

Eliseo J. Pérez-Stable:

“Las disparidades en salud producen una carga económica y humana para toda la sociedad”

Las disparidades y las inequidades en los países de las Américas. La necesidad de incorporar factores ambientales para su estudio y profundizar sobre cómo la identidad racial y/o étnica interactúan con el nivel socioeconómico. La importancia del abordaje multidisciplinario y de la capacitación profesional en la metodología de la investigación clínica y poblacional

Eliseo J. Pérez-Stable fue director del Instituto Nacional de Salud y Disparidades de Salud de las Minorías (NIMHD) durante 10 años, hasta septiembre de 2025. Trabajó al servicio de las comunidades médicas y de investigación, y como profesor titular en la Universidad de California, San Francisco (UCSF), donde desarrolló el primer centro de investigaciones sobre la salud de las minorías.

—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?

—Para comenzar, en Estados Unidos hay una definición específica sobre lo que es una disparidad de salud que está codificada en ley federal. Si una persona con

desventaja socioeconómica o de identidad racial y/o étnica de un grupo minoritario tiene un peor resultado de salud esto define una disparidad en salud. El lugar donde vive la persona también puede ser un factor que genere una disparidad de salud especialmente en las zonas rurales. El término inequidad de salud no se basa en una definición legal, tiende a ser algo al cual uno aspira en un mundo más ideal, y puede generar reacciones de culpabilización hacia otros grupos y crear fricciones innecesarias. Yo no uso ese término.

El elemento esencial es establecer las mediciones más válidas posibles para medir estas variables de forma precisa. En cada país existe diversidad poblacional en términos de raza y/o etnicidad, especialmente en los países de las Américas conformados en gran parte por poblaciones inmigrantes. En Argentina, la mayor parte de la población tiene una identidad racial europea blanca. Otras poblaciones que



se identifican son asiáticos, indígenas americanos y mestizos, y negro o mulato de origen africano.

La medición del estatus socioeconómico se define más fácilmente por el nivel educacional formal, aunque el nivel de riqueza total es probablemente la mejor definición, pero difícil de medir. Datos poblacionales de Norteamérica demuestran claramente que hay menos mortalidad y mejor salud para las personas con un título universitario y la relación entre mayor educación con mejor salud es robusta y lineal. El ingreso económico anual de un hogar puede usarse, pero como aproximadamente el 20% de personas prefieren no reportar su ingreso es menos confiable para utilizar en las investigaciones.

Otros elementos que se han usado para medir el estatus socioeconómico son el prestigio de la ocupación del individuo reflejado en categorías como trabajador, empleado en servicios, negocios, profesionales, y gerentes. Estas categorías formaron parte del Estudio Whitehall en Inglaterra que estableció una jerarquía relacionada con el grado de “control” que una persona tiene sobre el trabajo y sus efectos sobre la salud. Replicar estas categorías a través de las décadas y las diferentes geografías limita el uso de esta variable en la investigación.

“En los últimos 40 años el enfoque ha sido casi exclusivo sobre el factor raza y/o etnicidad o sobre el nivel socioeconómico. Hay una gran necesidad de poder profundizar sobre cómo la identidad racial y/o étnica interactúan con el nivel socioeconómico. Este tema no se ha examinado suficiente”

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

—En los últimos 40 años, el enfoque ha sido casi exclusivo sobre el factor raza y/o etnicidad o sobre el nivel socioeconómico. Hay una gran necesidad de poder profundizar sobre cómo la identidad racial y/o étnica interactúan con el nivel socioeconómico. Este tema no se ha examinado suficiente. Otra gran necesidad es la de incorporar factores ambientales y estructurales especialmente definidos por la ubicación geográfica del individuo y el ambiente construido (“*built environment*” en inglés). La meta es poder definir los mecanismos que llevan a las disparidades de salud para poder desarrollar e implementar intervenciones para mejorarlas.

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

—Se le asigna un rol de primera y máxima importancia. Es equivalente a pensar que un medicamento para bajar la presión arterial va a disminuir las probabilidades de un ACV y mejorar los resultados de salud. Por ejemplo, si la cobertura de salud provee servicios preventivos gratuitos (tratamiento para el colesterol alto o vacunas eficaces), estos servicios se van a usar más frecuentemente y mejorarán la salud poblacional. Otros ejemplos en las políticas de salud que mejoran la salud poblacional son definir los contenidos nutricionales de los alimentos, prohibición de fumar tabaco en espacios cerrados, y facilitar el uso de espacios verdes para la actividad física.

—¿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?

—Los diálogos entre los enfoques cuantitativos y cualitativos aplican a todos los estudios clínicos, sociales y poblacionales con humanos y no es distinto porque el objeto de estudio son las disparidades en salud. Los enfoques cuantitativos definen la dimensión de los problemas de forma que se pueden mostrar asociaciones y relaciones causa-efecto con evidencia científica. La metodología cualitativa se utiliza para definir temas que se incorporarán a una encuesta cuantitativa, por ejemplo. También se utiliza para estudiar los componentes de un problema clínico para luego informar el desarrollo de intervenciones. Hay problemas de salud que son muy difíciles de cuantificar y el enfoque cualitativo puede ser la mejor forma de estudiarlo. Un ejemplo puede ser cómo la trayectoria de la vida y las experiencias en la infancia pueden influir en la salud en la adultez. Historias de casos de forma cualitativa pueden ser muy buenas para las presentaciones al público general y a los legisladores.

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

—A mi entender el investigador de disparidades en salud trabaja con seres humanos y las responsabilidades éticas no deben de variar de ningún otro tema clínico, social o poblacional.

—Usted ha sido clave en el desarrollo de marcos institucionales para la investigación en disparidades. ¿Qué implica, en términos concretos, institucionalizar la equidad dentro de los sistemas de ciencia y tecnología?

—Institucionalizar la equidad dentro de los sistemas de ciencia y tecnología es un término que no

me dice nada concreto. El esfuerzo interno de las organizaciones se ha centrado en evaluar la distribución demográfica de las personas empleadas. En ese aspecto buscamos equilibrio de mujeres y hombres cuando sea posible. Por otro lado, ha habido esfuerzos para promover la representación racial y/o étnica que presenta EE. UU. Los afroamericanos o negros y los latinos o hispanos están subrepresentados en las fuerzas científicas y académicas en las instituciones de EE. UU. Tampoco hay casi personas de origen nativo americano o isleños del pacífico trabajando como médicos o investigadores en salud. Sin embargo, las personas asiáticas están sobrerrepresentadas entre los científicos del NIH y en la mayoría de los centros académicos universitarios. Un tema del cual casi no se habla es el origen social o socioeconómico de los individuos ya que personas de familias con recursos limitados no están muy bien representadas en la fuerza de trabajo científico. Lo mismo que experimenté en NIH dirigiendo un instituto, lo vi en la Universidad de California en San Francisco (UCSF) donde fui director de la división de medicina interna general en el departamento de medicina.

“Otros ejemplos en las políticas de salud que mejoran la salud poblacional son definir los contenidos nutricionales de los alimentos, prohibición de fumar tabaco en espacios cerrados, y facilitar el uso de espacios verdes para la actividad física”.

—¿Cómo evitar que categorías como raza o etnicidad sean utilizadas de manera biologicista en la investigación en salud?

—La raza y/o etnicidad la definen las personas como una identidad propia. Las categorías que se usan en EE. UU. son respondidas por la gran mayoría de las personas y no se basan en un marcador biológico o en un aspecto fenotípico. En las investigaciones de salud la variable es enteramente definida como un concepto social. Por otra parte, existen componentes biológicos asociados a esta identidad racial y/o étnica lo cual ha demostrado tener significado clínico en algunas condiciones. Por ejemplo, los perfiles de genética ancestral de una persona se pueden categorizar por el origen continental. Los latinoamericanos en general son mezcla de Europa, indígenas

de América, y África dependiendo de la región. El perfil genético ancestral refleja esta diversidad con individuos con 100% de la genética ancestral europea a 100% indígena. Hay evidencia de que la mezcla indígena en Latinoamérica lleva a mejores resultados en el tratamiento de cáncer y hay un gen específico protector de desarrollar cáncer de mama en mujeres que solo se ha encontrado en mujeres con mezcla indígena. El concepto de raza y/o etnicidad nunca se debe usar como un concepto biológico en la investigación o en la atención clínica.

—Desde su experiencia en organismos nacionales, ¿qué tensiones identifica entre agendas científicas, prioridades políticas y financiamiento?

—Yo estuve 10 años en el Instituto Nacional de Salud (NIH) como director de uno de los 27 institutos de esa agencia. Tradicionalmente había poca tensión sobre las prioridades científicas. Cuando el partido Republicano estaba en el poder, los temas sensibles políticamente eran las investigaciones en reproducción, el uso de células fetales en cualquier investigación, y al-

gunos temas sobre investigación del medio ambiente. En 2025 se desarrolló una política en contra de la investigación sobre las vacunas, eliminar la investigación que incluye a personas transgénero y como consecuencia afectar la investigación sobre el VIH, y finalmente erradicar los temas identificados como “DEI o *Diversity, Equity, and Inclusion*” en inglés. Este último punto llevó a la cancelación de más del 30% de los financiamientos para investigación (grants), otorgados en estudios de disparidades aunque la mayoría fueron reinstaurados por una decisión judicial. Justamente esta confusión usando el término “*equity*” llevó a daños en la investigación científica en disparidades.

—¿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?

—Cuando comencé mi residencia en medicina interna en UCSF me di cuenta de las disparidades en salud en ciertas poblaciones por su origen racial y/o



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento, distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



SCIENZA

www.scienza.com

OSR

technology

Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.

étnico. Durante mi tiempo en la facultad de medicina en Miami yo me había dado cuenta de lo útil que era poder hablar en español con ciertos pacientes que no hablaban inglés. En UCSF pasó lo mismo, pero ahora, ya como médico, yo podía actuar más para ayudarlos. En el tercer año preparé una charla sobre las barreras culturales para pacientes latinos incluyendo barreras del idioma. Más adelante como investigador lanzamos proyectos sobre el uso de tabaco en los latinos y la prevención y el control de los cánceres más comunes, con grants del Instituto Nacional de Cáncer. A través de ese trabajo colaboré con otros científicos que trabajaban en otras poblaciones y formamos un centro de investigación sobre las disparidades de salud con enfoque en las poblaciones minoritarias. Lo que comenzó como un enfoque en las poblaciones latinoamericanas viviendo en Estados Unidos, se transformó en una visión más amplia de todas las poblaciones minoritarias por raza y/o etnicidad. Durante este proceso colaboré con científicos de múltiples disciplinas en la psicología clínica y social, epidemiólogos, estadísticos, salud pública, científicos básicos, y hasta antropólogos. También colaboramos con médicos de múltiples especialidades desde pediatría, geriatría, cirugía, obstetricia y ginecología, medicina familiar, y todas las subespecialidades de medicina interna.

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

—Prepararse lo mejor posible en la metodología de la investigación clínica y poblacional. Siempre puede haber ayuda en la parte analítica o para las estadísticas, pero el diseño e implementación de los estudios vienen de otra perspectiva. Colaboraciones de distintas disciplinas es muy importante. El médico siempre puede aportar perspectivas en la investigación centrada en los aspectos clínicos de los pacientes. Las disciplinas en ciencias socia-

les, biológicas, y poblacionales también son críticas para avanzar el conocimiento.

—Finalmente, ¿cómo transformar la investigación sobre inequidades en herramientas efectivas de incidencia, sin perder rigor ni autonomía académica?

—A mí no me queda clara la pregunta, pero puedo inferir que es sobre cómo traducir los resultados de las investigaciones en cambios en los manejos clínicos y estructuras sociales. Yo pienso que los resultados se deben presentar objetivamente y enfatizar

“Las disparidades en salud llevan a injusticias prevenibles en términos de morbilidad y mortalidad para sectores amplios de la sociedad. Se pierden las potenciales contribuciones de la mitad de la población si no podemos mejorar las disparidades”

las diferencias que se encuentren basadas en los factores fundamentales sobre las disparidades en salud. Primero, la identidad de raza y/o etnicidad adaptada a la región de uno; y segundo, la clase social o nivel socioeconómico. Estos son los dos pilares de la ciencia en disparidades en salud. También se pueden aplicar todos los factores demográficos y condiciones clínicas. Esto se hace sin perder rigor y con total autonomía académica. El investigador debe presentar estos resultados a líderes políticos y de la sociedad para que se consideren

acciones para remediar las disparidades. Como investigadores es necesario reconocer cuando hay mejoras y no siempre estar enfocado en lo que está mal.

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

—Las disparidades en salud llevan a injusticias prevenibles en términos de morbilidad y mortalidad para sectores amplios de la sociedad. Se pierden las potenciales contribuciones de la mitad de la población si no podemos mejorar las disparidades. También hemos estudiado que las disparidades por nivel educacional llegan a casi un trillón de dólares anuales en los EEUU. Claramente las disparidades en salud producen una carga económica y humana para toda la sociedad. 