a la equidad en salud en todos los niveles de la organización).

Para aquellas organizaciones de atención a la salud que están listas para comenzar o acelerar este trabajo, describimos un marco con cinco ideas centrales, basadas en nuestra investigación, para orientar a las organizaciones en hacer de la equidad en salud una propiedad del sistema (ver Figura 3). La herramienta de autoevaluación de equidad en salud para las organizaciones de atención a la salud del IHI (consultar Anexo C) ayuda a las organizaciones a evaluar su enfoque en la equidad en salud actual y los esfuerzos de mejoras relacionados con los cinco componentes en el marco de equidad en salud.

Figura 3. Marco Conceptual para alcanzar la equidad en salud

<p>1. Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar el compromiso de los líderes para mejorar la equidad en salud en todos los niveles de la organización. • Asegurar un financiamiento sostenible a través de nuevos modelos de pago.
<p>2. Desarrollar estructuras y procesos para respaldar el trabajo de equidad en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un comité de gobernanza para supervisar y manejar el trabajo de equidad en toda la organización. • Dedicar recursos en el presupuesto para apoyar el trabajo de equidad.
<p>3. Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención médica pueden tener un impacto directo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención a la salud. • Condición socioeconómica. • Entorno físico. • Comportamientos saludables.
<p>4. Disminuir el racismo institucional dentro de la organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio físico: edificios y diseño. • Planes de seguro médico aceptados por la organización. • Reducir el sesgo implícito en las políticas, las estructuras y las normas de la organización, y en la atención al paciente.
<p>5. Desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar los activos de la comunidad para trabajar en conjunto en cuestiones comunitarias relacionadas con mejorar la salud y la equidad.

1. Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica

- Compromiso de los líderes.
- Financiamiento sostenible.



1. Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica para la organización de atención a la salud

Demostrar el compromiso de los líderes para mejorar la equidad en salud en todos los niveles de la organización

Los líderes de atención a la salud deben aclarar explícitamente que mejorar la equidad en salud es una prioridad de la organización, tanto para respaldar la asignación de recursos para este trabajo como para demostrar que la organización se toma en serio la disminución de las disparidades en salud. Por ejemplo, Bernard Tyson, director general de Kaiser Permanente (KP), ha sido un gran defensor de la eliminación de las disparidades en la atención a la salud.²⁹ Las organizaciones de atención a la salud necesitan líderes sénior que promuevan el cambio y establezcan la equidad en salud como una propiedad del sistema. Una forma de señalar que la equidad en salud es una prioridad estratégica es incluirla en el plan de compensación ejecutiva. En Robert Wood Johnson University Hospital (RWJUH), por ejemplo, el 15 por ciento de la compensación ejecutiva está relacionado con alcanzar los objetivos de equidad en salud; el desempeño frente a estos objetivos es

una medida clave para todos los empleados a nivel directivo y superior. Además, para garantizar que los empleados estén trabajando para alcanzar los objetivos de equidad inter-departmentalmente en lugar de hacerlo de forma aislada, RWJUH alinea los objetivos individuales en forma horizontal a nivel directivo y superior. Asimismo, la equidad se incorpora en el plan estratégico en todos los pilares organizacionales estratégicos.

Las organizaciones deben considerar la integración de la mejora de la equidad en salud y del impacto sobre los múltiples determinantes de la salud en el plan de negocios de la organización. Los líderes de HealthPartners en Minnesota, por ejemplo, han adoptado con éxito un modelo de negocio comunitario que incluye asociaciones multisectoriales en toda la comunidad para abordar los determinantes sociales no médicos de la salud para acelerar la mejora de la salud pública en la zona de Minneapolis-St. Paul.³⁰ Como parte de esto, sus líderes volvieron a priorizar la mejora de la equidad y la salud comunitaria, pasando de «es bueno tenerlas» a «son imprescindibles» en su plan de negocios.

Asegurar un financiamiento sostenible a través de nuevos modelos de pago

Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica se ve facilitado en gran parte por el financiamiento sostenible a través de nuevos sistemas de pago, tanto a nivel micro, meso y macro, según la organización administrativa del País. Las organizaciones de atención a la salud en entornos en los que predomina el pago por servicio generalmente no están incentivadas para invertir en mantener a las personas saludables; en lugar de eso, el sistema está diseñado para recompensar el volumen y abordar las cuestiones de atención a la salud después de que las personas se enferman. Las organizaciones que asumen riesgos financieros y tienen modelos de pago basados en la población pueden hacer más. Los métodos de financiamiento como los que se usan para las organizaciones de atención responsable son un paso en la dirección correcta porque recompensan las intervenciones que mejoran la salud de la población, pero es probable que se necesiten modelos de pago incluso más sólidos como la capitación total. Los modelos de pago combinado que responden por las necesidades de atención a la salud de las poblaciones marginales y no sancionan a los proveedores de la red de seguridad tienen el potencial de mejorar la equidad en salud al redirigir los recursos hacia la salud y el valor de la población.³¹

A medida que los sistemas de salud asuman riesgos financieros a nivel de la población, la disminución de las disparidades en los resultados de salud se volverá un requisito para manejar este riesgo. Revisar los contratos y los modelos financieros con las empresas de seguros para identificar resultados que pueden estar o están actualmente relacionados con incentivos financieros para disminuir las disparidades en ese resultado puede ayudar a identificar áreas en las que enfocarse para disminuir las disparidades bajo estos nuevos modelos de pago. Con la instauración de los sistemas de pago adecuados, las organizaciones estarán mejor equipadas para implementar intervenciones al nivel de la población destinadas a mejorar la equidad en salud.

2. Desarrollar estructuras y procesos

- Establecer un comité de gobernanza.
- Dedicar recursos.

2. Desarrollar estructuras y procesos para respaldar el trabajo de equidad en salud

Establecer un comité de gobernanza para supervisar y manejar el trabajo de equidad en toda la organización

Una estrategia de equidad en salud requiere una estructura organizacional de apoyo que pueda manejar el trabajo. Debido a que muchos elementos relacionados con la equidad deben tenerse en cuenta en la estrategia (por ejemplo, contratación, obtención de suministros, planificación de edificios nuevos, capacitación del personal interno, rediseño de la atención), las organizaciones necesitarán una estructura de comité de supervisión para permitir que las personas de toda la organización trabajen juntas y con objetivos compartidos de equidad en salud. Tyler Norris, vicepresidente de Total Health Partnerships en KP, señala que las organizaciones necesitan una estrategia «con todo» para que esto suceda. En un nivel, la equidad en salud debería ser asunto de todos. Sin embargo, sin un líder claro y

una estructura de gobernanza para mejorar la equidad en salud en toda la organización, es menos probable que los recursos y la atención sean suficientes para lograr un impacto significativo. Por ejemplo, en el del Sistema de Salud Henry Ford (HFHS), la Dra. Kimberlydawn Wisdom, MS, vicepresidenta sénior de Equidad y Salud Comunitaria, y directora de Bienestar y Diversidad, proporciona liderazgo al personal de toda la organización y garantiza que tengan recursos significativos para lograr un impacto en la equidad en salud. El HFHS pronto establecerá un Centro para la Equidad en la Atención a la salud.

Dedicar recursos en el presupuesto para apoyar el trabajo de equidad

En otro ejemplo de incorporación de la equidad en la estructura corporativa, RWJUH tiene siete grupos de recursos comerciales (Business Resource Groups, BRG) conformados por personal de todas las divisiones.³² Cada BRG tiene un presupuesto anual de equidad y se espera que se usen estos fondos para participar en actividades de equidad en salud que tengan un impacto en los trabajadores, los pacientes y la comunidad. Más del 5 por ciento de los empleados son miembros de al menos un BRG. Cada BRG tiene un patrocinador ejecutivo, lo que demuestra que estas unidades forman parte de la estructura de la organización con el apoyo de los líderes sénior. Un beneficio adicional para el hospital es que los empleados que son miembros de los BRG tienen las puntuaciones de compromiso de los empleados más altas.

Estos ejemplos de KP, HFHS y RWJUH muestran cómo las organizaciones han establecido estructuras para apoyar y brindar recursos para su trabajo de equidad.

3. Implementar estrategias para abordar los determinantes de la salud

- Servicios de atención a la salud.
- Condición socioeconómica.
- Entorno físico.
- Comportamientos saludables.

3. Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención a la salud pueden tener un impacto directo

Para apoyar la ejecución de la de la equidad en salud como prioridad estratégica, las organizaciones de atención a la salud deben desarrollar actividades específicas para abordar los determinantes de la salud en los que pueden tener un impacto directo, lo que incluye los servicios de atención a la salud, la condición socioeconómica, el entorno físico y los comportamientos saludables. Si bien el análisis de cuestiones clave en la provisión equitativa de atención, como el alfabetismo en salud, la competencia y la sensibilidad cultural, y la disponibilidad de servicios de interpretación de alta calidad, está fuera del alcance de este documento, estas cuestiones son esenciales para mejorar la salud y la equidad en la atención a la salud, y deben tenerse en cuenta en el diseño de la prestación de servicios de atención a las poblaciones desfavorecidas.^{33,34,35,36}

Servicios de atención a la salud

Recolectar y analizar datos para comprender dónde hay disparidades.

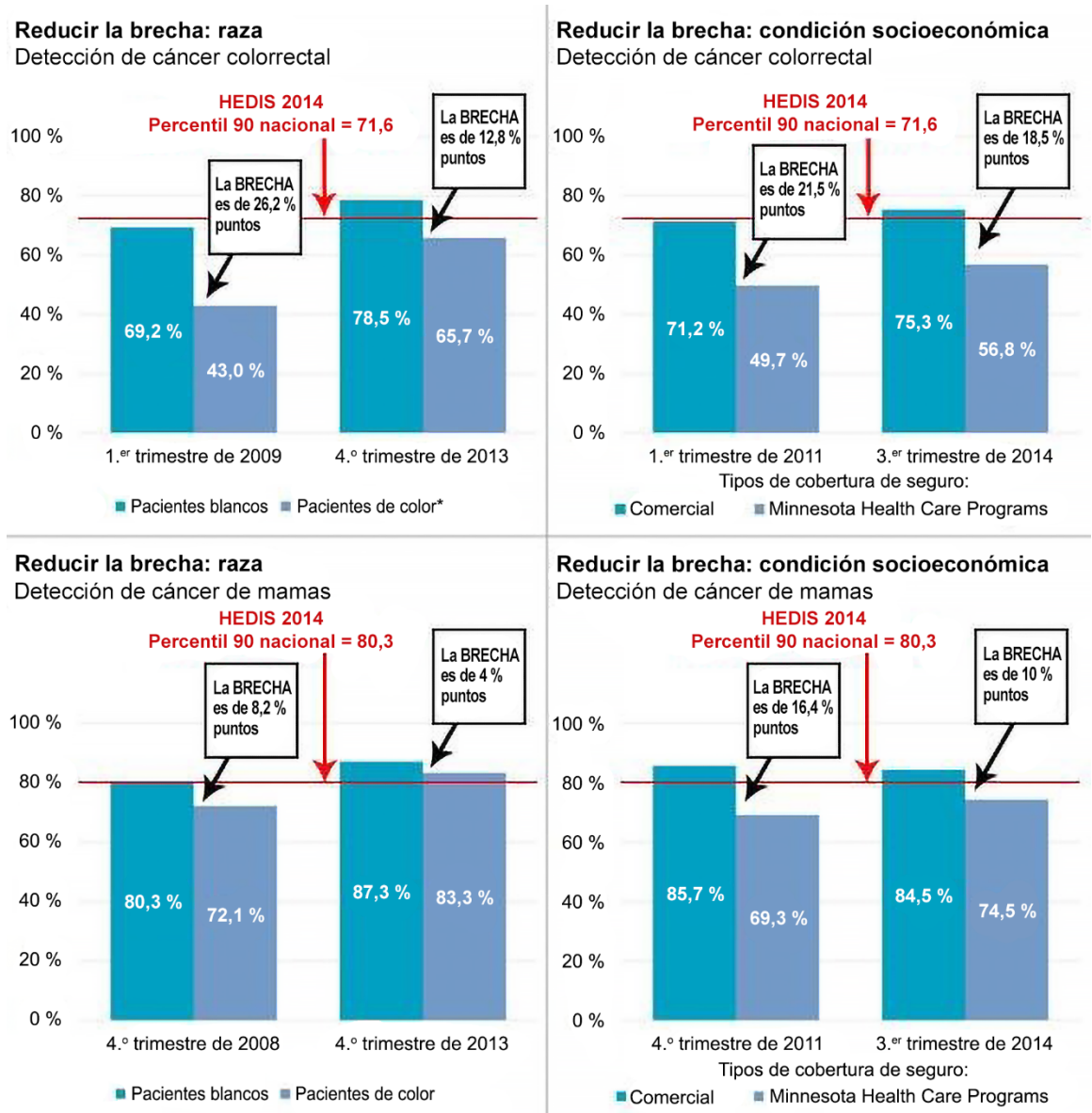
Para mejorar la equidad en salud, lo primero que las organizaciones deben hacer es comprender dónde hay disparidades. Esto requiere la recolección precisa de datos de raza, origen étnico e idioma (race, ethnicity and language, REAL), junto con los recursos para analizarlos.³⁷ Las organizaciones de atención a la salud no siempre han recolectado estos datos. La Ley de Reinversión y Recuperación de Estados Unidos de 2009 incentivó la adopción y el uso significativo de tecnología interoperable de información de salud por parte de hospitales y profesionales de atención a la salud elegibles. La implementación de la etapa 1 requería el registro de datos demográficos, que incluían el idioma preferido, el género, la raza, el origen étnico y la fecha de nacimiento.³⁸

A las organizaciones aún les cuesta recolectar y analizar estos datos de manera efectiva, ya que a veces no cuentan con procesos efectivos para recolectar la información de los pacientes o tienen sistemas de información que no incluyen la información en todas las interfaces de la computadora. Para abordar este problema, el Sistema de salud Henry Ford implementó el enfoque de «We Ask Because We Care»

(Preguntamos porque nos importa) (consultar el caso de estudio en el Anexo B).³⁹ RWJUH, por ejemplo, recolectó datos de REAL, pero no de manera confiable para todos los tipos de datos (por ejemplo, los datos de raza/origen étnico se recolectaron de manera confiable, pero no así los datos de idioma de preferencia). En cuanto descubrió que una de las causas de esta variación estaba relacionada con la forma en que se recolectaban y almacenaban los datos en sus diferentes sistemas de información, RWJUH tomó una iniciativa de mejora optimizada para reparar sus sistemas informáticos, llevó a cabo sesiones de capacitación con personal del área de acceso de pacientes (registro) y personal de enfermería, y lanzó un proceso mejorado en diciembre de 2015. El proceso nuevo incluye la creación de una orden permanente para completar la hoja de flujo de enfermería cada vez que se marca «Sí» en «¿Se necesita un intérprete? S/N». Como lo exige la ley estatal de Nueva Jersey, RWJUH también documenta el idioma de preferencia del cuidador familiar y si se necesita un intérprete para el cuidador familiar además del intérprete del paciente. Si bien hay algunos recursos para apoyar la capacitación del personal para la recolección de estos datos, sigue habiendo desafíos.

Una vez que los sistemas de salud recolectan los datos de REAL, deben analizarlos para identificar las disparidades en la atención y, lo que es más importante, los resultados de salud. HealthPartners en Minnesota es un buen ejemplo de una organización que usó sus datos para identificar las disparidades en las tasas de detección de cáncer mediante mamografías y colonoscopias en función de los grupos raciales y los tipos de seguros, y luego implementó mejoras para cerrar estas brechas (consulte la Figura 4). Los resultados que obtuvieron son impresionantes: redujeron las brechas de detección de cáncer de mama en un 4 por ciento entre grupos raciales y en un 5 por ciento entre tipos de seguros; y redujeron las brechas de detección de cáncer colorrectal en un 13 por ciento entre grupos raciales y en un 2 por ciento entre tipos de seguros.⁴⁰

Figura 4. Tasas de detección de cáncer colorrectal y cáncer de mama estratificados por raza y condición socioeconómica en el Sistema de Salud HealthPartners

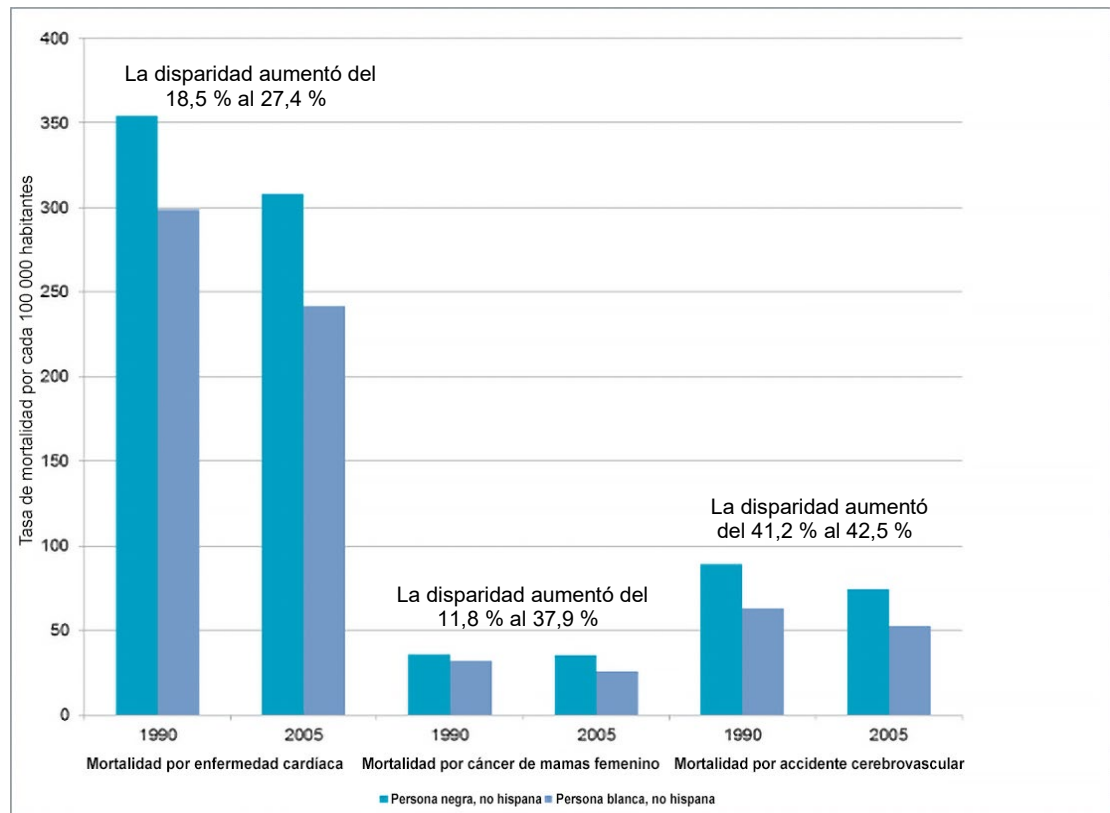


* Los pacientes negros e indígenas estadounidenses comienzan a realizarse la prueba de detección a los 45 años, todas las demás razas a los 50.

Adaptar los esfuerzos de mejora de la calidad para satisfacer las necesidades de las poblaciones marginadas.

A veces, mejorar la calidad puede, sin intención, empeorar las disparidades en salud en algunas subpoblaciones.⁴¹ Por ejemplo, cuando mejora la calidad para un grupo racial (por lo general los grupos a los que ya les va mejor) más rápidamente que para otros (por lo general los grupos a los que les va peor), la calidad para la población entera mejora, pero la brecha entre las subpoblaciones se agranda. Enfocarse en la tasa de población total oculta el hecho de que las disparidades para algunas subpoblaciones son en realidad peores que antes. Por ejemplo, la Figura 5 muestra que, entre 1990 y 2005, la disparidad en las tasas de mortalidad entre personas blancas y negras en EE. UU. aumentó en tres indicadores de salud, a pesar de las mejoras generales.⁴²

Figura 5. Disparidad en las tasas de mortalidad en tres indicadores de salud: entre personas estadounidenses de raza blanca y de raza negra (1990 y 2005)



Para evitar que las disparidades empeoren, recomendamos cinco actividades clave relacionadas con los servicios de salud para apoyar la mejora en la equidad en salud:

- **Comience el trabajo de mejora teniendo en cuenta las necesidades y los problemas que enfrentan las poblaciones que presentan peores resultados de salud.**

Enfocarse primero en las poblaciones que presentan peores resultados de salud y usar los datos para identificar las disparidades ayuda a centrarse en oportunidades de mejora específicas que tienen muchas ventajas. En algunos casos, las mejoras incluso pueden dar como resultado mejores procesos de atención para la población en su totalidad; en HealthPartners, por ejemplo, la mejora incluyó brindar diversos servicios durante una única visita médica y mejoró el proceso de atención para todos los pacientes.

Por lo general, las organizaciones comienzan el trabajo de mejora al enfocarse primero en lograr mejoras para los pacientes con necesidades menos complejas. Una vez que tienen éxito con esta población inicial de pacientes, los equipos se enfocan en implementar las mejoras para los pacientes con necesidades más complejas, solo para descubrir que el diseño de mejoras inicial no es el adecuado para ser efectivo para esta nueva población. Alcanzar resultados de salud equiparables para diferentes poblaciones, en particular grupos desfavorecidos, requiere diferentes datos y estrategias para mejorar los determinantes de la salud en los que la atención a la salud tiene un impacto directo para esas poblaciones. Las estrategias de mejora que son efectivas para poblaciones más favorecidas no son necesariamente efectivas para poblaciones menos favorecidas sin que se hagan adaptaciones para abordar las necesidades específicas de tal población. El trabajo de mejora debe diseñarse desde el principio para satisfacer las necesidades de las poblaciones marginadas:

debe ser un enfoque centrado, específico y culturalmente adaptado, en lugar de un enfoque genérico de «talle único».⁴³

- **Al idear las estrategias de mejora, considere los recursos disponibles para las poblaciones en particular, como dónde viven, su situación económica, el nivel de educación y el acceso al transporte.**

Por ejemplo, reducir la hipertensión en una población de personas que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente requiere un diseño de atención que tenga en cuenta el costo de los medicamentos antihipertensivos, el acceso al transporte para las citas médicas, el acceso a alimentos saludables, la seguridad en la comunidad y el acceso a parques/espacios verdes (si se recomienda aumentar el ejercicio con caminatas). El trabajo de mejora también debe tener en cuenta las consideraciones culturales que pueden representar barreras o pueden facilitar el éxito de la intervención. Por ejemplo, las personas de diferentes culturas pueden tener diversas preferencias a la hora de analizar decisiones médicas importantes, como quién está presente en la habitación para esas charlas.

- **Generar confianza entre los proveedores y los pacientes, en particular cuando se codiseñan los procesos nuevos y los diseños de atención con la colaboración de los pacientes.**

Esto es particularmente importante en el trabajo para mejorar la equidad en salud. El sistema de atención a la salud ha generado una falta de confianza en algunos pacientes de color debido a experiencias pasadas y eventos históricos (por ejemplo, el «Study of Syphilis in the Untreated Male» de 1932 del Tuskegee Institute⁴⁴ y la investigación genética en la tribu havasupai en Arizona⁴⁵), lo que ha impedido que algunos pacientes busquen servicios de salud, bienestar y atención. La experiencia de Henrietta Lacks, una mujer negra cuya muestra de tejido se usó para desarrollar el primer estirpe celular para investigación, sin el permiso de su familia, también ha llevado a que algunos pacientes de color se pregunten si los pacientes blancos están recibiendo una atención de mayor calidad.⁴⁶ Además, las malas experiencias previas con los proveedores de atención a la salud y las preocupaciones sobre la incompetencia, el racismo (la mayoría de las veces el racismo sistémico en lugar de los prejuicios), el enfoque en las ganancias y la expectativa de experimentación contribuyen a la falta de confianza en los proveedores de atención a la salud.^{47,48} Desafortunadamente, esta falta de confianza está justificada. Por ende, abordar la confianza es una parte fundamental de las iniciativas de mejora para disminuir las disparidades.

Una forma en la que las organizaciones de atención a la salud pueden generar confianza es a través de la inversión en el desarrollo y el avance de la comunidad. El HFHS colaboró con Michigan Roundtable for Diversity and Inclusion para llevar a cabo grupos focales con agrupaciones comunitarias culturales y étnico/raciales. El HFHS divulgó ampliamente los hallazgos con la comunidad y los aplicó a las iniciativas de atención enfocadas en el paciente de su propia organización, las campañas de captación basada en la fe, y el trabajo de competencia cultural y lingüística para cumplir con los Estándares nacionales de servicios cultural y lingüísticamente adecuados (Culturally and Linguistically Appropriate Services, CLAS) para la salud y la atención a la salud del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Salud de las Minorías (estándares originales de 2001 y mejorados de 2013).^{49,50}

- **Brinde atención primaria accesible enfocada en satisfacer las necesidades de las personas marginadas en la comunidad.**

La atención primaria puede tener un gran impacto en la salud de por vida de poblaciones particulares. Al ampliar sus roles tanto en la atención prenatal como en la primera infancia, por ejemplo, los proveedores de atención primaria pueden buscar identificar a los niños que estén en riesgo de tener necesidades sociales, del desarrollo y físicas tempranas, y conectarlos con los servicios y el apoyo necesarios. Los servicios de atención primaria también pueden prestarse en la comunidad, al trabajar con miembros y organizaciones de la comunidad para hacer que las personas se involucren en su salud, como participar en el Programa Nacional de Prevención de la Diabetes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease

Control and Prevention, CDC),⁵¹ capacitar a peluqueros en barrios negros para detectar hipertensión,⁵² y brindar educación sobre la detección del cáncer en las iglesias.⁵³

Las clínicas y los proveedores de la red de seguridad ya cumplen un rol fundamental en brindar acceso a atención primaria asequible a las comunidades marginadas y esto debe incluirse en cualquier esfuerzo por ampliar los servicios de atención primaria. El esfuerzo colaborativo multisectorial liderado por el del Sistema de Salud Henry Ford, el programa Women-Inspired Neighborhood (WIN) Network: Detroit, es un buen ejemplo de mejorar el acceso a la atención primaria para las poblaciones marginadas. La red incluye a trabajadores de la salud de la comunidad que ofrecen orientación, realizan visitas domiciliarias, ayudan a las mujeres con la planificación de la vida y la educación, y las conectan con los recursos de la comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud.

- **Use la evaluación requerida de las necesidades de salud de la comunidad (Community Health Needs Assessment, CHNA) como una oportunidad para coordinar las actividades de evaluación dentro de una comunidad, y para evaluar las cuestiones relacionadas con los costos y la equidad en salud que la organización de atención a la salud tiene mediante el uso de un enfoque más coordinado.**

Bajo la Ley de Atención a la salud Asequible, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) requiere que los hospitales sin fines de lucro realicen una CHNA al menos una vez cada tres años. Luego, los hospitales desarrollan y ejecutan una estrategia de implementación junto con un grupo de métricas de rendimiento para satisfacer las necesidades identificadas en la CHNA. En los informes de la CHNA se debe describir la comunidad a la que se atendió, identificar los recursos de atención a la salud existentes y priorizar las necesidades de salud de la comunidad. Al mismo tiempo, la Junta de Acreditación de Salud Pública requiere que los departamentos de salud completen una evaluación de las necesidades de la comunidad, con la colaboración de la comunidad, que dé como resultado un Plan de Mejora de la Salud Comunitaria. Los esfuerzos combinados de los sistemas de salud, la salud pública y las organizaciones basadas en la comunidad para crear una evaluación integral de la comunidad es una oportunidad importante para mejorar la salud de las poblaciones desfavorecidas. Robert Wood Johnson University Hospital es un ejemplo de una organización que superó el requisito básico y desarrolló una CHNA y un Plan de Mejora de la Salud Comunitaria en conjunto con un hospital de la competencia que atiende a la misma población.⁵⁴

Condición socioeconómica

Brinde oportunidades económicas y de desarrollo para todo el personal en todos los niveles.

Las organizaciones de atención a la salud deben contratar, conservar y capacitar a todo el personal, en particular al personal de apoyo de nivel inferior, para ayudar a garantizar que haya aportes significativos hacia la equidad en salud en todos los niveles. Los niveles de salarios para los trabajadores menos calificados, junto con la orientación profesional para esos mismos trabajadores, pueden tener un impacto positivo en su condición socioeconómica a largo plazo. La industria de la atención a la salud emplea a aproximadamente el 10 por ciento del total de los trabajadores de la nación y representa el 17,5 por ciento del producto interno bruto de EE. UU.; por ende, si las organizaciones de atención a la salud se enfocaran en la salud y el bienestar de sus propios empleados, podrían tener un gran impacto general en la salud de la población estadounidense. Los programas de salud y bienestar patrocinados por los empleadores (p. ej., dejar de fumar, promover la alimentación saludable y el ejercicio) tienen buenas intenciones y tienen ciertos efectos, pero estas organizaciones podrían lograr un mayor impacto mediante un rediseño significativo de la prestación de servicios que elimine el desperdicio y priorice la atención preventiva para mejorar salud mientras se reducen los costos generales. Las organizaciones de atención a la salud deben buscar estos ahorros y luego transferirlos de vuelta a sus empleados en forma de aumentos de salario.

Como organizaciones «pilares» en la mayoría de las comunidades, las organizaciones de atención a la

salud siendo empleadoras pueden influir en la salud económica de la comunidad de varias maneras. Robert Wood Johnson University Hospital, por ejemplo, ofrece clases de inglés a los empleados que no dominan el inglés a la perfección y les dan tiempo libre en el trabajo (relevo de tareas) para tomar esas clases.⁵⁵ Hasta ahora, diez alumnos se han graduado de este programa. Este tipo de desarrollo de habilidades ayuda a aumentar las oportunidades disponibles para estos empleados para que califiquen para trabajos en los que les paguen mejor dentro de la organización. Además, en 1999, se fundó New Brunswick Health Sciences Technology High School, una escuela pública secundaria especializada en Nueva Jersey enfocada en preparar a los estudiantes para carreras en medicina y atención a la salud, en asociación con la Junta de Educación de New Brunswick, Innovative Educational Programs y RWJUH. Los estudiantes aprenden habilidades que los preparan para seguir una formación profesional y una educación superior en las profesiones de la salud; muchos han sido contratados en RWJUH. Estos estudiantes también participan en el Programa de Becas para Profesionales de la Salud.⁵⁶

Wake Forest Baptist Health en Winston-Salem, Carolina del Norte, consideró subcontratar sus servicios de limpieza, pero decidió no hacerlo cuando los líderes se dieron cuenta de que existe una coincidencia significativa entre los vecindarios en los que viven las personas encargadas de la limpieza y los pacientes con necesidades más complejas desde el punto de vista social a los que el sistema de salud atiende. Se reubicó a cuatro personas encargadas de la limpieza en un puesto nuevo, llamado «integrante de apoyo para el servicio de salud», en el que los trabajadores ayudaban a las personas con necesidades complejas a manejar mejor su salud.⁵⁷

Obtenga suministros y servicios de negocios que sean propiedad de mujeres y minorías.

Promover las prácticas de obtención de servicios de empresas proveedoras que sean propiedad de mujeres y minorías, es otra forma en que las organizaciones de atención a la salud pueden contribuir a la equidad en salud en una comunidad. En 2014, Kaiser Permanente gastó \$1,5 mil millones en suministros y servicios proveídos por negocios de mujeres y minorías.⁵⁸ RWJUH y HFHS dan prioridad a la adquisición de servicios por parte de negocios que sean propiedad de mujeres y minorías, y alientan a las empresas que contratan a usar prácticas de contratación que promuevan la diversidad y la inclusión.

Construya centros de atención a la salud en comunidades marginadas.

La ubicación de los establecimientos médicos nuevos también puede marcar la diferencia para la comunidad. Generalmente, las organizaciones de atención a la salud construyen los centros en zonas más prósperas para buscar participación en el mercado; al construir también en zonas menos prósperas de la comunidad, estas organizaciones pueden brindar una mejor atención a las poblaciones marginadas. Por ejemplo, Church Health Center en Memphis, Tennessee, está reubicando todo su centro de atención a la salud en un edificio comercial que estuvo desocupado durante mucho tiempo en la ciudad, para ayudar a revitalizar esta sección de la comunidad.⁵⁹ Además, cuando las organizaciones de atención a la salud construyen centros nuevos, deben considerar contratar a empresas constructoras que sean propiedad de mujeres o minorías.

Entorno físico

El espacio físico y las prácticas ambientales de una organización de atención a la salud pueden tener muchos impactos en la comunidad. La atención a la salud genera una cantidad importante de desechos médicos y contaminación que se puede disminuir. Las organizaciones de atención a la salud pueden mejorar el vecindario local al crear senderos en sus propias instalaciones y apoyando mejoras en los vecindarios circundantes mediante la creación de espacios comunitarios, parques y senderos. Las organizaciones de atención a la salud también están comenzando a hacer inversiones financieras en la comunidad más allá de su financiación de beneficios comunitarios para trabajar en los determinantes básicos de la salud. Dignity Health en California, por ejemplo, creó un fondo de inversión comunitario separado en 1994, que invierte tanto en clínicas comunitarias como en determinantes sociales como

viviendas asequibles.⁶⁰ Trinity Health en Michigan desarrolló un programa de inversión comunitaria para poblaciones marginadas en su comunidad para financiar viviendas, revitalizar las áreas urbanas y rurales, brindar cuidado infantil, apoyar negocios que sean propiedad de personas de bajos ingresos, mejorar el entorno físico y promover comunidades saludables.⁶¹

Comportamientos saludables

Si bien muchos aspectos de la salud de una persona están influenciados por sus circunstancias socioeconómicas, las personas pueden cambiar algunos comportamientos para mejorar su salud. La población con la que es más obvio empezar son los propios empleados de la organización de salud. Bellin Health en Wisconsin desarrolló una cartera de actividades para sus empleados que incluye «el diseño de beneficios de seguros de salud, la formación en atención a la salud, la alta participación en una evaluación anual de riesgos para la salud (health risk appraisal, HRA), la atención primaria de apoyo y la segmentación de la población para rediseñar los servicios para pacientes de alto costo con necesidades complejas». ⁶² Debido a esta iniciativa, los empleados de Bellin han mejorado constantemente su puntuación general de salud según la medida de una evaluación anual de riesgos fisiológicos para la salud.

Otro buen ejemplo de una organización de atención a la salud que trabaja en cambios de comportamiento saludable es el Proyecto de diabetes del Lado Sur de Chicago, que involucra a la University of Chicago. Una de las varias iniciativas en este proyecto es que los médicos escriban «recetas de alimentos que recomienden objetivos alimenticios específicos (p. ej., dietas bajas en grasas y bajas en carbohidratos) y que tengan un valor en efectivo que se pueda canjear (con un cupón o *voucher*) por alimentos saludables en las ubicaciones participantes de Walgreens o en el mercado de agricultores». ⁶³ Otros socios comunitarios en Chicago, como el banco de alimentos, también están involucrados en el desarrollo de asociaciones para actividades saludables.

4. Disminuir el racismo institucional

- Espacio físico.
- Planes de seguro médico.
- Reducción del sesgo implícito.



4. Disminuir el racismo institucional dentro de la organización

Las organizaciones de atención a la salud deben comprender las maneras en las que contribuyen al racismo estructural e institucional. El racismo institucional no hace referencia a los prejuicios en los que muchas personas piensan cuando escuchan el término «racismo». Camara Jones, directora de investigación de determinantes sociales de la salud y la equidad y los CDC, explica: «El racismo institucionalizado se define como el acceso diferencial a los bienes, los servicios y las oportunidades de la sociedad por raza. El racismo institucionalizado es normativo, a veces legalizado y, a menudo, se manifiesta como una desventaja heredada. Es estructural, ya que ha sido codificado en nuestras instituciones de costumbre, práctica y derecho, por lo que no es necesario que haya un perpetrador identificable». ⁶⁴

Para tratar de comprender mejor el racismo institucional, describimos las estructuras, las normas, las reglas, las regulaciones y las políticas sobre las que tienen control las organizaciones de atención a la salud y que contribuyen a las disparidades en salud

Espacio físico: Edificios y diseño

El problema del espacio físico en la atención a la salud como factor que contribuye al racismo institucional se presenta de muchas maneras: el diseño y el estado de los edificios, las dificultades para llegar a la organización de atención a la salud, los estacionamientos e incluso qué pacientes son atendidos en qué edificios. Las organizaciones de atención a la salud deben analizar si están creando una atmósfera acogedora para todos los pacientes. Algunos elementos del diseño del espacio físico a tener en cuenta son los siguientes:

- **Accesibilidad:** ¿se puede acceder a la organización de atención a la salud en transporte público?
- **Decoración y diseño interior del centro:** ¿el centro es acogedor? ¿Los letreros transmiten que se confía en los pacientes y que son bienvenidos? El diseño interior debe

reflejar la cultura del vecindario en el que se brinda atención.

- **Estacionamiento:** en particular para los hospitales urbanos, las tarifas de estacionamiento pueden ser superiores a lo que las personas de bajos ingresos puedan pagar.
- **Limpieza:** ¿todas las zonas de atención al paciente en el centro están limpias y ordenadas?
- **Tiempos de espera:** identifique formas de mejorar el acceso a la atención al reducir los tiempos de espera en todas las áreas de la organización de atención a la salud.
- **Diseño de los edificios en sí:** muchos hospitales viejos se construyeron para facilitar el acceso de los médicos a sus consultorios, no para que los pacientes accedieran a la atención a la salud. Es posible que sea difícil manejarse en estos edificios e incluso la sala de emergencias puede estar ubicada en áreas difíciles de llegar del campus.
- **Prestación de servicios de atención en centros más nuevos:** ¿la distribución de nuevas instalaciones o zonas de atención es equitativa para brindar servicios a todas las poblaciones de pacientes? Cuando las instituciones construyen alas o edificios nuevos, a veces ubican a los pacientes que tienen afecciones que generan más ingresos para la institución en las instalaciones nuevas. Muchos hospitales ahora también ofrecen un acceso especial «vip», por lo general en las instalaciones recientemente construidas, que está disponible solo para pacientes que pueden pagar estos servicios. The Center for Health Design ofrece algunos recursos útiles para las organizaciones que consideran cómo las edificaciones y los entornos comunitarios pueden afectar la salud de la población.⁶⁵

Planes de seguro médico

Otro aspecto del racismo institucional se ve reflejado en el tipo de seguro médico que la organización acepta. La Ley de Atención a la salud Asequible permite que más estadounidenses tengan acceso al seguro médico, pero esto no necesariamente se traduce en acceso a las organizaciones de atención a la salud. Las siguientes son algunas cuestiones a considerar:

- **Medicaid paga menos que Medicare o un seguro privado.** Cuando las organizaciones de atención a la salud hacen referencia a «mejorar su mezcla de pacientes [o pagadores]», puede que sea un lenguaje codificado para negar la atención a los pacientes de Medicaid, a menudo, personas pobres y de color. Esta es una cuestión que representa un desafío que hay que superar debido a las políticas estatales y federales sobre las cuales las organizaciones de atención a la salud no tienen control. Pero es importante analizar cómo las organizaciones pueden responder a esas políticas de manera que promueva la equidad, y cómo las organizaciones de atención a la salud pueden comprometerse a promover cambios en las leyes y políticas que perpetúan las inequidades en salud.
- **Los sistemas de salud deciden qué planes de seguro contratar.** En muchos casos, a las personas pobres y de color se les niega el acceso a los sistemas de salud por el tipo de seguro que se acepta en esos sistemas. Esta es una cuestión que representa un desafío debido a los procesos tradicionales que rigen las decisiones de contratación, que generalmente se basan únicamente en consideraciones económicas. Es importante analizar cómo las organizaciones pueden responder de manera diferente para satisfacer las necesidades de las poblaciones a las que atienden.
- **Los planes nuevos que se ofrecen en los intercambios de seguros médicos creados por la Ley de Atención a la salud Asequible pueden ser confusos.** Las organizaciones de atención a la salud pueden hacer más cosas para aumentar el alfabetismo en seguros médicos al ayudar a explicar estos planes a sus clientes y guiarlos hacia las opciones más adecuadas. Durante la inscripción abierta anual para el intercambio de seguro médico, algunas organizaciones de atención a la salud se están asociando con organizaciones basadas en la comunidad para conectar a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y a los miembros de la comunidad con el seguro médico a través de orientadores y asistentes.^{66,67}

Reducir el sesgo implícito

Hay cada vez más bibliografía sobre el sesgo implícito en la atención a la salud. El sesgo implícito, también conocido como sesgo inconsciente, es «el sesgo en el juicio o el comportamiento que surge de procesos cognitivos sutiles (por ejemplo, actitudes implícitas y estereotipos implícitos) que muchas veces operan a un nivel por debajo de la conciencia y sin un control intencional».⁶⁸ En 2015, en una revisión sistemática por parte de Hall y sus colegas, los investigadores descubrieron que el sesgo implícito está considerablemente relacionado con las interacciones entre pacientes y proveedores, las decisiones de tratamiento, la adhesión al tratamiento y los resultados de salud del paciente. Los autores señalan que es necesario realizar investigaciones adicionales para analizar las relaciones entre el sesgo implícito y los resultados de salud. También citan varios estudios que muestran que la mayoría de los proveedores de atención a la salud tienen sesgo racial/étnico implícito en las mismas tasas que la población general.⁶⁹ El sesgo implícito no se limita a la raza; el sesgo implícito puede existir por características como el género, la edad, la orientación sexual, la identidad de género, la condición de discapacidad y la apariencia física, como la estatura o el peso.

Devine y sus colegas hacen hincapié en que el sesgo implícito se «activa automáticamente y muchas veces sin intención».⁷⁰ Burgess y sus colegas señalan que, si los proveedores de atención a la salud comprenden que los estereotipos y el prejuicio racial son «un aspecto normal de la cognición humana», pueden estar más abiertos a informarse sobre este fenómeno y sobre cómo afecta la práctica médica.^{71,72}

El IHI ha incluido este elemento en el marco de equidad en salud porque consideramos que es importante. Otras personas también piensan lo mismo. Por ejemplo, la Asociación de Colegios Médicos Estadounidenses ha brindado capacitaciones sobre este tema e hizo una publicación sobre los sesgos inconscientes en la medicina.⁷³ Además, The Joint Commission publicó un ejemplar de «Quick Safety» sobre este tema y otros han publicado revisiones extensas sobre el sesgo implícito.^{74,75,76}

Reduzca el sesgo implícito en las políticas, las estructuras y las normas de la organización.

Las organizaciones de atención a la salud también tienen la responsabilidad de mitigar el efecto del sesgo implícito en la toma de decisiones de la organización. Por ejemplo, el sesgo implícito afecta la contratación y el ascenso de los integrantes del personal, los médicos y el cuerpo docente.⁷⁷ Esto afecta a varios grupos, que incluyen mujeres, minorías raciales/étnicas, personas cuya lengua materna no es el inglés, y personas con sobrepeso y obesidad, por mencionar algunos.^{78,79,80} En los artículos de revistas mencionados anteriormente, Burgess y Devine también describen programas de educación y capacitación que pueden tener un impacto en el comportamiento de los proveedores de atención a la salud y, por extensión, pueden servir para mitigar cualquier impacto adverso del sesgo implícito.

Reduzca el sesgo implícito en la atención del paciente.

Para alcanzar la equidad en salud, las organizaciones de atención a la salud tienen la responsabilidad de mitigar el efecto del sesgo implícito en todas las interacciones y en todos los puntos de contacto con los pacientes. Esto es importante porque el sesgo implícito tiene el potencial de tener un impacto no solo en los resultados de la atención, sino también en el hecho de si los pacientes regresarán para recibir servicios o incluso buscarán atención en la organización en primer lugar.⁸¹ Si bien la mayor cantidad de investigaciones sobre el sesgo implícito en la atención a la salud se basa en el racismo, otros factores sociales como la lengua materna, el género, la orientación sexual, la educación y la situación laboral también están asociados con el sesgo implícito y las diferencias en la comunicación y el tratamiento.⁸²

El sesgo implícito puede afectar la forma en la que los proveedores y otros médicos interactúan con los pacientes en cuanto a la comunicación, los protocolos de tratamiento o las opciones de tratamiento recomendado, o las opciones para el alivio del dolor.^{83,84,85} El sesgo implícito puede

afectar tanto la percepción como la toma de decisiones clínicas, y los estudios muestran que el sesgo implícito está considerablemente relacionado con las interacciones entre pacientes y proveedores, y las decisiones de tratamiento.⁸⁶ Un estudio encontró que una gran cantidad de estudiantes y residentes de medicina tenían creencias falsas sobre las diferencias biológicas entre las personas blancas y negras (como creer que la piel negra es «más dura» que la piel blanca), y encontró que estas creencias predicen un sesgo racial en el tratamiento de las recomendaciones para el tratamiento del dolor.⁸⁷

Dado que los pacientes negros tienen más probabilidades que los pacientes blancos de morir en la unidad de cuidados intensivos (UCI) al recibir tratamiento de soporte vital en lugar de en un centro de cuidados paliativos,⁸⁸ Elliott y sus colegas evaluaron si los médicos usan una comunicación verbal o no verbal diferente cuando tienen conversaciones sobre cuidados paliativos terminales con pacientes y familiares blancos y negros. Descubrieron que mientras la comunicación verbal era similar, los puntajes de comunicación no verbal eran significativamente más bajos con los pacientes negros que con los pacientes blancos, con menos conductas positivas para fomentar una buena relación. Esta diferencia puede afectar el resultado de las conversaciones sobre cuidados paliativos terminales y contribuir a una mayor incidencia de pacientes negros que mueren en la UCI mientras reciben tratamientos de soporte vital en lugar de morir en casa.⁸⁹

El sesgo implícito puede afectar negativamente otros elementos de la interacción del paciente con el sistema de atención a la salud. En 2015, un estudio encontró que las minorías raciales/étnicas, las personas con niveles de educación más bajos y las personas desempleadas esperaban mucho más tiempo para recibir atención a la salud, y los negros y los latinos esperaban 19 y 25 minutos más, respectivamente, que los pacientes blancos para ver a un médico.⁹⁰ Además, la ansiedad causada por las interacciones con personas de color puede hacer que los proveedores blancos pasen menos tiempo con los pacientes.⁹¹

Implemente estrategias para la reducción del sesgo implícito.

El sesgo implícito en las interacciones individuales se puede abordar y contrarrestar si tomamos conciencia de nuestro sesgo y tomamos medidas para redirigir nuestras respuestas. Devine y sus colegas ofrecen seis estrategias para la reducción del sesgo implícito:^{92,93}

- Reemplazo del estereotipo: reconocer que una respuesta se basa en un estereotipo y ajustar conscientemente la respuesta.
- Pensar en lo contrario al estereotipo: imaginar a la persona de manera opuesta al estereotipo.
- Individualización: ver a la persona como un individuo y no como un estereotipo (por ejemplo, imaginando o conociendo su historia personal y el contexto que los llevó al consultorio del médico o al centro de salud).
- Tomar perspectiva: «ponerse en los zapatos de la otra persona».
- Aumentar las oportunidades de contacto con personas de diferentes grupos: ampliar la red de amigos y colegas o asistir a eventos en los que puedan estar presentes personas de otros grupos raciales y étnicos, otras identidades de género, otra orientación sexual y otros grupos.
- Fomentar la colaboración: replantear la interacción con el paciente como una relación entre personas que son iguales y colaboran entre sí, en lugar de entre una persona en una posición más alta y una persona en una posición más baja.

De manera similar, en *Seeing Patients*, el Dr. Augustus White ofrece estos consejos prácticos para combatir el sesgo implícito en la atención a la salud:⁹⁴

- Tener un conocimiento básico de las culturas de las que provienen los pacientes.
- No estereotipar a los pacientes; individualizarlos.
- Comprender y respetar el enorme poder del sesgo inconsciente.
- Reconocer las situaciones que aumentan los estereotipos y el sesgo.
- Conocer los estándares nacionales de servicios cultural y lingüísticamente adecuados (CLAS).
- Implemente el método «Teach Back». El Teach Back es un método para confirmar la comprensión del paciente de las instrucciones de atención a la salud que se asocia con una mejor adhesión, calidad y seguridad del paciente.⁹⁵
- Practique asiduamente la «medicina basada en la evidencia».

5. Desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias

5. Desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias para trabajar en conjunto en cuestiones comunitarias relacionadas con mejorar la salud y la equidad

Un enfoque clave de este documento es identificar las oportunidades que las organizaciones de atención a la salud pueden iniciar por su cuenta para mejorar la salud y la equidad en salud. Sin embargo, existe un gran beneficio adicional al trabajar con socios comunitarios para abordar los determinantes de la salud que están más allá del alcance de la atención a la salud. Esto incluye a proveedores de la red de seguridad, que muchas veces tienen asociaciones existentes en la comunidad y están familiarizados con las necesidades de las poblaciones marginadas. Las organizaciones basadas en la comunidad ya conocen a la comunidad y sus necesidades y, a menudo, ya están involucradas en trabajos relacionados en la comunidad. En lugar de volver a inventar la rueda, las organizaciones de atención a la salud deben crear asociaciones con otras organizaciones y socios comunitarios. Estas asociaciones pueden ser informales o formales, y pueden enfocarse en una parte del trabajo de equidad que se describe en este documento o expandirse a otras áreas.⁹⁶

Los sistemas de salud pueden hacer inversiones financieras y contribuciones en especie en asociaciones multisectoriales en la comunidad para mejorar la salud fuera del entorno de la atención a la salud, como reducir la obesidad infantil al ofrecer almuerzos más saludables en las escuelas y desarrollar programas que brinden apoyo académico a los niños que están en riesgo. Un ejemplo es la asociación Health Improvement Partnership of Santa Cruz County, California, que incluye 26 organizaciones miembro en «una coalición sin fines de lucro de líderes en atención a la salud pública y privada dedicada a aumentar el acceso a la atención a la salud y construir sistemas locales de atención a la salud más sólidos». La asociación ha trabajado en muchas iniciativas desde que se formó en el 2004. Una población de enfoque fueron los bebés con el seguro de Medicaid; el objetivo era disminuir el uso de la sala de emergencias en el primer año de vida al preparar a las madres para cuidar a sus recién nacidos y conectándolos con la atención primaria. Este trabajo llevó a la disminución del uso de la sala de emergencias y de los costos para Medicaid.⁹⁷ Otras asociaciones colaborativas innovadoras se describen en un libro blanco del Commonwealth Center for Governance Studies.⁹⁸

Medir la equidad en salud

La medición precisa y útil es fundamental para los esfuerzos para mejorar la equidad en salud. Hay varias maneras de medir las disparidades en salud en diferentes subpoblaciones. Estas medidas pueden dividirse en dos categorías: medidas resumidas (agregadas) y estratificadas (desagregadas)⁹⁹ Las medidas

resumidas brindan un panorama general y pueden incluir varias subpoblaciones en una medida, mientras que las medidas estratificadas brindan una observación más detallada de comparaciones particulares entre grupos. Cada una tiene ventajas y desventajas, pero ambas son fundamentales para brindar una evaluación integral del rendimiento de las mejoras en la equidad en salud.

Keppel y sus colegas sugieren seguir las siguientes pautas para medir las disparidades en salud:¹⁰⁰

1. **Seleccione e identifique explícitamente un punto de referencia a partir del cual medir las disparidades.** El punto de referencia es el valor a partir del cual se mide la disparidad. Por lo general, el grupo con los mejores resultados se usa como punto de referencia, para enfatizar el potencial para la mejora. Otro enfoque es usar el grupo que represente la proporción más grande de la población. La elección de un punto de referencia tendrá consecuencias tanto en el tamaño como en la dirección de la disparidad (por ejemplo, el grupo con los ingresos más altos, el grupo con el nivel educativo más alto, las personas blancas no hispanas).
2. **Mida las disparidades en términos absolutos y relativos** para comprender su magnitud, en particular al hacer comparaciones a lo largo del tiempo o entre diferentes áreas geográficas, poblaciones o indicadores. Con las medidas absolutas de la disparidad se observan las diferencias y con las medidas relativas de disparidad se observan proporciones. Los investigadores debaten acerca de las ventajas relativas de usar comparaciones absolutas versus comparaciones relativas, ya que pueden producir diferentes expresiones de disparidades en salud; ambas son correctas, pero tienen diferentes efectos en la comparación entre poblaciones y en la orientación de las intervenciones.^{101,102} Por ejemplo, la cantidad de mujeres a las que se les hacen mamografías puede aumentar tanto para mujeres blancas como negras (medida de disparidad absoluta), mientras que la proporción de mujeres blancas y negras a las que se les hacen mamografías podría permanecer igual o incluso disminuir (medida de disparidad relativa).
3. **Cuando use una medida de disparidad relativa para comparar diferentes indicadores de salud, exprese todos los indicadores en términos de eventos adversos** (en lugar de eventos favorables) para facilitar las comparaciones entre los indicadores y la coherencia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, expresar la prueba de mamografía como «mujeres que no se han realizado una mamografía en el último año» (evento adverso) en comparación con «mujeres que se han realizado una mamografía en el último año» (evento favorable) brinda valores diferentes que pueden afectar la interpretación sobre si la disparidad ha aumentado o disminuido. Se prefieren los eventos adversos, ya que algunos indicadores (como las tasas de mortalidad) se expresan de mejor manera como eventos adversos en lugar de favorables.
4. **Use la comparación de pares para describir las disparidades entre uno o más grupos y un punto de referencia específico.** Por ejemplo, compare las tasas de mujeres que no se han realizado una mamografía en el último año para mujeres blancas con las de mujeres de subpoblaciones de minorías raciales/étnicas, o compare las tasas de mujeres con altos ingresos con las de mujeres con ingresos medios y bajos.
5. **Use una medida de disparidad resumida a lo largo del tiempo para múltiples poblaciones.** Interprete la medida resumida junto con las tasas específicas del grupo en las que se basan y considere ponderaciones para diferentes grupos.

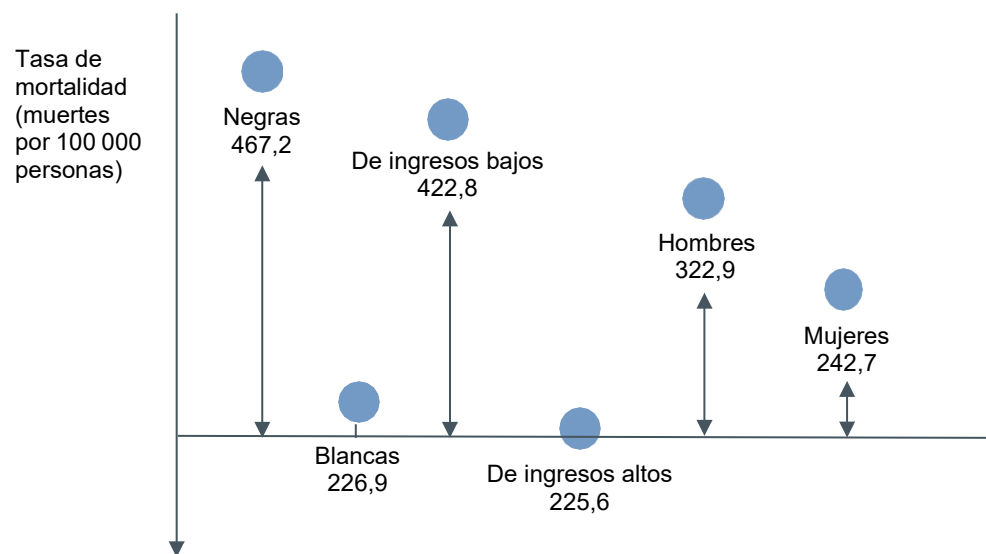
Al comparar dos grupos específicos, puede que la comparación de pares sea suficiente. Sin embargo, con frecuencia nos interesamos en comparar varias subpoblaciones y, por lo tanto, muchas veces se necesita una medida resumida que incluya tanto medidas de disparidad absolutas como relativas para brindar un resumen en todos los grupos.^{103,104} Además, una comparación de pares no capta la interseccionalidad de características diferentes (por ejemplo, negro, mujer, ingresos bajos). Una medida resumida es útil para la presentación de informes importantes, y la responsabilidad del liderazgo y de la junta sobre la equidad en salud como una prioridad estratégica. Muchas medidas resumidas existentes, como el índice de disparidad, el índice de disimilitud, el índice de concentración

de salud, y el índice de desigualdad de la pendiente e índice relativo de desigualdad, se enfocan en la investigación más que en la práctica y en la creación de políticas y, por lo tanto, usarlas puede ser un desafío para un sistema de salud, una comunidad o un legislador porque llevar a cabo e interpretar análisis requiere habilidades estadísticas sofisticadas.^{105,106,107,108}

Teniendo esto en cuenta, la Dra. Yukiko Asada propone «el enfoque ascendente» para crear una medida resumida de las disparidades en salud.¹⁰⁹ Si bien el enfoque ascendente requiere evaluación y validación adicionales, es una de las únicas medidas resumidas que se puede crear e interpretar sin capacitaciones ni técnicas de estadística avanzadas. Este enfoque implica los siguientes pasos:

1. Definir el resultado de salud de interés.
2. Definir las características sociodemográficas de interés.
3. Medir disparidades en salud de dos variables relacionadas con estos atributos por separado.
4. Combinar las disparidades en salud de dos variables con un índice resumido.
5. Usar el mejor nivel de salud entre todos los grupos como grupo de referencia.
6. Calcular la diferencia del grupo de referencia para cada grupo, sumar todo y luego dividir por la cantidad de grupos menos 1.

Figura 6. Ejemplo que muestra la tendencia ascendente de las disparidades en tasas de mortalidad con base en características sociodemográficas.



- Suma de las diferencias: 554,5
- Suma de las diferencias (554,5) dividido por la cantidad de grupos menos 1 (6 grupos - 1 = 5):
 $554,5/5 = 110,9$

El ejemplo en la Figura 6 muestra que, al combinar las diferencias en las tasas de mortalidad entre grupos de personas negras comparadas con blancas; de ingresos bajos comparados con ingresos altos, y de hombres comparados con mujeres, la diferencia promedio con el grupo de referencia es de 110,9 muertes cada 100 000 personas. Cuanto mayor sea la estadística de resumen, mayor será el grado de inequidad en una población. Si se usa de manera aislada, puede que esta estadística no sea particularmente útil, pero las organizaciones pueden usarla para mostrar la mejora a lo largo del tiempo y para comprender el rendimiento en comparación con los puntos de referencia.

El enfoque de medición ascendente permite que se incluyan diferentes características de interés para el sistema de salud y la comunidad, es relativamente sencillo de calcular y puede brindar un buen panorama general de cómo se encuentra la comunidad en comparación con el grupo más favorecido. Este enfoque no se ha evaluado adecuadamente en entornos prácticos, pero se ha usado al nivel del condado¹¹⁰ Al usar el enfoque ascendente, recolecte datos sobre las disparidades en la estructura y los procesos, como la satisfacción de los pacientes de minorías y las tasas de detección de los tipos de cáncer más frecuentes y las enfermedades crónicas,¹¹¹ además de recolectar datos de los resultados para identificar dónde hay disparidades en el sistema.

Los tamaños de las muestras para diferentes grupos pueden afectar la medida y mostrar pequeñas disparidades cuando en realidad solo muestran una subpoblación pequeña. Por ejemplo, en una comunidad con una población negra pequeña, una disparidad racial puede parecer pequeña debido a un tamaño de muestra pequeño y no debido a una falta real de desigualdad. Teniendo esto en cuenta, considere ponderar los grupos por tamaño de la población cuando calcule la estadística de resumen.^{112,113}

En este momento, nuestra investigación ha demostrado que el enfoque ascendente ha sido el enfoque más práctico y útil para derivar una medida de equidad en salud en una población, pero es necesario realizar evaluaciones y valoraciones adicionales. Es fundamental que las organizaciones usen medidas resumidas y estratificadas para evaluar su progreso en la disminución de las disparidades en los diferentes resultados de salud, para brindar perspectivas diferentes sobre el progreso y para guiar el enfoque de las intervenciones.

Otra cuestión clave para las organizaciones de atención a la salud es cuándo y cómo usar el ajuste de riesgo (un método estadístico para comparar resultados entre poblaciones diferentes) para las características sociodemográficas al analizar e informar datos relacionados con la calidad y el rendimiento, la evaluación comparativa y el pago. Por ejemplo, para comparar las tasas de mortalidad entre clínicas que atienden a diferentes poblaciones de pacientes, un sistema de salud podría controlar factores como la raza, la condición socioeconómica y el estado de seguro, para analizar si las diferencias en las tasas de mortalidad persisten si las clínicas atienden a poblaciones similares. Si bien hay ventajas y desventajas al usar datos ajustados por riesgo para diferentes fines, ambos son fundamentales para identificar, analizar y abordar las disparidades en salud. En primer lugar, las organizaciones de atención a la salud deben estratificar la población en diferentes subpoblaciones y analizar las comparaciones absolutas y relativas para identificar las disparidades, y luego considerar el uso de datos de resultados ajustados por riesgo para actividades como pago por rendimiento, presentación de informes públicos y evaluación comparativa.¹¹⁴

Consejos para que las organizaciones de atención a la salud midan las inequidades en sus comunidades

- **Garantice que los recursos de la organización estén asignados para respaldar los esfuerzos para medir las inequidades.** Los esfuerzos de la medición fracasarán sin recursos, estructuras y sistemas de respaldo adecuados.
- **Recolecte datos pertinentes sobre las características sociodemográficas de las personas.** Si bien cada vez más organizaciones tienen sistemas de datos para recolectar esta información y ahora deben informar datos sobre la raza/el origen étnico y la lengua materna, la recolección de estos datos es un primer paso clave para poder medir las inequidades. El Sistema de salud Henry Ford recolecta información demográfica de los pacientes, que incluye el subgrupo racial/étnico.¹¹⁵ Los datos sobre los ingresos y la educación son más difíciles de recolectar de manera rutinaria, pero se puede encontrar información pertinente en los departamentos de salud pública estatales o locales, las asociaciones de hospitales, recursos como County Health Rankings¹¹⁶ o el Dartmouth Atlas of Health Care,¹¹⁷ o se puede deducir a partir de otra información como los datos del censo de EE. UU.¹¹⁸ Las organizaciones no solo deben revisar las medidas de resultados clínicos, sino también analizar las medidas relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

- **Seleccione los resultados clínicos de interés para medir las mejoras en la equidad en salud a lo largo del tiempo.** Cuando este proceso sea más sólido, considere agregar medidas de estructura y proceso.
- **Seleccione indicadores de la posición social de interés** (por ejemplo, raza/origen étnico, condición socioeconómica [ingresos, educación], género).
- **Analice datos «brutos» en forma de tablas y gráficos.** Observe las diferencias relativas y absolutas (comparaciones de pares) entre las distintas subpoblaciones y analice los cambios a lo largo del tiempo. Seleccione un punto de referencia para cada comparación relativa que sea el grupo con más ventajas (o más favorecido).
- **Calcule medidas estratificadas de las disparidades** para diferentes resultados de salud y algunos indicadores sociales de interés. Esto incluye analizar diferencias dentro del grupo además de diferencias entre grupos, como subpoblaciones asiáticas (por ejemplo, personas de China, de la India) y subpoblaciones negras (por ejemplo, personas negras nacidas en EE. UU. versus de Haití versus de Nigeria). Analizar solamente las diferencias para el grupo general puede ocultar las diferencias marcadas que identificarían las poblaciones particulares que podrían beneficiarse de una intervención dirigida.^{119,120}
- **Considere usar el enfoque ascendente** como una opción para crear una medida resumida que evalúe múltiples parámetros y grupos en simultáneo. La medida resumida debe incluir, como mínimo, raza/origen étnico, condición socioeconómica, género y una medida geográfica, como código postal o distrito censal de EE. UU.

Conclusión

Tommy Cannon soportó la pobreza y el racismo institucional sistémico. Su vida y su muerte, como las de muchas otras personas, fueron el resultado de la falta de educación, la falta de empleo y la subyugación evidente. Esta vida lo llevó a estar expuesto a múltiples factores de riesgo, que incluyeron el consumo excesivo de tabaco, una mala alimentación, la pérdida de la autoestima y la opresión racial de por vida. Estos factores contribuyeron a que Tommy desarrolle hipertensión arterial idiopática y diabetes mellitus tipo 2. Cuando más necesitaba que el sistema de atención a la salud y la sociedad lo rescataran, fue abandonado a pesar de sus intentos de controlar sus enfermedades crónicas.

Su vida es el reflejo del estado actual de millones de personas en EE. UU. que siguen luchando por vincularse con el sistema de atención a la salud, que a menudo da como resultado una salud deficiente, el desarrollo de enfermedades crónicas y, para algunos, una muerte que se puede evitar. Como ha dicho el presidente emérito del IHI, el Dr. Donald M. Berwick, el sistema de atención a la salud gastará millones para salvar a un joven después de un disparo, pero no invertirá para evitar que la bala lo alcance en primer lugar.^{121,122,123}

Hoy en día, las organizaciones de atención a la salud están haciendo más cosas para mejorar la equidad en salud, pero solo unas pocas han hecho de ella una prioridad estratégica. Una barrera importante es el argumento comercial. Los líderes comprenden el argumento moral a favor de trabajar en la equidad en salud, pero necesitan fondos para sostener el trabajo. A medida que los proveedores asuman más riesgos financieros para las poblaciones, mejorar la equidad tendrá más sentido desde el punto de vista financiero.

Este libro blanco es una continuación del trabajo del IHI, que comenzó en 2007, sobre la Triple meta: mejorar la experiencia individual de la atención, mejorar la salud de las poblaciones y reducir los costos per cápita de la atención para las poblaciones.¹²⁴ La equidad en salud no es una cuarta meta, sino un elemento de los tres componentes de la Triple meta. El objetivo de este libro blanco es ayudar a acelerar el trabajo de las organizaciones de atención a la salud que persiguen la Triple meta. La Triple meta no se logrará hasta que se logre para todos.

Anexo A: Entrevistas y visitas de campo

Para fundamentar el trabajo del IHI sobre la forma en la que las organizaciones de atención a la salud pueden mejorar la equidad en salud, hablamos con muchas personas y visitamos varias organizaciones cuyo trabajo para abordar las disparidades e inequidades en la salud y la atención a la salud se considera uno de los más vanguardistas.

Organización
American Medical Association – Commission to End Health Care Disparities, Chicago, Illinois
Ascension Health, St. Louis, Missouri
Association of Academic Health Centers, Washington, DC
Blue Cross Blue Shield of New Mexico, Albuquerque, Nuevo México
Church Health Center, Memphis, Tennessee
Cincinnati Children’s Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio
Consumers Advancing Patient Safety, Chicago, Illinois
Contra Costa Regional Medical Center, Contra Costa County, California
Dalhousie University, Halifax, Nueva Escocia, Canadá
Daughters of Charity Services of New Orleans, Nueva Orleans, Luisiana
Duke University School of Medicine, Durham, Carolina del Norte
HealthPartners, Bloomington, Minnesota
Henry Ford Health System, Detroit, Michigan
The Joint Commission, Oakbrook Terrace, Illinois
Health Share of Oregon, Portland, Oregón
Kaiser Permanente, Oakland, California
Meharry Medical College, Nashville, Tennessee
Mercy Health, Cincinnati, Ohio
Methodist Le Bonheur Healthcare, Memphis, Tennessee
Molina Healthcare of New Mexico, Albuquerque, Nuevo México
Nemours Children’s Health System, Jacksonville, Florida
Northern Ontario School of Medicine, Sudbury, Ontario, Canadá
Qualis Health, Seattle, Washington
Robert Wood Johnson University Hospital (ahora RWJ Barnabas Health), West Orange, Nueva Jersey
St. Thomas Community Health Center, Nueva Orleans, Luisiana
University of Chicago Medicine, Chicago, Illinois
University of New Mexico, Albuquerque, Nuevo México
University of Wisconsin, Madison, Wisconsin

Anexo B: Caso de estudio

La equidad en salud como una propiedad del sistema para las organizaciones de atención a la salud: Henry Ford Health System

El Henry Ford Health System (HFHS, El Sistema de salud Henry Ford) tiene una historia de compromiso con la equidad en salud, pero el sistema entró en una nueva fase de su trabajo con el lanzamiento oficial de la Campaña de Equidad en la Atención a la salud del HFHS en 2009. El director general del sistema de salud y otros líderes sénior demostraron que la equidad en salud era una prioridad estratégica para la organización al invertir su tiempo y sus recursos en la campaña. El director general era el presidente honorífico de la campaña. Desde el principio, la campaña fue liderada en conjunto por las áreas de calidad y salud comunitaria del sistema de salud, y se amplió para incluir a cinco hospitales y más de 30 centros ambulatorios, la organización de atención administrada del sistema y otras unidades de negocios.

La idea de la campaña evolucionó a partir de un proyecto anterior para abordar las disparidades en salud, junto con un creciente reconocimiento de la relación intrínseca entre calidad y equidad. El objetivo de la campaña era «aumentar el conocimiento, la concientización y las oportunidades para garantizar que los proveedores y otros integrantes del personal del Sistema de salud Henry Ford, la comunidad de investigación y la comunidad en general comprendan y practiquen la equidad en la atención a la salud; y para vincular la equidad en la atención a la salud como un aspecto clave y cuantificable de la calidad clínica».¹²⁵

El HFHS administró una encuesta al comienzo de la campaña para medir los cambios en la concientización acerca de las disparidades en la atención a la salud. Luego, la campaña se lanzó en tres fases durante tres años. El HFHS ahora continúa con sus esfuerzos de equidad en la atención a la salud como una prioridad del sistema, e integra lo que se aprende en la organización y crea iniciativas nuevas.

Hay apoyo en todos los niveles de la organización para la equidad en la atención a la salud, comenzando con la junta del HFHS. Los miembros de la junta recibieron capacitación en equidad y disparidades y, junto con otros líderes del HFHS, revisan los informes de calidad estratificados por datos de raza, origen étnico e idioma de preferencia informados por los pacientes. El HFHS hace un seguimiento de las actividades que representan la integración de la equidad en el sistema, como sesiones educativas, premios, preguntas en las encuestas de Gallup sobre el compromiso de los empleados, pautas de profesionalismo, sesiones en conferencias del sistema, contenido en la capacitación de residencia y contenido en la orientación para el empleado.

Hay muchos ejemplos del trabajo de la organización para abordar los determinantes sociales de la salud a fin de mejorar la salud y la atención a la salud. En 2008, el HFHS lideró la convocatoria del Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Infantil de Detroit, una asociación público-privada multisectorial que desarrolló y aseguró \$3,4 millones en fondos para el programa Women-Inspired Neighborhood (WIN) Network: Detroit. En esencia, WIN Network: Detroit involucra a trabajadores comunitarios de la salud (Community health workers, CHW) que trabajan con mujeres que se encuentran en riesgo de tener partos prematuros con bajo peso al nacer. Los CHW ofrecen orientación, realizan visitas domiciliarias y ayudan a las mujeres con la planificación de la vida y la educación, al conectarlas con los recursos al nivel de la comunidad y entre ellas. El HFHS es uno de los cuatro sistemas de salud locales colaboradores que, a través del grupo de trabajo, estableció el programa WIN Network: Detroit en 2011. La iniciativa es única porque incluye en una asociación exitosa a sistemas de salud que compiten entre sí.

Durante su período de financiación original, WIN Network: Detroit inscribió a 443 mujeres embarazadas; 364 de estas mujeres eran elegibles para la inclusión en el componente de evaluación del programa y 323 fueron incluidas en el análisis final de datos. (Cabe aclarar que 41 de las 364 mujeres no fueron

incluidas en el análisis debido a la falta de datos. Setenta y nueve mujeres [la diferencia entre las 443 inscritas y las 364 en el componente de evaluación] no fueron incluidas en la evaluación, en su mayoría, porque tenían más de 35 años, eran hispanas o no hablaban inglés con fluidez). No se informaron casos de muerte infantil evitables durante el período de tres años. Además, la edad gestacional promedio en el nacimiento fue de 38,3 semanas y solo el 12 por ciento nació con bajo peso, en comparación con alrededor del 18 por ciento en Detroit. WIN Network: Detroit también incluyó a más de 1200 mujeres que no estaban embarazadas en su programa de salud antes de la concepción y durante la concepción llamado Fabulous, Young and Inspired (FYI).

El HFHS ve a los trabajadores de la salud de la comunidad como un componente clave de su estrategia para mejorar la equidad en la atención a la salud. La organización ha desarrollado un centro para los CHW para las capacitaciones y la gestión central de los CHW. Si bien los CHW se han financiado con subvenciones tradicionalmente, el HFHS ahora está pasando a usar fondos presupuestados de las áreas operativas. Al mismo tiempo, la organización está trabajando al nivel de la política estatal con otras organizaciones, con la dirección de la Alianza de Trabajadores de la Salud de la Comunidad de Michigan, para promover que los CHW se financien a través de Medicaid. Actualmente se están desarrollando modelos de pago con un alto nivel de colaboración entre los pagadores, los sistemas de salud, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos estatal.

Uno de los objetivos principales de la Campaña de Equidad en la Atención a la salud del HFHS fue identificar y abordar las disparidades por raza, origen étnico y lengua materna. Para alcanzar este objetivo, se realizó un gran esfuerzo para actualizar los procesos para recolectar estos datos informados por las personas. Henry Ford implementó un programa llamado «We Ask Because We Care» para explicar a los pacientes y a sus familias por qué el sistema de salud pide información sobre su raza, origen étnico y lengua materna. El programa fue adoptado de la iniciativa Aligning Forces for Quality (Alinear fuerzas por la calidad) de RWJF, con el permiso para usar el eslogan. Desde marzo de 2016, aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes del campus de Henry Ford en Detroit tienen información en el registro médico electrónico sobre la raza, el origen étnico y el idioma de preferencia.

Henry Ford ubica la diversidad y la inclusión entre sus prioridades más importantes en relación con las prácticas de contratación, los ascensos y las prácticas de obtención de suministros. Su cadena de suministro, sus políticas de diversidad de proveedores y sus prácticas de obtención de suministros enfatizan el valor de hacer negocios con empresas locales que sean propiedad de mujeres y minorías. La organización comparte esos valores con sus principales proveedores, los alienta a que sean más inclusivos en prácticas de contratación y adquisición de suministros, y orienta a sus proveedores. En 2015, el Sistema de salud Henry Ford gastó más de \$57,7 millones en empresas comerciales que eran propiedad de mujeres y minorías.

El HFHS tiene un programa innovador llamado Generation With Promise (GWP) (Generación prometedor) que llega anualmente a la vida de más de 37 000 jóvenes y adultos, y se enfoca en la alimentación, el fomento de la actividad física y el liderazgo juvenil. El programa incluye generar confianza y crear asociaciones en las comunidades a través de la educación y la capacitación de alta calidad y basadas en habilidades en las escuelas y las comunidades con escasos recursos. Los jóvenes que participan en el programa GWP tienden a comprometerse no solo con el programa, sino también con la escuela en general, y varios jóvenes del programa GWP ahora trabajan en profesiones relacionadas con la salud.

La capacitación del personal sobre las disparidades y los determinantes sociales de la salud ahora se encuentra en todos los niveles del HFHS. Se han acercado al trabajo de una manera informada, académica y reflexiva, que fomenta la humildad cultural en lugar de echar culpas. También se incorporará la capacitación sobre el sesgo implícito a medida que los esfuerzos de educación continúen en todo el sistema de salud.

Más de 300 empleados han participado en cursos desarrollados por el HFHS y acreditados por la formación médica continua (Continuing Medical Education, CME) para convertirse en embajadores de la equidad en la atención a la salud; en la plataforma de aprendizaje en línea para empleados de la

organización, HFHS University, hay disponible un curso de aspectos básicos de la equidad en la atención a la salud. Además, un programa de estudios sobre equidad en la atención a la salud brinda capacitación basada en habilidades a los líderes del Sistema de Salud Henry Ford sobre temas relacionados con la equidad en la atención a la salud.

El énfasis que la organización pone en la equidad en la atención a la salud ha sido un impulsor del compromiso de los empleados. El HFHS administró la encuesta de Gallup sobre el compromiso de los empleados y descubrió que los empleados involucrados en el trabajo de equidad en la atención a la salud estaban siete veces más comprometidos que otros empleados.

El HFHS le ha dado prioridad a las asociaciones con organizaciones comunitarias para abordar los problemas de salud de la comunidad identificados en su evaluación trienal de las necesidades de salud de la comunidad. Una encuesta informal del HFHS mostró que la organización está involucrada con más de 200 organizaciones comunitarias.

El HFHS ha sido generoso en compartir sus conocimientos con otros en todo EE. UU. Han recibido muchos premios y honores por su trabajo en la equidad en salud. El siguiente paso en el importante compromiso organizacional que el HFHS tiene con la equidad en la atención a la salud y la competencia cultural será la creación de un Centro para la Equidad en la Atención a la salud, que contará con personal especializado y un presupuesto específico.

Anexo C: Herramientas para la evaluación de la equidad en salud

A medida que las organizaciones de atención a la salud empiecen a trabajar para mejorar la equidad en salud, las herramientas de autoevaluación pueden ser útiles para ayudar a orientar sus esfuerzos y ayudarlas a identificar áreas específicas listas para mejorar

La herramienta del IHI de autoevaluación de equidad en salud para las organizaciones de atención a la salud (que se muestra en las siguientes páginas) tiene como objetivo ayudar a las organizaciones a evaluar su enfoque actual en la equidad en salud y los esfuerzos de mejora relacionados con los cinco componentes en el marco de equidad en salud que se describen en este documento.

Otras herramientas de evaluación que puede ser útiles para este trabajo incluyen lo siguiente:

- **Encuesta de concientización, reflexión, empoderamiento y acción (Awareness, Reflection, Empowerment and Action, AREA) para medir los cambios en la concientización acerca de las disparidades en la atención a la salud**

Esta herramienta fue desarrollada por Matt Wynia y sus colegas en la Asociación Médica Estadounidense.¹²⁶ Si bien la herramienta fue diseñada para los médicos, el Sistema de salud Henry Ford la modificó, con el permiso correspondiente, para usarla con todo el personal.

- **Evaluación de la organización de Clearview–360 (Clearview Organizational Assessments–360, COA360)**

«La COA360 es una herramienta de competencia cultural basada en evidencia y basada en la web que evalúa si una organización de atención a la salud o una unidad clínica está preparada para satisfacer las necesidades de una población estadounidense que se diversifica rápidamente. La COA360 está diseñada para evaluar la competencia cultural de las organizaciones de atención a la salud más que de las personas». Esta herramienta se desarrolló en el Hopkins Center for Health Disparities Solutions.¹²⁷

- **Prueba de sesgo implícito/inconsciente**

Project Implicit es una colaboración de investigadores que han desarrollado pruebas en varias áreas del sesgo implícito para ayudar a las personas a comprender su propio sesgo implícito.¹²⁸

Herramienta del IHI de autoevaluación de equidad en salud para las organizaciones de atención a la salud

Esta herramienta de autoevaluación tiene como objetivo ayudar a las organizaciones a evaluar su enfoque actual en la equidad en salud y los esfuerzos de mejora relacionados con los cinco componentes en el marco de equidad en salud que se describen en este libro blanco, *Alcanzar la equidad en salud: una guía para las organizaciones de atención a la salud*. En una escala del 1 al 5, califique el nivel actual de concentración de su organización en cada componente del marco. Los componentes con puntajes bajos pueden usarse para dar prioridad a las áreas con las que puede empezar a trabajar o en las que puede mejorar el trabajo.

Componente del marco de equidad en salud del IHI

Escala de autoevaluación: nivel 1 a 5 (*las definiciones están en cursiva*)

1. Hacer de la equidad en salud una prioridad estratégica

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<i>No es una prioridad estratégica.</i>				<i>La equidad en salud es parte de la planificación estratégica y está integrada en las operaciones. Hay una fuente de financiamiento sostenible para el trabajo de equidad en salud.</i>
¿Es la equidad en salud una prioridad estratégica para la organización?				Nivel: 1 2 3 4 5
¿Los líderes están comprometidos para mejorar la equidad en todos los niveles de la organización?				Nivel: 1 2 3 4 5
¿Hay una fuente de financiamiento sostenible para el trabajo de equidad en salud?				Nivel: 1 2 3 4 5

2. Desarrollar estructuras y procesos para respaldar el trabajo de equidad en salud

Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
<i>No hay nada que respalde este trabajo.</i>				<i>La organización tiene departamentos bien organizados y comités de múltiples partes interesadas que respaldan el trabajo. La organización ha dedicado recursos específicamente para respaldar el trabajo de equidad en salud.</i>
¿Hay una estructura de gobernanza que respalde el trabajo de equidad en salud?				Nivel: 1 2 3 4 5
¿Hay recursos dedicados para respaldar el trabajo de equidad en salud?				Nivel: 1 2 3 4 5

3. Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención médica pueden tener un impacto directo

Servicios de atención a la salud: recolectar y analizar datos para comprender dónde hay disparidades									
Datos de REAL (raza, origen étnico e idioma de preferencia)									
Nivel 1 <i>No hay datos confiables.</i>	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 <i>Hay un proceso estandarizado para recolectar datos de REAL en todos los encuentros. El personal de análisis dedica tiempo a identificar las disparidades.</i>					
¿Hay un proceso estandarizado para recolectar y analizar datos de REAL para identificar las disparidades?				Nivel:	1	2	3	4	5

Servicios de atención a la salud: adaptar los esfuerzos de mejora de la calidad para satisfacer las necesidades de las poblaciones marginadas									
Trabajo de mejora de la calidad enfocado en la equidad en salud									
Nivel 1 <i>No hay trabajos hechos en esta área.</i>	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 <i>Los datos sobre las disparidades impulsan el proceso de mejora. Todos los trabajos comienzan teniendo en cuenta a las poblaciones desfavorecidas. Se tienen en cuenta los recursos de las poblaciones marginadas en el diseño. La coproducción y el codiseño forman parte de este trabajo. La confianza se tiene en cuenta en todo el trabajo.</i>					
¿Usa la organización los datos sobre las disparidades para impulsar el trabajo para mejorar la equidad en salud?				Nivel:	1	2	3	4	5

3. Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención médica pueden tener un impacto directo

Servicios de atención a la salud: adaptar los esfuerzos de mejora de la calidad para satisfacer las necesidades de las poblaciones marginadas									
La atención primaria es accesible y se enfoca en las necesidades de las personas marginadas									
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5					
No hay trabajos hechos en esta área.				El acceso y la confianza de las personas marginadas son una prioridad para la atención primaria. Ayudar a las personas a vivir la mayor cantidad de años posible es parte de las operaciones diarias.					
¿El sistema de atención primaria de la organización está trabajando para ayudar a cerrar las brechas en la disparidad en la salud?				Nivel:	1	2	3	4	5
Condición socioeconómica: brindar oportunidades económicas y de desarrollo para todo el personal en todos los niveles; obtener suministros y servicios de negocios que sean propiedad de mujeres y minorías; construir centros de atención a la salud en comunidades marginadas									
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5					
No hay trabajos hechos en esta área.				La organización se enfoca específicamente en el desarrollo del personal y las prácticas de contratación en todos los niveles. La organización hace compras significativas que involucran a proveedores y contratistas de edificaciones que son propiedad de mujeres y minorías. La organización cuenta con prácticas para construir centros en comunidades marginadas.					
¿Hay prácticas que ayuden a contratar, retener y desarrollar a los empleados a todos los niveles?				Nivel:	1	2	3	4	5
¿Hay prácticas que fomenten la diversidad de proveedores en los procesos de adquisición?				Nivel:	1	2	3	4	5
¿Hay prácticas para construir centros en comunidades marginadas?				Nivel:	1	2	3	4	5

3. Implementar estrategias específicas para abordar los múltiples determinantes de la salud en los que las organizaciones de atención médica pueden tener un impacto directo

Entorno físico									
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5					
<i>No hay trabajos hechos en esta área.</i>				<i>La organización apoya la salud de la comunidad a través del entorno físico (edificios, parques, etc.).</i>					
¿Los edificios de los establecimientos de salud son acogedores para la comunidad?				Nivel:	1	2	3	4	5
¿La organización invierte en la creación de espacios comunitarios y en financiar beneficios comunitarios?				Nivel:	1	2	3	4	5

Comportamientos saludables									
Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5					
<i>No hay trabajos hechos en esta área.</i>				<i>Influir en los comportamientos saludables de todos los empleados y miembros de la comunidad es fundamental para la organización.</i>					
¿La organización contribuye para mejorar los comportamientos saludables de los empleados y la comunidad en su totalidad?				Nivel:	1	2	3	4	5

4. Disminuir el racismo institucional dentro de la organización

Nivel 1 <i>No hay trabajos hechos en esta área.</i>	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 <i>El personal está completamente comprometido, es muy diverso y recibe capacitaciones adecuadas sobre el sesgo implícito. Hay un trabajo activo en múltiples procesos para disminuir el racismo institucional.</i> <i>El espacio físico de la organización está diseñado para que sea accesible y acogedor para todos los pacientes.</i> <i>Se aceptan todos los planes de seguro médico y el personal de la organización de atención a la salud ayuda a las poblaciones marginadas a inscribirse en planes de seguro que satisfagan sus necesidades.</i>
¿La organización incorpora elementos de diseño físico para reducir el racismo institucional?				Nivel: 1 2 3 4 5
¿La organización acepta planes de seguro médico que atienden predominantemente a poblaciones desfavorecidas?				Nivel: 1 2 3 4 5
¿El personal recibe capacitación para ayudarlos a identificar la equidad y las brechas en la disparidad?				Nivel: 1 2 3 4 5

5. Desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias para mejorar la salud y la equidad

Nivel 1 <i>No hay trabajos hechos en esta área.</i>	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5 <i>La organización está completamente comprometida con una coalición de múltiples partes interesadas en la comunidad que se enfoca en una cartera de proyectos para mejorar la salud y la equidad en salud.</i>
¿La organización de atención a la salud trabaja en colaboración con otros en la comunidad para mejorar la equidad en salud de la población?				Nivel: 1 2 3 4 5

Referencias

- ¹ Wyatt R. Age and race are social determinants of health. *Aging Today*. 2016 Jan/Feb:15.
- ² Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *US County Profile: Perry County, Alabama*. Seattle, WA: IHME; 2015.
- ³ Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Country Profile: United States*. Seattle, WA: IHME; 2015.
- ⁴ National Center for Health Statistics. «Health, United States, 2011.» Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nchs/hus/contents2011.htm
- ⁵ McDonough P, Duncan GJ, Williams D, House J. Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989. *American Journal of Public Health*. 1997;87(9):1476-1483.
- ⁶ Williams D. «Race, Racism, and Racial Inequalities in Health.» Presentation to Harvard Kennedy School Multidisciplinary Program in Inequality and Social Policy. February 8, 2016. <http://inequality.hks.harvard.edu/files/inequality/files/williams16slides.pptx?m=1455915158>
- ⁷ Squires D, Blumenthal D. *Mortality Trends among Working-Age Whites: The Untold Story*. The Commonwealth Fund; January 2016. www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2016/jan/mortality-trends-among-middle-aged-whites
- ⁸ Healthy People 2020. «Disparities.» www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities
- ⁹ Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality — an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*. 2012;102(7):1267-1273.
- ¹⁰ Signorello LB, Cohen SS, Williams DR, Munro HM, Hargreaves MK, Blot WJ. Socioeconomic status, race, and mortality: A prospective cohort study. *American Journal of Public Health*. 2014;104(12):e98-e107.
- ¹¹ Schroeder SA. We can do better: Improving the health of the American people. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:1221-1228.
- ¹² Kindig D, Stoddart G. What is population health? *American Journal of Public Health*. 2003;93(3):380-383.
- ¹³ World Health Organization. «Social Determinants of Health.» www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/
- ¹⁴ Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up, Part 1*. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2006. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

¹⁵ Institute of Medicine; Smedley BD, Stith AY, Nelson AR (eds). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press; 2003.

¹⁶ Institute for Healthcare Improvement. «IHI's 90-Day Learning Cycle.»
<https://www.ihl.org/resources/white-papers/ihl-innovation-system>

¹⁷ Presenteeism is productivity loss resulting from health problems. Source: Hemp P. Presenteeism: At work — but out of it. *Harvard Business Review*. October 2004.

¹⁸ Dan D, Finch R, Harrison D, Kendall D. *An Employer's Guide to Reducing Racial and Ethnic Health Disparities in the Workplace*. Washington, DC: National Business Group on Health; October 2011. www.businessgrouphealth.org/pub/f3133231-2354-d714-5164-0981a09be53d

¹⁹ Gaskin DJ, LaVeist TA, Richard P. *The State of Urban Health: Eliminating Health Disparities to Save Lives and Cut Costs*. Washington, DC: National Urban League Policy Institute; December 2012.

²⁰ Waidman T. *Estimating the Cost of Racial and Ethnic Health Disparities*. Washington, DC: The Urban Institute; September 2009.
www.urban.org/sites/default/files/alfresco/publication-pdfs/411962-Estimating-the-Cost-of-Racial-and-Ethnic-Health-Disparities.pdf

²¹ Schoeni RF, Dow WH, Miller WD, Pamuk ER. The economic value of improving the health of disadvantaged Americans. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40(1 Suppl 1):S67-S72.

²² Cohen SB. *The Concentration of Health Care Expenditures and Related Expenses for Costly Medical Conditions, 2009*. Agency for Healthcare Research and Quality, Statistical Brief #359. February 2012.
http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st359/stat359.pdf

²³ Jemal A, Thun MJ, Ward EE, Henley SJ, Cokkinides VE, Murray TE. Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *American Journal of Preventive Medicine*. 2008;34:1-8.

²⁴ Betancourt JR, Green AR, King RR. *Improving Quality and Achieving Equity: A Guide for Hospital Leaders*. Boston: The Disparities Solution Center at Massachusetts General Hospital.
<https://mgldisparitiessolutions.org/guides/>

²⁵ Passel JS, Cohn D. *US Population Projections: 2005-2050*. Washington, DC: Pew Research Center; February 2008. www.pewhispanic.org/files/reports/85.pdf

²⁶ Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*. 1990;31(12):1347-1363.

²⁷ Evans RG, Barer ML, Marmor TR (eds). *Why Are Some People Healthy and Others Not?* Aldine Transaction; 1994.

²⁸ Davis K. *Ten Points for Transforming the US Health Care System*. The Commonwealth Fund; February 2005. www.commonwealthfund.org/publications/from-the-president/2005/ten-points-for-transforming-the-u-s--health-care-system

²⁹ Kaiser Permanente. «About Kaiser Permanente.»

<http://share.kaiserpermanente.org/about-kaiser-permanente/>

³⁰ Isham GJ, Zimmerman DJ, Kindig DA, Hornseth GW. HealthPartners adopts community business model to deepen focus on nonclinical factors of health outcomes. *Health Affairs*. 2013;32(8):1446-1452.

³¹ Fiscella K. Health care reform and equity: Promise, pitfalls, and prescriptions. *Annals of Family Medicine*. 2011;9(1):78-84.

³² BRGs include Advancing Women through Advocacy, Recognition, and Empowerment (AWARE); Asian Society for Impact and Advocacy Network (ASIAN); Black Professionals Network (BPN); Emerging Leaders Network (ELN); Promoting Respect, Outreach, Understanding, and Dignity (PROUD); Service and Advocacy for Latinos United for Development (SALUD); and Veterans Engaging Through Service (VETS). Source: Parker RP. «Overview of Diversity and Inclusion at Robert Wood Johnson University Hospital.» July 15, 2015. www.rwjuh.edu/Uploads/Public/Documents/Overview-of-Diversity-and-Inclusion-at-RWJ.pdf

³³ Logan RA, Wong WF, Villaire M, Daus G, Parnell TA, Willis E, Paasche-Orlow MK. *Health Literacy: A Necessary Element for Achieving Health Equity*. Washington, DC: Institute of Medicine; July 2015. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/07/NecessaryElement.pdf>

³⁴ Betancourt JR. *Improving Quality and Achieving Equity: The Role of Cultural Competence in Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. The Commonwealth Fund; October 2006.

³⁵ Brach C, Fraser I, Paez K. Crossing the language chasm. *Health Affairs*. 2005;24(2):424-434.

³⁶ Brach C, Keller D, Hernandez L, et al. *Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations*. Washington, DC: Institute of Medicine; June 2012.

www.ahealthyunderstanding.org/Portals/0/Documents1/IOM_Ten_Attributes_HL_Paper.pdf

³⁷ America's Essential Hospitals. «Ask Every Patient: REAL – Interactive Course on Race, Ethnicity, Language.» <https://essentialhospitals.org/education/race-ethnicity-and-language/>

³⁸ Centers for Medicare & Medicaid Services. «Electronic Health Records (EHR) Incentive Programs.» www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/index.html?redirect=/ehrincentiveprograms

³⁹ Aligning Forces for Quality. «We Ask Because We Care» Posters.

<http://forces4quality.org/node/4185.html>

Another good resource on collecting REAL data is: *Reducing Health Care Disparities: Collection and Use of Race, Ethnicity, and Language Data*. Chicago: Health Research & Educational Trust; August 2013. http://www.hpoe.org/Reports-HPOE/Equity_Care_Report_August2013.PDF

⁴⁰ Minnesota Community Measurement. «Innovation and Transparency Awards.»

(2015) <http://seminar2015.mncm.org/innovation-transparency-awards/>

- ⁴¹ Green AR, Tan-McGrory A, Cervantes MC, Betancourt JR. Leveraging quality improvement to achieve equity in health care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2010;36(10):435-442.
- ⁴² Orsi JM, Margellos-Anast H, Whitman S. Black-white health disparities in the United States and Chicago: A 15-year progress analysis. *American Journal of Public Health*. 2010;100(2):349-356.
- ⁴³ Wong, WF, LaVeist, TA, Sharfstein AM. Achieving health equity by design. *Journal of the American Medical Association*. 2015;313(14):1414-1418.
- ⁴⁴ Jones JH. *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. Free Press; 1993.
- ⁴⁵ Sterling RL. Genetic research among the Havasupai: A cautionary tale. *AMA Journal of Ethics*. 2011;13(2):113-117.
- ⁴⁶ Skloot R. *The Immortal Life of Henrietta Lacks*. Baltimore, MD: Crown Publishing Group; 2010.
- ⁴⁷ Jacobs EA, Rolle I, Ferrans CE, Whitaker EE, Warnecke RB. Understanding African Americans' views of the trustworthiness of physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(6):642-647.
- ⁴⁸ LaVeist TA, Isaac LA, Williams KP. Mistrust of health care organizations is associated with underutilization of health services. *Health Services Research*. 2009;44(6):2093-2105.
- ⁴⁹ US Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. «The National CLAS Standards.» <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?vl=2&volid=53>
- ⁵⁰ US Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. «Think Cultural Health: National CLAS Standards.» www.thinkculturalhealth.hhs.gov/content/clas.asp
- ⁵¹ Centers for Disease Control and Prevention. «National Diabetes Prevention Program.» www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html
- ⁵² Hess PL, Reingold JS, Jones J, et al. Barbershops as hypertension detection, referral, and follow-up centers for black men. *Hypertension*. 2007;49:1040-1046.
- ⁵³ Husaini BA, Sherkat DE, Levine R, et al. The effect of a church-based breast cancer screening education program on mammography rates among African American women. *Journal of the National Medical Association*. 2002;94(2):100-106.
- ⁵⁴ Robert Wood Johnson University Hospital. «2012 Community Needs Assessment.» www.rwjuh.edu/rwjuh/community-needs-assessment.aspx
- ⁵⁵ This was an initiative of the Business Resource Group (BRG) called SALUD.
- ⁵⁶ New Brunswick Health Sciences Technology High School. Health Professions Scholars Program. <http://ht.nbpschools.net/About-Us/index.html>
- ⁵⁷ Luther K. «Thinking of Outsourcing? Think Again — You May Be Losing a Valuable Asset.» Institute for Healthcare Improvement. December 15, 2014. www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126e-c-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=111

- ⁵⁸ Patterson P. «Kaiser Permanente Lands Triple Win at Minority Business Awards Event.» Kaiser Permanente. May 11, 2015. <http://share.kaiserpermanente.org/article/kaiser-permanente-lands-triple-win-at-minority-business-awards-event/>
- ⁵⁹ Bailey T. «'Founding Partners' Commit to Lease Most of Memphis' Sears Crosstown Building.» *The Commercial Appeal Memphis*. August 19, 2012.
- ⁶⁰ California HealthCare Foundation. «Pablo Bravo on Mission Investing.» March 21, 2014. www.chcf.org/innovation-fund/mission-investing/bravo
- ⁶¹ Trinity Health. «Community Investing.» www.trinity-health.org/community-investing
- ⁶² Whittington JW, Nolan K, Lewis N, Torres N. Pursuing the Triple Aim: The first 7 years. *The Milbank Quarterly*. 2015;93(2):263-300.
- ⁶³ Chin MH, Goddu AP, Ferguson MJ, Peek ME. Expanding and sustaining integrated health care–community efforts to reduce diabetes disparities. *Health Promotion Practice*. 2014 Nov; 15(2 Suppl):29S-39S.
- ⁶⁴ Jones CP. Levels of racism: A theoretic framework and a gardener's tale. *American Journal of Public Health*. 2000;90(8):1212-1215.
- ⁶⁵ The Center for Health Design. <https://www.healthdesign.org/>
- ⁶⁶ Centers for Medicare & Medicaid Services. «Health Insurance Marketplace: Outreach and Education: New to the Marketplace.» <https://marketplace.cms.gov/outreach-and-education/new-to-marketplace.html>
- ⁶⁷ Parragh ZA, Okrent D. *Health Literacy and Health Insurance Literacy: Do Consumers Know What They Are Buying?* Alliance for Health Reform; January 2015. www.allhealth.org/publications/Private_health_insurance/Health-Literacy-Toolkit_163.pdf
- ⁶⁸ Casey PM, Warren RK, Cheesman FL, Elek JK. *Helping Courts Address Implicit Bias*. Williamsburg, VA: National Center for State Courts; 2012. www.ncsc.org/~media/Files/PDF/Topics/Gender%20and%20Racial%20Fairness/IB_report_033012.ashx
- ⁶⁹ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systemic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.
- ⁷⁰ Devine PG, Forscher PS, Austin AJ, Cox WTL. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2012;48(6):1267-1278.
- ⁷¹ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁷² See also: Institute for Healthcare Improvement. «What Is Health Equity, and Why Does It

Matter? A Conversation with David R. Williams and Don Berwick.»

<https://www.youtube.com/watch?v=CwBEkGurMiY>

⁷³ Glicksman E. «Unconscious Bias in Academic Medicine: Overcoming the Prejudices We Don't Know We Have.» Association of American Medical Colleges. January 2016.

www.aamc.org/newsroom/reporter/january2016/453944/unconscious-bias.html

⁷⁴ The Joint Commission. «Quick Safety: Implicit Bias in Health Care.» April 2016.

www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_23_Apr_2016.pdf

⁷⁵ Kirwan Institute for the Study of Race and Ethnicity, The Ohio State University. *State of the Science: Implicit Bias Review*. (2013, 2014, 2015, and 2016)

<http://kirwaninstitute.osu.edu/researchandstrategicinitiatives/implicit-bias-review/>

⁷⁶ Banaji MR, Greenwald A. *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. Delacorte Press; 2013.

⁷⁷ Bertrand M, Mullainathan S. Are Emily and Greg more employable than Lakisha and Jamal? A field experiment on labor market discrimination. *American Economic Review*. 2004;94(4):991-1013.

⁷⁸ Berkshire Associates. «Discrimination and Unconscious Biases in the Workplace.» May 27, 2013.

<http://info.berkshireassociates.com/balanceview/bid/284452/Discrimination-and-Unconscious-Biases-in-the-Workplace>

⁷⁹ «Outsmarting Our Brains: Overcoming Hidden Biases to Harness Diversity's True Potential.» Ernst & Young; 2013.

www.shrm.org/hr-today/news/hr-magazine/documents/ey-rbc-overcoming-hidden-biases-to-harness-diversity.pdf

⁸⁰ Purkiss SLS, Perrew PL, Gillespie TL, Mayes BT, Ferris GR. Implicit sources of bias in employment interview judgments and decisions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2006;101(2):152-167.

⁸¹ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.

⁸² Glicksman E. «Unconscious Bias in Academic Medicine: Overcoming the Prejudices We Don't Know We Have.» Association of American Medical Colleges. January 2016.

<https://www.aamc.org/newsroom/reporter/january2016/453944/unconscious-bias.html>

⁸³ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.

⁸⁴ Goyal MK, Kuppermann N, Cleary SD, Teach SJ, Chamberlain JM. Racial disparities in pain management of children with appendicitis in emergency departments. *JAMA Pediatrics*. 2015;169(11):996-1002.

⁸⁵ Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al. Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for black and white patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(9):1231-1238.

- ⁸⁶ Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. *American Journal of Public Health*. 2015;105(12):e60-e76.
- ⁸⁷ Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*. 2015;113(16):4296-4301.
- ⁸⁸ Barnato AE, Chang CH, Saynina O, Garber AM. Influence of race on inpatient treatment intensity at the end of life. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(3):338-345.
- ⁸⁹ Elliott AM, Alexander SC, Mescher CA, Mohan D, Barnato AE. Differences in physicians' verbal and nonverbal communication with black and white patients at the end of life. *Journal of Pain Symptom Management*. 2016;51(1):1-8.
- ⁹⁰ Ray KN, Chari AV, Engberg J, Bertolet M, Mehrotra A. Disparities in time spent seeking medical care in the United States. *JAMA Internal Medicine*. 2015;175(12):1983-1986.
- ⁹¹ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁹² Devine PG, Forscher PS, Austin AJ, Cox WTL. Long-term reduction in implicit race bias: A prejudice habit-breaking intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2012;48(6):1267-1278.
- ⁹³ Burgess D, van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: Lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-887.
- ⁹⁴ White AA. *Seeing Patients: Unconscious Bias in Health Care*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2011.
- ⁹⁵ Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, et al. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition*. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; January 2015.
- ⁹⁶ Bertrand M, Mullainathan S. Are Emily and Greg more employable than Lakisha and Jamal? A field experiment on labor market discrimination. *American Economic Review*. 2004;94(4):991-1013.
- ⁹⁷ Craig C. *Health Improvement Partnership of Santa Cruz County: A Triple Aim Improvement Story*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; October 2015. www.ihl.org/resources/Pages/Publications/HealthImprovementPartnershipTripleAim.aspx
- ⁹⁸ Prybil L, Scutchfield FD, Killian R, et al. *Improving Community Health Through Hospital – Public Health Collaboration: Insights and Lessons Learned from Successful Partnerships*. Lexington, KY: Commonwealth Center for Governance Studies, Inc.; November 2014. www.aha.org/content/14/141204-hospubhealthpart-report.pdf

- ⁹⁹ Davis R. *Measuring What Works to Achieve Health Equity: Metrics for the Determinants of Health*. Oakland, CA: Institute of Medicine; June 2015. www.preventioninstitute.org/component/jlibrary/article/id-367/127.html
- ¹⁰⁰ Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodological issues in measuring health disparities. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. 2005;2(141):1-16. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_141.pdf
- ¹⁰¹ Asada Y. On the choice of absolute or relative inequality measures. *The Milbank Quarterly*. 2010;88(4):616-622.
- ¹⁰² Kjellsson G, Gerdtham UG, Petrie D. Lies, damned lies, and health inequality measurements. *Epidemiology*. 2015;26:673-680.
- ¹⁰³ Keppel K, Pamuk E, Lynch J, et al. Methodological issues in measuring health disparities. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics*. 2005;2(141):1-16. www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_141.pdf
- ¹⁰⁴ Asada Y, Whipp A, Kindig D, Billard B, Rudolph B. Inequalities in multiple health outcomes by education, sex, and race in 93 US counties: Why we should measure them all. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:47.
- ¹⁰⁵ Harper S, Lynch J. *Methods for Measuring Cancer Disparities: Using Data Relevant to Healthy People 2010 Cancer-Related Objectives*. National Cancer Institute; 2005. http://seer.cancer.gov/archive/publications/disparities/measuring_disparities.pdf
- ¹⁰⁶ Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). *Summary Measures of Socioeconomic Inequalities in Health*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2013. www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf
- ¹⁰⁷ Braverman P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*. 2006;27:167-194.
- ¹⁰⁸ Percy J, Keppel K. A summary measure of health disparity. *Public Health Reports*. 2002;117(3):273-280. www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=1169
- ¹⁰⁹ Asada Y. A summary measure of health inequalities for a pay-for-population health performance system. *Preventing Chronic Disease*. 2010;7(4):A72.
- ¹¹⁰ Asada Y, Whipp A, Kindig D, Billard B, Rudolph B. Inequalities in multiple health outcomes by education, sex, and race in 93 US counties: Why we should measure them all. *International Journal for Equity in Health*. 2014;13:47.
- ¹¹¹ National Quality Forum. «NQF Endorses Healthcare Disparities and Cultural Competency Measures.» Press release. August 12, 2012. www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Releases/2012/NQF_Endorses_Healthcare_Disparities_and_Cultural_Competency_Measures.aspx

¹¹² Nota: si se usan estimaciones agregadas de un conjunto de datos representativo a nivel nacional, como el censo de EE. UU., no es necesario usar ponderaciones de muestra para ajustar el tamaño de la población. De lo contrario, se deben usar ponderaciones de muestra para el tamaño de la población.

¹¹³ Applied Survey Methods. «Weighting Adjustment.» www.applied-survey-methods.com/weight.html

¹¹⁴ Reid A, Goldmann D. «To Risk-Adjust or Not to Risk-Adjust? Yes.» Institute for Healthcare Improvement. May 5, 2014. www.ihl.org/communities/blogs/_layouts/ihl/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=81

¹¹⁵ Henry Ford Health System. «Patient Demographic Form.» www.henryford.com/documents/Why%20We%20Ask/PatientDemographicForm.pdf

¹¹⁶ County Health Rankings & Roadmaps. www.countyhealthrankings.org/

¹¹⁷ The Dartmouth Atlas of Health Care. www.dartmouthatlas.org/

¹¹⁸ United States Census Bureau. «American Fact Finder.» <http://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml>

¹¹⁹ Henry Ford Health System. «Patient Demographic Form.» www.henryford.com/documents/Why%20We%20Ask/PatientDemographicForm.pdf

¹²⁰ Pew Research Center. Social Trends. «What Census Calls Us: A Historical Timeline.» June 10, 2015. www.pewsocialtrends.org/interactives/multiracial-timeline/

¹²¹ Berwick DM. Keynote presentation at the Institute for Healthcare Improvement 26th Annual National Forum on Quality Improvement in Health Care in Orlando, Florida, in December 2014.

¹²² Berwick D. To Isaiah. *Journal of the American Medical Association*. 2012;307(24):2597-2599.

¹²³ Jones CP, Jones CY, Perry GS, Barclay G, Jones CA. Addressing the social determinants of children's health: A cliff analogy. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(4 Suppl):1-12.

¹²⁴ Berwick D, Nolan T, Whittington J. The Triple Aim: Care, cost, and quality. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-769.

¹²⁵ Henry Ford Health System. «Healthcare Equity Campaign.» www.henryford.com/body.cfm?id=51057

¹²⁶ Alexander GC, Lin S, Sayla MA, Wynia MK. Development of a measure of physician engagement in addressing racial and ethnic health care disparities. *Health Services Research*. 2008;43(2):773-784.

¹²⁷ Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. «Clearview Organizational Assessments– 360 (COA360).» www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-center-for-health-disparities-solutions/Projects/clearview_organizational_assessments_360.html

¹²⁸ Project Implicit. <https://implicit.harvard.edu/implicit/aboutus.html>