

La Equidad como Método: Diversidad en los Equipos y Justicia en la Investigación Clínica y la Atención del Cáncer

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5718ES>

Equidade como Método: Diversidade nas Equipes e Justiça na Pesquisa Clínica e na Assistência Oncológica
 Equity as a Method: Diversity in Teams and Justice in Clinical Research and Cancer Care

Jessé Lopes da Silva¹; Mariana Emerenciano²

La oncología contemporánea se apoya en dos promesas inseparables: producir evidencias robustas y convertir estas evidencias en cuidado efectivo, oportuno y humano. Sin embargo, cuando la investigación clínica y la asistencia se organizan sobre bases socialmente desiguales, la universalidad del conocimiento pasa a ser una hipótesis, y no un dato. Se estima que un 70% de las muertes por cáncer ocurra en países de ingresos bajos y medios, reflejando desigualdades estructurales en el acceso al diagnóstico, tratamiento e innovación¹. Aun así, la producción de conocimiento biomédico permanece fuertemente concentrada en países de ingresos altos, con impacto directo sobre la validez externa de los hallazgos y sobre la justicia distributiva en salud.

Análisis de bases internacionales de registros de ensayos clínicos demuestran que la mayoría de los centros de investigación oncológica está localizada en países de ingresos altos, con participación residual de países de ingresos bajos y medios². Esta concentración geográfica se suma a la subrepresentación sistemática de grupos raciales y étnicos minorizados, de poblaciones en situación de vulnerabilidad socioeconómica, de personas LGBTQIA+, de personas con discapacidad y de individuos residentes fuera de los grandes centros urbanos, perpetuando un ciclo en el cual aquellos que son más afectados por la carga del cáncer permanecen subrepresentados en la producción de las evidencias que guían la práctica clínica.

La literatura científica es consistente al demostrar que la diversidad no constituye solo un imperativo ético, sino un requisito metodológico. Ensayos clínicos con una mayor diversidad poblacional presentan un mejor potencial de generalización, mayor seguridad en la evaluación de eficacia y toxicidad y mayor legitimidad social³. Reconociendo este escenario, órganos regulatorios y editoriales vienen reforzando exigencias de transparencia e inclusión, como el *NIH Revitalization Act*, las directrices recientes de la *Food and Drug Administration* sobre planes de diversidad y las recomendaciones del *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) para el informe responsable de variables sociales⁴⁻⁶.

No obstante, la ampliación de la diversidad de participantes no es posible sin la transformación estructural de los equipos de investigación y de asistencia. Evidencias indican que equipos más diversos están asociados a mayor reclutamiento de poblaciones subrepresentadas, mayor confianza en el proceso de investigación y mejor comunicación entre profesionales y pacientes⁷. En la asistencia oncológica, equipos multiprofesionales diversos contribuyen para la reducción de sesgos implícitos, mejoría de la toma de decisión clínica y mayor compromiso con el tratamiento.

En el contexto brasileño, marcado por una profunda diversidad poblacional y desigualdades regionales persistentes, estas cuestiones asumen centralidad y urgencia. Estudios cualitativos evidencian que raza, territorio y condición socioeconómica influyen en la experiencia del cuidado oncológico y los resultados en salud⁸. A pesar de avances institucionales, la participación del Brasil en la investigación clínica global continúa limitada, reforzando la necesidad de estrategias de descentralización, fortalecimiento de centros públicos y formación de liderazgos científicos diversos.

Promover la equidad en la investigación clínica y en la asistencia oncológica exige acciones intencionales, basadas en evidencias y sostenibles, como la diversificación de los equipos, capacitación continua en diversidad e inclusión para todo el equipo, revisión de criterios de elegibilidad excesivamente restrictivos, y obtención y análisis sistemático de datos desagregados que permitan la identificación y corrección de disparidades en el acceso y en los resultados de los tratamientos⁹. Además, es imprescindible que haya una inversión financiera substancial por parte de las instituciones, dirigida a garantizar recursos suficientes para la navegación de pacientes y al fortalecimiento del involucramiento comunitario, que son fundamentales para superar barreras que limitan la participación de grupos históricamente

¹Instituto Nacional de Câncer (INCA), Divisão de Pesquisa Clínica e Desenvolvimento Tecnológico. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: jesse.silva@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-0790-9917>

²INCA, Comissão de Equidade, Diversidade e Inclusão. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: memerenciano@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2337-8420>
Dirección para correspondencia: Jessé Lopes da Silva. INCA, Divisão de Pesquisa Clínica e Desenvolvimento Tecnológico. Rua André Cavalcanti, 37, 5º andar, Edifício Anexo. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20231-050. E-mail: jesse.silva@inca.gov.br



subrepresentados¹⁰. Más que un compromiso discursivo, la equidad debe ser incorporada como principio operativo de la excelencia científica y asistencial.

Las inequidades en la investigación clínica y en la asistencia oncológica constituyen no solo un desafío ético, sino una limitación estructural para la producción de evidencias válidas y para la calidad del cuidado. La baja diversidad en los estudios clínicos compromete la validación externa de los resultados, mientras que equipos de investigación y asistencia poco representativos dificultan el acceso, la comunicación y el compromiso con el tratamiento. En contraste, equipos multiprofesionales diversos califican el cuidado, amplían el acceso a protocolos basados en directrices y pueden impactar positivamente en los resultados en salud. Incorporar la equidad como principio institucional es una condición indispensable para una oncología científicamente robusta, socialmente legítima y responsiva ante las necesidades de la población.

APORTES

Ambos autores contribuyeron substancialmente en todas las etapas del editorial y aprobaron la versión final a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

1. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; [sem data]. Cáncer, 2025 fev 3. [acceso 2025 dez 26]. Disponible em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Cascelli FGA, Mitsuyuki MC, Werutsky G, et al. Disparities in cancer clinical trials among low- and middle-income countries: a 20-year analysis. *Cancer*. 2025;131(21):e70067. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.70067>
3. Oyer RA, Hurley P, Boehmer L, et al. Increasing racial and ethnic diversity in cancer clinical trials: an American Society of Clinical Oncology and Association of Community Cancer Centers Joint Research Statement. *J Clin Oncol*. 2022;40(19):2163-71.
4. Comitê do Instituto de Medicina sobre Questões Éticas e Legais Relacionadas à Inclusão de Mulheres em Estudos Clínicos, Mastroianni AC, Faden R, et al. NIH Revitalization act of 1993 public law 103-43. In: Comitê do Instituto de Medicina sobre Questões Éticas e Legais Relacionadas à Inclusão de Mulheres em Estudos Clínicos, Mastroianni AC, Faden R, et al. *Women and Health Research: Ethical and Legal Issues of Including Women in Clinical Studies: Volume I* [Internet]. Washington: National Academies Press; 1994 [acceso 2025 dez 2025]. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK236531>
5. Food and Drug Administration. Diversity action plans to improve enrollment of participants from underrepresented populations in clinical studies [Internet]. Rockville: FDA; 2025 [acceso 2025 dez 2025]. Disponible em: <https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/diversity-action-plans-improve-enrollment-participants-underrepresented-populations-clinical-studies>
6. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. Filadelfia: ICMJE; 2025 [acceso 2025 jan 18]. Disponible em: <https://www.icmje.org/recommendations/>
7. Bains A, Osathanugrah P, Sanjiv N, et al. Diverse research teams and underrepresented groups in clinical studies. *JAMA Ophthalmol*. 2023;141(11):1037-44.

8. Chauhan A, Wildt G, Virmond MCL, et al. Perceptions and experiences regarding the impact of race on the quality of healthcare in Southeast Brazil: a qualitative study. *Ethn Health*. 2020;25(3):436-52.
9. Institute of Medicine Roundtable on Health Literacy. Innovations in health literacy research: workshop summary. Washington, DC: National Academies Press (US); 2011. 3, The Role of Health Literacy in Health Disparities Research [Internet]. [acesso 2025 jan 18]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209674/>
10. Smith-Graziani D, Flowers CR. Understanding and addressing disparities in patients with hematologic malignancies: approaches for clinicians. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2021;41:1-7. doi: https://doi.org/10.1200/edbk_320079

Recebido em 15/1/2026

Aprovado em 16/1/2026

