

Fernando De Maio:

“No basta con medir las desigualdades, el objetivo es reducirlas”

Los cambios en el estudio y abordaje de las inequidades en salud. La raza como factor de riesgo para la enfermedad y el racismo como causa estructural. El rol de la evidencia científica y el factor colaborativo en la investigación. Las distinciones entre salud “local” y “global”

Fernando De Maio es profesor de sociología en De Paul University en Chicago. También ocupa un cargo en la American Medical Association, investigando disparidades en salud. Ha participado en las previas Jornadas de Investigaciones en Disparidades en Salud, incluyendo la jornada del año pasado, que tuvo lugar en la Universidad ISALUD.

—Desde su perspectiva, ¿cómo definiría hoy las disparidades y las inequidades en salud? ¿Qué elementos considera indispensables para no vaciar estos conceptos de su dimensión metodológica, política y ética?

—Existe una larga trayectoria de trabajos en este campo, en muchos países y desde una variedad de disciplinas académicas. Siempre me han atraído las definiciones

que se centran en brechas que son evitables, innecesarias e injustas; aquellas que demuestran, con datos, patrones de desigualdad y buscan identificar las causas profundas de esos patrones, tanto dentro como fuera del sistema de atención de la salud. La base política y económica de las desigualdades en salud solo puede comprenderse si entendemos que muchas de las cosas que consideramos “determinantes sociales de la salud” son, en sí mismas, resultados de rasgos más profundos y sistémicos de nuestro mundo. Por ejemplo, muchas veces medimos y utilizamos la desigualdad de ingresos como una variable a nivel comunitario para predecir resultados en salud. Y eso está bien: ha dado lugar a estudios empíricos muy interesantes en los últimos veinte años. En ese sentido, la desigualdad de ingresos es un factor clave de las desigualdades en salud. Pero la des-

igualdad de ingresos también es una consecuencia de fuerzas políticas y económicas más profundas, y esas fuerzas también deberían estar dentro del marco teórico y el alcance de la investigación sobre desigualdades en salud.

—En las últimas décadas, ¿qué continuidades y qué transformaciones observa en la forma en que las inequidades en salud son estudiadas y abordadas? ¿Qué debates considera saldados y cuáles siguen abiertos?

—Un cambio clave que hemos visto en la medicina y la salud pública en los últimos años —y aquí reflexiono principalmente sobre Estados Unidos, donde vivo— es una suerte de toma de conciencia respecto del papel de la raza tanto en la investigación como en la práctica clínica. Durante demasiado tiempo, los investigadores trataron la raza como una variable independiente que predecía algún tipo de resultado en salud, por lo general controlando por ingresos y otros factores demográficos. De este modo, la raza pasó a convertirse en un factor de riesgo para la enfermedad y, si bien esto ayudó a visibilizar algunas desigualdades que de otro modo quedaban ocultas en los datos agregados, también eludió la pregunta más importante en la que debería haberse centrado la investigación sobre desigualdades en salud: el papel del racismo como causa estructural. Con el tiempo, hemos visto que algunos investigadores y algunas revistas han comenzado a pasar de medir la raza a medir el racismo. En la medicina, existe un reconocimiento paralelo y creciente de cómo la raza ha sido incorporada de manera perjudicial en diversos algoritmos y herramientas de toma de decisiones, afectando los tratamientos en múltiples áreas, entre ellas, quizá de forma más conocida hoy, la enfermedad renal.



La desigualdad de ingresos es un factor clave de las desigualdades en salud. Pero la desigualdad de ingresos también es una consecuencia de fuerzas políticas y económicas más profundas, y esas fuerzas también deberían estar dentro del marco teórico y el alcance de la investigación sobre desigualdades en salud”

—¿Qué rol le asigna a la evidencia científica en la construcción de políticas públicas orientadas a la equidad en salud? ¿Cuáles son sus límites?

—Sabemos que la evidencia científica es fundamental. Pero también sabemos que la evidencia no es suficiente, sabemos que los datos no alcanzan. La doctora Linda Rae Murray, cuando fue presidenta de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, señaló que nos mentimos a nosotros mismos y a nuestros estudiantes si nos concentramos únicamente en los datos y los valores sin abordar también la política y el poder. Creo firmemente en la noción de las “estadísticas radicales”. La idea de que podemos realizar análisis objetivos con el objetivo de promover un cambio social progresivo; que podemos trabajar con datos y valores y, al mismo tiempo, estar anclados en cuestiones de poder y política. Además, considero que sería poco ético investigar las desigualdades en salud sin trabajar con la misma intensidad para cambiar los patrones que observamos. No basta con medir las desigualdades, el objetivo es reducirlas.

—¿Cómo dialogan, a su juicio, los enfoques cuantitativos y cualitativos en el estudio de las inequidades?

¿Qué se pierde cuando uno de ellos queda relegado?

—Necesitamos tanto datos cuantitativos como cualitativos. Y, como señaló el doctor Paul Farmer, necesitamos análisis con profundidad histórica y amplitud geográfica. La verdad es que la mayoría de nuestros programas de formación —en particular en salud pública— deben hacer más en este sentido, generando mayores oportunidades para una recopilación y un análisis de datos significativos, especialmente mediante enfoques participativos y guiados por las comunidades. Existen modelos para hacerlo, y sé que muchas personas en el campo de la salud pública, en particular, vienen abogando por ello desde hace muchos años.

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

—Esto es fundamental y es algo en lo que he pensado a lo largo de toda mi carrera. La verdad es que, al menos en América del Norte, donde he trabajado, la mayoría de las universidades premian la producción académica. Es posible construir una carrera basada en publicaciones, por lo que existe una enorme presión por publicar. Eso incentiva ciertos tipos de investigación y privilegia trabajos que pueden publicarse de manera rápida y predecible. La investigación comprometida con las comunidades, en cambio, requiere tiempo: tiempo para construir relaciones, para codesarrollar preguntas de investigación y para trabajar de manera conjunta con colegas dentro y fuera de las universidades. El tipo de trabajo que queremos que realicen los investigadores en desigualdades en salud es, necesariamente, de naturaleza

“Además, considero que sería poco ético investigar las desigualdades en salud sin trabajar con la misma intensidad para cambiar los patrones que observamos. No basta con medir las desigualdades: el objetivo es reducirlas”

colaborativa, en donde se involucren médicos, profesionales de la salud, trabajadores comunitarios de la salud y muchos otros. Es el tipo de investigación que pone a prueba intervenciones y que nutre y protege la participación comunitaria. Ese es el estándar al que siempre deberíamos aspirar.

—En sus trabajos sobre Argentina y América Latina, muestra contradicciones persistentes entre crecimiento económico y resultados en salud. ¿Cómo interpreta hoy esa paradoja?

—A lo largo de toda mi carrera me han interesado las relaciones entre la economía y la salud. Basándome en el trabajo del epidemiólogo británico Richard Wilkinson, he explorado cómo el ingreso se relaciona con la salud de manera fuerte dentro de los países, pero no necesariamente entre ellos. Es decir, dentro de países como Argentina, Chile, Estados Unidos o Canadá, observamos gradientes sociales en salud, con ventajas a lo largo de todo el espectro de ingresos. Pero entre países, no son necesariamente los más ricos los más saludables. Así, el ingreso importa dentro de los países, pero no siempre entre países. Al comparar países, comenzamos a ver que lo que importa para la salud no es el nivel general de ingresos, sino cuán equitativamente se distribuyen. Los países más igualitarios tienden a obtener mejores resultados en términos de salud poblacional.

—¿Qué aporta la epidemiología social crítica frente a enfoques más descriptivos de las desigualdades?

—Este es un lente a través del cual siempre exploramos las causas profundas, los root causes, en inglés. Podemos observar resultados desiguales en salud, por lo que la epidemiología social crítica impulsa preguntas de investigación que se centran en las fuerzas políticas y económicas que generan esos

resultados. Para mí, esta es una forma de explorar la violencia estructural, o los arreglos políticos y sociales que dañan a las poblaciones, con ese daño reflejado en la salud.

—¿Cuáles son los riesgos de trasladar marcos analíticos del Norte Global sin una adaptación profunda a los contextos latinoamericanos?

—Siempre he buscado una perspectiva global en mi trabajo y en mi investigación sobre desigualdades en salud. Es cierto que no podemos simplemente copiar y pegar teorías y conceptos de un lugar a otro; esto es válido tanto entre el norte y el sur global como entre comunidades dentro de una misma ciudad, por ejemplo, la ciudad de Chicago donde vivo. Pero también es cierto que vivimos en un mundo globalizado: las distinciones entre la salud “local” y la “global” son más difusas de lo que a muchos les gusta creer. Y nuestra salud está afectada por procesos globales, independientemente de dónde estemos ubicados.

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

¿Cómo influyó en su trayectoria académica o profesional?

—Mi interés por la investigación sobre desigualdades en salud comenzó realmente a partir de una preocupación por la desigualdad social. Incluso antes de conocer la salud pública o la sociología médica, ya me interesaba la desigualdad, y estoy seguro de que eso tiene mucho que ver con haber nacido en Buenos Aires y haber visto niveles muy altos de desigualdad desde pequeño. Cuando leí el trabajo de Richard Wilkinson y, más tarde, el de Paul Farmer, quedé cautivado: la investigación sobre desigualdades en salud abrió la posibilidad de escribir y estudiar sobre pobre-

“El tipo de trabajo que queremos que realicen los investigadores en desigualdades en salud es, necesariamente, de naturaleza colaborativa: con médicos, profesionales de la salud, trabajadores comunitarios de la salud y muchos otros. Es el tipo de investigación que pone a prueba intervenciones y que nutre y protege la participación comunitaria. Ese es el estándar al que siempre deberíamos aspirar”.

za, desigualdad, racismo y mucho más. Y he tenido la fortuna de poder hacer este trabajo junto a colegas extraordinarios en Argentina, Canadá, Inglaterra y, ahora, Estados Unidos.

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

—Quizá la recomendación más importante sea invertir tiempo y energía en colaboraciones significativas. Para mí, eso implica aportar algo concreto: ofrecer apoyo a otras personas, ayudarlas a ver el valor de sus datos y desarrollar preguntas de investigación que tengan sentido para ti, para tus colaboradores y para las comunidades a las que perteneces. Igualmente importante es tener una mirada de largo plazo, construir tu comunidad y tu trayectoria de trabajo con el paso del tiempo. Finalmente, ¿cómo transformar la investigación sobre inequidades en herramientas efectivas de incidencia, sin perder rigor ni autonomía académica? Aquí, es donde la colaboración rinde frutos, en particular la colaboración con una amplia gama de actores, que pueden aportar ideas y abrir posibilidades para la incidencia. Esa incidencia puede adoptar muchas formas, desde escribir artículos de opinión en revistas o periódicos de gran circulación hasta reunirse con funcionarios de gobiernos locales, testificar ante comités o incluso participar en manifestaciones.

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

—Es fácil perder la esperanza y quizá también caer en la trampa de ver las desigualdades en salud como inevitables. Pero sabemos que no lo son y, si buscamos, podemos encontrar inspiración en muchos lugares, incluso en algunos quizá inesperados. Busca y apoya el buen trabajo, allí donde lo encuentres. 