

# Brechas de acceso en el manejo y tratamiento en Enfermedad Inflamatoria Intestinal

## Access gaps in the management and treatment of Inflammatory Bowel Disease

Carolina Figueroa Corona<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gastroenteróloga Clínica MEDS.

### Abstract

Social determinants of health can mean difficulties in access to diagnosis, management and adequate treatment of IBD. Income, educational level, age, sex, and rurality, among other factors, can influence the health outcomes of specific populations, such as IBD patients. It is essential to be aware of these gaps and advocate for public policies that address socioeconomic disparities and promote a healthy environment for all people. This includes providing equitable access to quality healthcare and supporting patients in managing their disease.

**Key words:** gap, inflammatory bowel diseases, treatment, inequality.

### Resumen

Los determinantes sociales de la salud pueden significar dificultades en el acceso a diagnóstico, manejo y tratamiento adecuado de la EII. El ingreso, el nivel educacional, la edad, el sexo y la ruralidad, entre otros factores pueden influir en los resultados en salud de poblaciones determinadas, como los pacientes con EII. Es fundamental, conocer estas brechas y abogar por políticas públicas que aborden las disparidades socioeconómicas y promuevan un entorno saludable para todos. Esto incluye brindar acceso equitativo a la atención médica de calidad y apoyar a los pacientes en la gestión de su enfermedad.

**Palabras clave:** brechas, enfermedad inflamatoria intestinal, tratamiento, inequidad.

Conflictos de intereses: Los autores de este estudio no tienen conflictos de intereses.

Recibido: 15 de junio de 2024; Aceptado: 30 de junio de 2024

Copyright © 2024 Sociedad Chilena de Gastroenterología  
<https://doi.org/10.46613/gastrolat2024002-03>

Correspondencia a:  
Carolina Figueroa Corona  
dracfigueroac@gmail.com

ISSN 0716-8594 versión en línea

Esta obra está bajo  
licencia internacional  
Creative Commons



La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye principalmente a la colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), condiciones crónicas que comprometen el tubo digestivo, cuya sintomatología va desde la diarrea, rectorragia, urgencia defecatoria y dolor abdominal hasta la pérdida de peso, fatiga, artralgias y otras manifestaciones extra intestinales. A esto se suma que el compromiso puede ir más allá del deterioro físico, por lo que los pacientes también pueden presentar síntomas psicológicos como angustia, depresión y ansiedad, incluso cuando están en remisión. En conjunto, esta carga física y mental puede afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes con EII. Si bien hoy existen múltiples alternativas terapéuticas para el manejo de esta enfermedad, un porcentaje importante de estos pacientes presenta pérdida de respuesta o refractariedad a las terapias. Si a estas dificultades le agregamos los determinantes sociales de salud, el escenario puede ser más complejo aún. Estos determinantes, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son: el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud.

Los estudios han demostrado que la atención médica por sí sola sólo representa del 10% al 20% de los factores modificables que contribuyen a los resultados en salud, mientras que el otro 80% al 90% está determinado por factores no médicos, incluyendo estos determinantes sociales de la salud. Estas variables tienen una importante influencia en las inequidades y en las brechas en la atención en salud. En pacientes con EII, las disparidades socioeconómicas pueden conducir a malos resultados para los pacientes, incluido un aumento de la gravedad de la enfermedad, retrasos en el diagnóstico, mala adherencia a controles y tratamiento o aumento de las hospitalizaciones y muerte.

‘**UC Narrative**’ es una iniciativa global que tiene como objetivo identificar cómo los pacientes con CU se ven afectados por la enfermedad y cuáles son las barreras o brechas a mejorar para una atención óptima. En 2023, Florence-Damilola Odufalu *et al.* publicaron algunos resultados de esta iniciativa cuyo objetivo fue identificar las desigualdades en la atención médica, los determinantes sociales de la salud y los impactos emocionales relacionados con el manejo de la CU. También evaluaron la experiencia del paciente y la calidad de vida en general. Los países incluidos en este estudio fueron Estados Unidos, Canadá, Japón, Francia y Finlandia. Para esto se realizaron encuestas telefónicas y online a 1.000 pacientes.

De los resultados de este estudio hay algunos aspectos destacables como los hallazgos estratificados por nivel de ingreso económico:

En comparación con los pacientes de altos ingresos, los pacientes de bajos ingresos tenían un 49% menos probabilidad de haber recibido educación en CU, y un 48% menos de probabilidades de haber contactado con asociaciones u organizaciones de pacientes.

En comparación con los pacientes de ingresos altos, los pacientes de ingresos medios tenían un 56% menos de probabilidades de haber visitado recientemente a un gastroenterólogo y un 64% más de probabilidades de referir cansancio o fatiga debido a su CU lo que impedía destacar en su lugar de trabajo, en comparación con los pacientes de ingresos altos.

Cuando se analizan los resultados con respecto al nivel educacional, en comparación con los pacientes con un nivel educativo alto, los pacientes con un nivel educativo bajo tenían un 57% menos de probabilidades de poder manifestar el impacto de su enfermedad en su vida sexual y en sus relaciones personales, y un 56% menos de probabilidades de decir que poder viajar (por trabajo o placer) era importante al momento de opinar con respecto al tratamiento para su CU. Los pacientes con un nivel educativo bajo también tenían un 41% menos de probabilidades de haber contactado a una asociación u organización de pacientes y un 75% más de probabilidades de referir que habían perdido un viaje planificado debido a su CU.

Con respecto al análisis por edad de los encuestados, en comparación con los pacientes de 50 años o más, los menores de 50 años tenían un 81% más de probabilidades de no estar tomando los medicamentos recetados para la CU y un 47% menos de probabilidades de haber visitado un consultorio o clínica especializada en EII en los últimos 12 meses.

Otros aspectos a considerar en las brechas de acceso son el sexo y el género de los pacientes.

En el caso de las mujeres que presentan síntomas de EII, se ha descrito que estos síntomas pueden ser atribuidos erróneamente a cuestiones de sexo/género como por ejemplo, síntomas menstruales o pre-menstruales, lo que puede determinar un retraso en el diagnóstico o manejo de complicaciones. En comparación con las mujeres, en el UC Narrative, los hombres tenían un 40% menos de probabilidades de haber visitado un consultorio o clínica de EII en los últimos 12 meses, y un 34% menos de probabilidades de estar visitando regularmente a su gastroenterólogo. Los hombres también tenían un 74% más probabilidades de haber sido hospitalizados o haber tenido 2 o más brotes en el último año, en comparación con las mujeres.

Con respecto a la comunidad LGBT+, existen estudios limitados en EII que incluyan a estos pacientes. Los pocos estudios que existen señalan la preocupación de algunos de estos grupos con respecto a su vida sexual en contexto de su enfermedad y sus complicaciones perianales o necesidad de proctectomía. Desconocemos, por otro lado, el efecto que pueda tener en la EII la terapia hormonal en pacientes transgénero. Y surge también la preocupación en esta comunidad con respecto a los resultados de una cirugía como neovagina con tejido ileal o colónico, en contexto de EII.

Con respecto a las brechas de raza, Sewell *et al.* publicaron en 2013 una revisión sistemática que señala que en seis de siete estudios, los pacientes blancos estaban siendo tratados con mayor frecuencia con inmunomoduladores e infliximab, comparando con pacientes afroamericanos lo que

sugería disparidades en el acceso y/o tratamiento. En pacientes con EC, se han demostrado diferencias raciales en cuanto a adherencia al tratamiento y a la permanencia con terapia biológica. En Afroamericanos se ha visto una adherencia significativamente menor y una interrupción de terapia de manera más precoz, en comparación con pacientes blancos. Un estudio ha sugerido que la concordancia racial entre el médico y el paciente da como resultado consultas médicas de mayor duración, mayor influencia positiva en el paciente y una mayor satisfacción usuaria. Varios estudios indican que los pacientes negros con EII tienen una mayor frecuencia de visitas a la sala de emergencias, hospitalizaciones relacionadas con la EII e incluso mayor mortalidad relacionada con la EII en comparación con los blancos no hispanos y los hispanos en los Estados Unidos. Algunos de estos estudios identifican que la raza asociado al nivel socioeconómico pueden influir en las diferencias en los resultados de la EII, incluidas las tasas de mortalidad hospitalaria y deterioro de la calidad de vida. En pediatría, un estudio encontró que los niños de raza negra eran diagnosticados hasta 12 meses después del inicio de los síntomas de EII, comparado con niños blancos que se diagnosticaban de manera más precoz.

La ubicación geográfica también puede determinar brechas en el acceso a atención. Un estudio canadiense liderado por Peña-Sánchez en Canadá demostró que los pacientes con EII que residen en zonas rurales tenían, en comparación con los residentes de zonas urbanas, un 18% menos de visitas con gastroenterólogo, tasas más bajas de estudios endoscópicos y mayores tasas de hospitalización.

Por último un artículo describió que menos del 3% de los pacientes que participan en estudio clínicos en EII corresponden a minorías raciales y étnicas.

## ¿Brechas en Chile?

Si bien en Chile no tenemos aún un registro nacional de EII, sí contamos con una fuente de información con respecto a los pacientes que han accedido a terapia biológica a través de la Ley Ricarte Soto (LRS). Estos datos revelan que al momento de escribir este artículo habían 2991 pacientes beneficiarios por EII, el 57,7% son mujeres. Un 40% (1.201) son ISAPRE, muy por sobre el 17,2% que corresponde a la población nacional que tiene esta cobertura en salud. Esto sugiere, asumiendo que la distribución de EII es similar en toda la población, que los pacientes FONASA están accediendo menos a terapia biológica. Otra brecha podría estar representada por el acceso a atención en regiones. El 83% de los beneficiarios de LRS son de la Región Metropolitana, siendo que la población de esta región representa aproximadamente el 40% de la población nacional. Esto, podría sugerir que el acceso es menor en otras regiones.

En este contexto, es importante señalar la importancia de conocer la realidad de nuestros pacientes y sus determinantes sociales. En este sentido la Agrupación Chilena de Trabajo

en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACTECCU) está trabajando en un Registro Nacional de EII (**CHILEII**) en el que se pretende recabar información demográfica como sexo, edad, región en la que reside y también información con respecto a educación, situación laboral o pertenencia a población migrante y pueblos originarios.

El conocimiento de esta información nos permitirá identificar brechas de acceso y atención de nuestros pacientes y poder establecer estrategias para estrechar estas brechas y mejorar el acceso. *Es fundamental poder garantizar una atención médica equitativa y de calidad para todos los pacientes, independientemente de su situación socioeconómica.*

*Además, es crucial que los profesionales de la salud estén capacitados en la identificación y abordaje de los determinantes sociales de la salud en sus pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Esto puede implicar trabajar en colaboración con trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales para ofrecer un enfoque integral y multidisciplinario en el cuidado de la enfermedad.*

*En resumen, los determinantes sociales de la salud juegan un papel importante en los resultados de salud de los pacientes con EII y es crucial abordarlos para asegurar un acceso equitativo para todos los pacientes.*

## Referencias

1. Jones JL, Nguyen GC, Benchimol EI, et al. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: quality of life. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019;2(Suppl 1):S42-S48.
2. Anyane-Yeboah A, Quezada S, Rubin DT, Balzora S. The impact of the social determinants of health on disparities in inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(11):2427-34.
3. Odufalu FD, Dubinsky MC, Peyrin-Biroulet L, et al. Health Care Disparities, Social Determinants of Health, and Emotional Impacts in Patients with Ulcerative Colitis: Results from a Global Ulcerative Colitis Narrative Patient Survey. *Inflamm Bowel Dis.* 2023;29(11):1681-92.
4. Sewell JL, Velayos FS. Systematic review: the role of race and socioeconomic factors on IBD healthcare delivery and effectiveness. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19(3):627-43.
5. El-Matary W, Carroll MW, Deslandres C, et al. The 2023 Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada: Special Populations-Children and Adolescents with IBD. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2023;6(Suppl 2):S35-S44.
6. Cai Q, Ding Z, Fu AZ, Patel AA. Racial or ethnic differences on treatment adherence and persistence among patients with inflammatory bowel diseases initiated with biologic therapies. *BMC Gastroenterol.* 2022;22(1):545. Published 2022 Dec 29.
7. White JM, O'Connor S, Winter HS, et al. Inflammatory bowel disease in African American children compared with other racial/ethnic groups in a multicenter registry. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6(12):1361-9.
8. Cohen NA, Silfen A, Rubin DT. Inclusion of under-represented racial and ethnic minorities in randomized clinical trials for inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 2022;162(1):17-21.

9. Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, et al. Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med.* 2003;139:907-15.
10. Peña-Sánchez JN, Osei JA, Rohatinsky N, et al. Inequities in Rural and Urban Health Care Utilization Among Individuals Diagnosed With Inflammatory Bowel Disease: A Retrospective Population-Based Cohort Study From Saskatchewan, Canada. *J Can Assoc Gastroenterol.* 2022;6(2):55-63. Published 2022 May 14.
11. Newman KL, Chedid VG, Boden EK. A Systematic Review of Inflammatory Bowel Disease Epidemiology and Health Outcomes in Sexual and Gender Minority Individuals. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023;21(5):1127-33.