

Más allá de la diversidad — Es hora de crear nuevos modelos de salud

Jane L. Delgado, Ph.D.

A pesar de su capacidad de recopilar y analizar datos de salud mucho más completos que nunca, los expertos en medicina y salud pública no han logrado usar esa información para crear nuevos modelos conceptuales de salud. Si bien los datos y la investigación guían las decisiones clínicas, se pierden muchas posibilidades propuestas por los datos de salud cuando insistimos en encajar dichos datos en nuestros actuales modelos de salud en vez de crear nuevos modelos en base a ellos. El reto es asegurar que esté disponible toda la gama de conocimientos que tenemos —desde genómica hasta los factores sociales que determinan la salud de cada persona—, y que se valoren y entiendan, lo que podría requerir la creación de nuevos modelos de salud y enfermedad. Si bien la acumulación de nueva evidencia podría justificar un cambio de paradigma, la tendencia humana es aferrarse a modelos conceptuales conocidos, incluso cuando datos nuevos nos urgen a crear modelos alternativos.

Los datos de salud sobre los hispanos o latinos, quienes constituyen casi un quinto de la población de Estados Unidos, ofrecen una plataforma para reconceptualizar los factores de salud y riesgo. A pesar de las expectativas, los hispanos con muchos riesgos conocidos de salud (bajos ingresos, menor nivel educativo, diabetes, sobrepeso y falta de seguro médico) son más longevos que las personas blancas no hispanas en Estados Unidos; tienen una tasa más alta de diabetes pero más baja de enfermedades cardiovasculares; y a pesar del bajo nivel de ingresos y menor atención prenatal, su tasa de mortalidad infantil es apenas superior a la de sus homólogos no hispanos. El perfil de salud de los estadounidenses de origen hispano no cumple con el paradigma bajo el cual la condición de minoría étnica o situación de pobreza determina malos resultados de salud.

Sin embargo, en vez de usar los datos de salud de los hispanos en Estados Unidos para recalibrar o reconsiderar los modelos existentes de salud y factores de riesgo, el sector de salud en Estados Unidos usualmente les ha restado importancia a los datos sobre longevidad y resultados de buena salud. Ciertos expertos en salud empezaron a referirse a estas conclusiones como “la paradoja hispana”¹, la excepción a la norma. Cuando se divulgaron datos sobre otros países americanos que respaldaban las observaciones en Estados Unidos sobre la longevidad de los hispanos, en vez de crear un nuevo modelo, los investigadores respondieron con la ampliación de la paradoja hispana para convertirla en “la paradoja latinoamericana”². Otros investigadores formularon diversas explicaciones de la longevidad de los diversos grupos hispanos: la “distorsión tipo salmón”, conforme a la cual los estadounidenses de origen hispano en realidad no viven más tiempo sino que, como el salmón, vuelven a su lugar de nacimiento para morir allí y, por lo tanto, se excluyen de la tasa de mortalidad de Estados Unidos³; la hipótesis de que solo

personas relativamente sanas se trasladaron de países latinoamericanos a Estados Unidos; o la posibilidad de que los certificados de defunción se llenaban incorrectamente. Las dos primeras explicaciones se rechazaron en 1999, y los investigadores descartaron la tercera en 2010.⁴ A pesar de ello, algunos observadores siguen desestimando la exactitud de los datos sobre los resultados de salud entre los hispanos en Estados Unidos con argumentos de que este grupo es demasiado diverso para poder analizarse como uno solo, a la vez que pasan por alto el hecho que los estadounidenses blancos no hispanos, los de origen asiático y de raza negra también tienen diversidad étnica.

Se dejó pasar la oportunidad que ofrecían los datos sobre los grupos hispanos para crear nuevos modelos de salud; los analistas se limitaron a señalar que las conclusiones no se adecuaban al marco conceptual prevaleciente y no había modelo alternativo para explicarlos. Pero el análisis imparcial de los datos sobre la salud de los hispanos y otras comunidades puede llevarnos más allá de los marcos conceptuales existentes y permitirnos aprovechar los conocimientos científicos modernos para dilucidar los mecanismos de salud y enfermedad. Se deben tomar varios pasos para lograr ese avance.

El primer requisito es la introspección y el discernimiento. Los datos no se recopilan ni analizan en el vacío. Si bien se presume la objetividad, con frecuencia, la cultura prevalente tiene un impacto en lo que cuantificamos. Las creencias y los valores culturales se convierten en lentes a través de los cuales los investigadores y clínicos ven el mundo, y a menudo su visión se concreta a manera de perspectivas que actúan como obstrucciones intelectuales. Para examinar la información y los datos de una forma nueva, los investigadores y clínicos deben reconocer la influencia de su propia cultura, además de su opinión de otras culturas. Es esencial la introspección para identificar las convicciones y prejuicios implícitos que se arraigan en la investigación, los modelos de atención de salud y la inteligencia artificial que, cada vez más, impulsan y socavan simultáneamente la toma de decisiones clínicas.

En segundo lugar, es necesario que reconsideremos el valor de tendencias con varias décadas de antigüedad. Si solo nos enfocamos en los aspectos de la salud en los que tenemos datos suficientes para producir tendencias que se prolongan varias décadas, omitimos sistemáticamente porciones considerables de la población para las que no se recopilaron datos y nos aferramos a modelos de salud que no reflejan la realidad de la actual población estadounidense. A pesar de que el modelo nacional del certificado de defunción incluye el sexo, la raza y la edad del fallecido, y desde 1989 incluye un identificador de hispanos, otras fuentes de información sobre la salud han incluido datos mínimos sobre los hispanos (por ejemplo, <6% en estudios clínicos, 3% en el Cancer Genome Atlas y <1% en estudios de asociación genómica amplia). No hay duda de que tienen implicancias importantes para la salud y atención médica del futuro los datos de salud que se recaban —por medio de la Oficina del Censo de Estados Unidos (U.S. Census Bureau), el Centro de Control y Prevención de las Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) y Amazon— de 24 millones de estadounidenses de origen asiático, 47

millones de afroamericanos, 62 millones de hispanos en Estados Unidos y muchas otras comunidades (indígenas americanos, oriundos de Alaska, Hawái y las islas del Pacífico, y otros).

En tercer lugar, es importante recopilar datos sobre factores múltiples y lograr la participación de expertos en diversas disciplinas —salud pública, medicina, economía, ciencias conductuales— para analizar dichos datos. Parte de la solución puede ser crear organismos de investigación (por ejemplo, el programa científico “All of Us” del Instituto Nacional de Salud o National Institutes of Health), los que compilan múltiples fuentes de datos de diversas disciplinas, además de usar la información recogida por las entidades comerciales (desde aseguradoras hasta Meta [anteriormente Facebook]). Estas estrategias pueden llevar a nuevas alianzas para la comunidad de salud pública y la disponibilidad de más datos de fuentes diversas que ayuden a explicar la salud de pacientes individuales. El mayor acceso a datos pertinentes permitirá la compilación (de datos acerca de todos aquellos que se identifican como hispanos) y el desglose (según ascendencia específica) que pueden revelar los matices de los factores de riesgo en la salud de los diversos subgrupos raciales, étnicos y sexuales. No es informativa la agrupación de los grupos bajo una sola categoría —“desventajado”, “minoría”, “personas de color”, “minorías insuficientemente representadas” o “BIPOC” (sigla en inglés de *Black, Indigenous, and people of color* o personas de raza negra, indígenas o de color)— ya que homogeniza experiencias dispares de salud. Es más, otros aspectos importantes de la identidad humana —como sexo, orientación sexual, religión y condición de discapacitado— también tienen un impacto en la salud. Un modelo apropiado de salud incluiría factores múltiples para explicar, por ejemplo, por qué las enfermedades coronarias son la principal causa de mortalidad entre los estadounidenses no hispanos de raza negra o blanca, mientras que las neoplasias malignas lo son entre los estadounidenses de origen asiático o hispano.⁵

En esencia, no es adecuado compilar ni analizar datos de diversos grupos demográficos y fuentes. Debemos estar dispuestos a dar un paso atrás y examinar de manera crítica lo que pensamos que sabemos, reflexionar sobre la idoneidad de los actuales modelos y procurar modelos alternativos. Los efectos en la salud de las sustancias tóxicas en el medio ambiente, el microbioma personal y los factores epigenéticos pueden contribuir a los nuevos paradigmas. Los investigadores y clínicos más abiertos a modelos con sutilezas que toman en cuenta múltiples factores podrán seguir un emocionante rumbo nuevo.

A pesar de que muchos campos relevantes están en sus inicios, en el futuro, nuestro entendimiento de la salud se personalizará usando modelos que combinen los hallazgos científicos de la genómica y biología (el microbioma, la inmunología y otros aspectos) con modelos integrales o integrantes que se basan en conjuntos de datos públicos y privados. Sin un cambio fundamental en nuestros modelos conceptuales de investigación y atención de salud, perpetuaremos las barreras que afirmamos querer derrumbar y comprometeremos la salud de todas las comunidades.

Los formularios de divulgación de información proporcionados por la autora están disponibles en NEJM.org.

De la Alianza Nacional para la Salud de los Hispanos (National Alliance for Hispanic Health), Washington, DC.

Este artículo se publicó el 5 de febrero de 2022 en NEJM.org.

1. The Hispanic paradox. *Lancet* 2015;385: 1918.
2. Chen Y, Freedman ND, Rodriguez EJ, et al. Trends in premature deaths among adults in the United States and Latin America. *JAMA Netw Open* 2020;3(2):e1921085.
3. Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, NgMak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the “salmon bias” and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health* 1999;89:1543-8.
4. Arias E, Eschbach K, Schauman WS, Backlund EL, Sorlie PD. The Hispanic mortality advantage and ethnic misclassification on US death certificates. *Am J Public Health* 2010;100:Suppl 1:S171-S177.
5. Heron M. Deaths: leading causes for 2019. *Natl Vital Stat Rep* 2021;70:1-114.

DOI: 10.1056/NEJMp2115149