

Raúl Mejía:

“La forma en que se presentan los datos puede contribuir a visibilizar injusticias y favorecer la formación de políticas públicas”

Un abordaje de los indicadores en las disparidades e inequidades en salud desde el plano metodológico, político y ético. El racismo estructural como factor de un mecanismo central de exclusión sanitaria. Y la importancia de la participación de los decisores y las comunidades involucradas para garantizar la información en la generación de evidencia científica.

Raúl Mejía es investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Consultor de la División de Medicina Interna del Hospital de Clínicas (UBA). Además, fue Diploma de Honor de la Facultad de Medicina e Investigador Adjunto del Conicet.

—¿Cómo definiría hoy las disparidades y las inequidades en salud? ¿Qué elementos considera indispensables para no vaciarlos de su dimensión metodológica, política y ética?

—Las disparidades son diferencias sistemáticas y medibles en indicadores de salud. Entre ellas, pode-

mos mencionar la mortalidad, el acceso a la salud, la calidad de atención. Estas diferencias aparecen entre grupos poblacionales definidos y están influenciadas por variables sociales, demográficas, económicas, territoriales o culturales. Ahora bien, estas disparidades, o las disparidades en estos indicadores que aparecen en diferentes grupos poblacionales persisten a lo largo del tiempo, muestran patrones consistentes y afectan de forma desproporcionada a determinados grupos sociales, ya sean definidos por origen étnico, por orientación de género, etc. Estas diferencias constituyen inequidades en salud. Estas inequidades en salud son evitables, injustas y son producidas socialmente. No nacen de la biología,



“La primera continuidad es la persistencia de las inequidades. El avance científico en los últimos 50 años ha sido fantástico, abrumador, pero esto no se traduce en mayor equidad porque las diferencias estructurales siguen existiendo y sigue habiendo inequidades entre diferentes comunidades”

sino que surgen de la distribución desigual del poder, de los recursos y de las condiciones de vida. Por eso, están íntimamente relacionadas con lo que conocemos como determinantes sociales de salud: el estatus socioeconómico, el empleo, la educación, el entorno ambiental, etc. Podemos tomar el ejemplo de la mortalidad cardiovascular. Aquí, la gente de bajo nivel socioeconómico tiene un 30% más de mortalidad cardiovascular que las personas de alto nivel socioeconómico. También son ejemplos, el diferente acceso al tratamiento de cáncer entre las personas que viven en ambientes rurales y en ambientes urbanos, o, si no, la esperanza de vida a nacer según barrios que se observa en muchos países.

Pero para que estos indicadores no sean términos vacíos, hay que abordarlos desde tres planos:

1) Un plano metodológico, que está relacionado con cómo vamos a medir estos indicadores. Hay que medirlos en forma rigurosa y tratar de encontrar gradientes sociales que expliquen las causas estructurales como el racismo y la pobreza. Estos datos deben servir para comprender los mecanismos causales y orientar las intervenciones. O sea, tienen que informar las políticas públicas.

2) El otro plano es el plano político ya que para trabajar las inequidades se necesita voluntad política.

Hay que asumir que las inequidades no son fenómenos naturales ni biológicos, sino que son el resultado de decisiones humanas y modelos de desarrollo. Reducirlas no es un desafío técnico, sino un problema de voluntad política.

3) Y, por último, el plano ético, que implica la responsabilidad de no naturalizar las inequidades. Las cosas no son así porque son así, sino que tienen fuertes raíces en las desigualdades que afectan a algunas poblaciones. Estas desigualdades o estas condiciones que generan inequidades pueden ser corregidas. La investigación debe orientarse no solo a describir la existencia de estas desigualdades o de las causas sociales que las generan, sino también a orientar la manera de solucionarlas.

—¿Qué continuidades y qué transformaciones observa en la forma en que las inequidades son estudiadas y abordadas?

—La primera continuidad es la persistencia de las inequidades. El avance científico en los últimos 50 años ha sido fantástico, abrumador, pero esto no se traduce en mayor equidad porque las diferencias estructurales siguen existiendo y sigue habiendo inequidades entre diferentes comunidades. Por lo tanto, las

inequidades están arraigadas en los modelos sanitarios. Las transformaciones más importantes son, por un lado, que se ha incorporado la inequidad, o, mejor dicho, los determinantes sociales en el estudio de la salud. Hay consenso en que el empleo, la educación, el ambiente laboral, los sistemas alimentarios, la exposición a productos nocivos son componentes centrales en la producción de inequidades.

Por otro lado, el racismo estructural, no sólo el racismo estructural en los Estados Unidos, sino también en Latinoamérica hacia las personas que provienen de pueblos originarios. Lo importante es que el racismo ya no es un factor del contexto en el cual trabaja esta persona, sino que es un mecanismo central de exclusión sanitaria. Las personas que pertenecen a grupos étnicos diferentes que la mayoría tienen peores condiciones de salud.

Y el otro tema es la ciencia traslacional. Hay un esfuerzo por acortar la brecha entre el laboratorio y las políticas públicas. Entonces, esto se traduce en el desarrollo de intervenciones culturalmente adaptadas. La inclusión de las distintas comunidades en el diseño de las políticas públicas y en el estudio de las inequidades, y la evaluación de las estrategias en el terreno, más allá de lo que pasa en los laboratorios o en los estudios controlados.

—¿Cuáles son los debates abiertos y cuáles han sido saldados?

—El principal debate saldado es que nadie niega que existan inequidades. El debate abierto es cómo se deben diseñar las intervenciones sostenibles y escalables para solucionar las inequidades y cómo medir el impacto real de estas intervenciones, más allá de lo retórico.

El otro debate saldado es el de la necesidad de aplicar el concepto de interseccionalidad para entender cómo las desventajas no se distribuyen de manera aislada, sino que se entrecruzan y potencian entre sí. Pertenecer a un grupo de género, o autopercebirse con una determinada situación de género, más una clase social, más una pertenencia

étnica y racial, no se suman, ni se potencian, sino que se entrecruzan, generando experiencias específicas y diferenciadas de vulnerabilidad y exclusión.

—¿Qué rol le asigna a la evidencia científica en la construcción de políticas públicas y cuáles son los límites?

—Esto es muy importante. La evidencia científica tiene un rol central para documentar, cuantificar y explicar las inequidades en salud, para identificar las poblaciones desproporcionadamente afectadas e intentar comprender los mecanismos que producen estas diferencias y las reproducen. Es muy importante que la evidencia informe y oriente las políticas públicas, ayudando a los decisores a definir prioridades y desarrollar intervenciones efectivas y adecuadas a cada comunidad. Por otro lado, la evidencia científica legitima la decisión de crear e implementar políticas públicas al estar basadas en la evidencia.

Ahora bien, la evidencia tiene límites claros: prime-

ro, no reemplaza las decisiones políticas ni éticas. Los datos no definen qué es lo justo y qué es lo injusto, eso lo definen los decisores políticos y las prioridades éticas de un gobierno. Por otro lado, la evidencia puede ser utilizada, instrumentalizada y destinada a informar políticas públicas, o totalmente ignorada cuando entra en conflicto con intereses económicos o ideológicos. Sobre todo cuando la evidencia afecta áreas que toman industrias poderosas o que implican o demuestran la necesidad de la redistribución de los recursos.

Por otro lado, la evidencia no siempre logra capturar la complejidad de los contextos locales o las dinámicas culturales.

Por último, existe el riesgo de que se produzca una descripción infinita de las desigualdades sin sugerir u orientar políticas públicas. Por eso, es muy importante que en la investigación para la generación de evidencia participen desde el inicio los decisores y las comunidades involucradas

“El principal debate saldado es que nadie niega que existan inequidades. El debate abierto es cómo se deben diseñar las intervenciones sostenibles y escalables para solucionar las inequidades y cómo medir el impacto real de estas intervenciones más allá de lo retórico”

para garantizar que esta información sirva para los fines que uno desea.

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

—Deben trabajar en conjunto porque dialogan en forma complementaria. Los métodos cuantitativos nos dan los números crudos o duros, permiten dimensionar la magnitud, la distribución y la persistencia de las inequidades, permiten identificar gradientes sociales o comparar grupos poblacionales y monitorear las evoluciones a lo largo del tiempo. Son muy importantes para visibilizar el problema en la agenda pública y establecer prioridades.

Por su parte, los métodos cualitativos explican el cómo y por qué a través de la experiencia vivida, aportan la profundidad interpretativa, les dan voz a las comunidades y son muy importantes para generar información sensible al momento de diseñar políticas públicas. Por ejemplo, sin lo cualitativo las inequidades son cifras frías y entonces se pierde la comprensión del maltrato institucional o las barreras culturales, creando políticas por ahí técnicamente correctas pero no conectadas con la sociedad. Sin lo cuantitativo se pierde la incidencia política. Es difícil convencer a los tomadores de decisiones de aceptar presupuestos sin saber qué es lo que está pasando en la comunidad.

—¿Qué responsabilidades éticas específicas asume quien investiga disparidades en salud?

—Además de las implicancias éticas habituales, que son el rigor metodológico, la validez científica y la prioridad de preservar al sujeto de investigación, la investigación en disparidades tiene que generar conocimiento de un modo tal que no reproduzca estigmas, estereotipos ni explicaciones deficitarias sobre los grupos históricamente marginados. En este campo, el rigor científico no

se opone al compromiso social, sino que es importante que en la investigación para la generación de evidencia participen desde el inicio los decisores y las comunidades involucradas para garantizar que esta información sirva para los fines que uno desea.

Entonces, en primer lugar, lo que hay que hacer es no culpabilizar a los individuos o las comunidades por las condiciones en las cuales viven o los riesgos que tie-

nen, porque en realidad son el resultado de procesos estructurales, la pobreza, la segregación, la discriminación de género o la exclusión del sistema de salud. Entonces hay que evitar utilizar marcos interpretativos que refuerzan la narrativa de responsabilidad individual, hay que situar todos los hallazgos en el contexto social, histórico e institucional.

Otra responsabilidad es la comunicación de los resultados; hay que comunicarlos de manera clara, accesible y socialmente responsable, tanto a la comunidad científica como a los decisores, los medios de comunicación y a las poblaciones involucradas. La forma en que se presentan los datos puede contribuir a visibilizar injusticias y favorecer la formación de políticas públicas, o a re-

forzar estigmas y malentendidos. Entonces la transparencia, el lenguaje cuidadoso y la contextualización son responsabilidades éticas centrales. También, tenemos que asumir que la investigación en disparidades tiene como objetivo cambiar las cosas, no es que toda investigación va a generar políticas públicas, pero está destinada a informar a los decisores para que se generen estas políticas públicas. Tenemos que ser conscientes del potencial transformador o eventualmente legitimador del statu quo que tiene nuestro trabajo.

Y, por otro lado, la última es la responsabilidad de incluir y respetar las voces de las poblaciones desde el principio. Hay que promover un enfoque participativo siempre que sea posible y reflexionar críticamente sobre nuestra posición como investigadores y los sesgos que tenemos por nuestra posición. Existe la obligación ética de no invisibilizar inequidades por comodidad metodológica o presiones institucionales.

“Por eso es muy importante que en la investigación para la generación de evidencia participen desde el inicio los decisores y las comunidades involucradas para garantizar que esta información sirva para los fines que uno desea”.

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

—Yo creo que todo empezó cuando estaba haciendo el fellowship en medicina comunitaria en Nueva York, a principios de los años 90. Allí, trabajando en centros de salud en Harlem o en el Bronx, empecé a ver las disparidades entre la población latina que se atendía en estos centros y la población blanca que se atendía en el Hospital Mount Sinai, en la quinta avenida. Posteriormente, fui a San Francisco, donde empecé a trabajar con el doctor Pérez-Stable, que es quien me llevó al tema de disparidades en salud, donde fueron bien claras las disparidades en salud entre la población latina y la población estadounidense. Más tarde, empecé a trabajar en Jujuy, en un proyecto sobre adolescentes de diferente origen étnico y las diferencias que había en el consumo de tabaco, en la discriminación y en la aculturación entre estos jóvenes, fue por ahí el primer momento en el cual pude ver fuertemente las inequidades en salud en disparidades étnicas en América Latina.

A partir de ahí, seguí trabajando con el doctor Pérez-Stable, con Alicia Fernández y con otras personas en el tema disparidades en salud. Y finalmente, en los últimos años, empecé a trabajar en Fundación Huésped, con personas transgénero o de la comunidad LGBTQ+ y allí empezamos a adentrarnos en el tema de la interseccionalidad entre pobreza estructural, identidad de género, discriminación y migración, dado que muchas de estas personas vienen de países vecinos o de las provincias del norte de nuestro país. Así que, en resumen, fue todo un proceso que ocurre a lo largo de más de 30 años de investigación.

—¿Qué recomendaciones metodológicas daría a quienes comienzan a investigar en inequidades en salud?

—Bueno, primero no sé si dar consejos o recomendaciones. Inicialmente, uno tiene que estar decidido a hacer las investigaciones. El primer paso para ello es formar equipos genuinamente multidisciplinarios. Las inequidades no pueden ser comprendidas desde una sola disciplina, requieren diálogo entre la epidemiología, las ciencias sociales, la economía, la antro-

pología, la estadística, la salud pública. Esta diversidad enriquece las preguntas de investigación y permite articular niveles individuales, sociales y estructurales.

En segundo lugar, hay que incorporar a la comunidad desde el inicio de la investigación y no sólo como fuente de datos sino como actor activo en la definición de problemas, preguntas y prioridades. El principio de “toda investigación sobre ustedes se hace con ustedes”, ayuda a producir conocimientos más pertinentes, éticamente responsables y con mayor legitimidad social, además de mejorar la interpretación de los hallazgos.

Claramente, hay que incorporar enfoques metodológicos mixtos con herramientas cuantitativas y cualitativas y adoptar una perspectiva interseccional desde el diseño del estudio. Esto permite capturar la complejidad de las inequidades y evitar análisis simplificados que invisibilizan subgrupos particularmente vulnerables. Además, es fundamental reflexionar sobre el lenguaje, los marcos analíticos y los supuestos implícitos. Evitar explicaciones individualizantes, estigmatizantes o moralizantes no sólo es una decisión ética sino también metodológica ya que mejora la calidad, validez y el conocimiento producido.

Y por último, hay que incorporar la comunicación de resultados como parte explícita del proyecto de investigación y no como una etapa posterior o secundaria. Esto incluye identificar públicos específicos, ya sea decisores, equipos de salud, comunidades, adoptar formatos y lenguajes y planificar productos más allá de las publicaciones académicas. También es muy útil invitar a los decisores y a los actores institucionales a participar del proceso de investigación desde el principio, sin que esto implique ceder independencia analítica a su participación temprana. Puede facilitar la comprensión mutua, aumentar la viabilidad de las recomendaciones y reducir la brecha entre evidencia y política. Pero es muy importante evitar la identificación con la política partidaria. Hay que mantener una clara distinción entre incidencia en políticas públicas y alineamiento partidario, porque esto protege la credibilidad científica, preserva la autonomía académica y permite que la evidencia sea utilizada por distintos actores más allá de las coyunturas políticas. 