

¿DE DÓNDE PROVIENE ESTE MANUSCRITO? SESGOS GEOECONÓMICOS EN LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA GLOBAL

EDUARDO L. DE VITO^{1, 2}, ELISA ESTENSSORO^{3, 4}

¹Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, ²NavarraBiomed, Centro de Investigación Biomédica, UPNA, España, ³Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de La Plata, Buenos Aires, ⁴Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina

E-mail: eldevito@gmail.com, estenssoro.elisa@gmail.com

En la era de la medicina global, resulta inaceptable que persistan barreras editoriales implícitas que condicionen la visibilidad científica según el país de origen de un manuscrito. Diversos estudios han documentado la existencia de sesgos geoeconómicos que afectan de manera negativa a autores de países de ingresos bajos y medianos (*low and middle income countries*, LMICs), incluso cuando la calidad de sus investigaciones es comparable a la de los países más desarrollados¹⁻³. Este sesgo geoeconómico, suele manifestarse en formas sutiles:

Presunción de calidad y sesgo institucional: Se ha documentado que las publicaciones de instituciones reconocidas (*Harvard University, University of Oxford, Massachusetts Institute of Technology*) suelen recibir un sesgo positivo implícito^{4,5}, mientras que trabajos de países en desarrollo enfrentan una barrera más alta (¿escepticismo sistemático?) para ser considerados “creíbles” o “relevantes”⁶.

Idioma y estilo: Aun cuando el idioma inglés sea correcto, muchas veces se penaliza sutilmente el estilo no nativo. Un buen trabajo puede parecer “*menos pulido*” si no cuenta con una edición profesional, lo cual implica tiempo y dinero.

Temática percibida como “local”: Ciertos estudios clínicos o epidemiológicos en poblaciones no occidentales son vistos como “*no generalizables*”. Este argumento es insostenible: el 85% de la población mundial vive en los LMICs, precisamente donde se observan graves carencias estructurales en sus sistemas de salud. La exclusión del conocimiento generado en estas regiones limita seriamente la comprensión de la

diversidad biológica, clínica y social asociada a la enfermedad³.

Redes y apadrinamientos: Publicar resulta más fácil si se forma parte de un consorcio, si el nombre circula en ciertos congresos o si ya se ha publicado en la revista o en otras revistas con factor de impacto alto. Esto favorece a investigadores de países con más recursos y conexiones⁷.

Es justo reconocer que no todas las revistas actúan de la misma forma. Algunas editoriales están haciendo un esfuerzo genuino por revisar estos sesgos. Sin embargo, persisten desigualdades, sobre todo en revistas cuyos comités editoriales son homogéneos en geografía, idioma y formación^{8,9}.

¿Es esto solo una teoría conspirativa o existen políticas editoriales que discriminan *a priori* manuscritos de “países exóticos”?

Una política editorial que excluyera abiertamente contribuciones por su origen geográfico sería escandalosa y éticamente indefendible. Si bien esa exclusión nunca se explicita, puede existir de facto, encubierta bajo decisiones editoriales aparentemente neutras:

Rechazo editorial inmediato: Se trata de una decisión inmediata sin revisión por pares, basada en argumentos vagos como “*fuera del alcance de esta revista*” o “*interés limitado para nuestros lectores*”.

El argumento del “interés limitado”: Se sugiere que un estudio sobre tuberculosis en Camboya o insuficiencia respiratoria en Bolivia “no es relevante” para una audiencia global cuando justamente lo global debería incluir lo periférico.

Exigencias desproporcionadas: Se exige una rigurosidad metodológica o un nivel de redac-

ción que no se aplica con la misma vara a autores de países centrales.

Muro invisible: La falta de diversidad en comités editoriales y en redes de revisión perpetúa una visión occidentalizada de la medicina, donde intervienen barreras estructurales, sociales o institucionales difíciles de atravesar^{10,11}.

Este tipo de exclusión –aunque implícita– es especialmente preocupante porque opera en la sombra de la formalidad editorial: no está escrita en los lineamientos ni reconocida en los procesos de revisión, pero se manifiesta en decisiones sistemáticamente sesgadas. Su carácter no declarado la vuelve aún más difícil de identificar y cuestionar, perpetuando desigualdades bajo la apariencia de objetividad académica, donde ciertos orígenes institucionales o geográficos actúan como filtros previos a la ciencia misma¹⁰⁻¹².

La ciencia se basa en evidencia, no en geopolítica. La reivindicación del mérito científico

por sobre la procedencia geográfica no es un gesto de cortesía, sino una condición necesaria para una medicina verdaderamente global. La exclusión editorial basada en filtros implícitos –como el origen del manuscrito, el idioma o la red de pertenencia– no solo perpetúa desigualdades, sino que también empobrece el conocimiento médico al limitar su diversidad epistémica. Los sesgos invisibles actúan como barreras estructurales que deben ser reconocidas y corregidas^{12,13}.

Para revertir esta tendencia, es imperativo revisar críticamente las prácticas editoriales, diversificar comités y cuerpos de revisores, y valorar las contribuciones científicas desde sus propios contextos, sin exigir un “pasaporte académico” para acceder a la diseminación del conocimiento. De lo contrario, la revisión por pares no será un filtro de calidad, sino una frontera geopolítica disfrazada de neutralidad académica.

Bibliografía

1. Benos DJ, Bashari E, Chaves JM. The ups and downs of peer review. *Adv Physiol Educ* 2007; 31: 145-52.
2. Sumathipala A, Siribaddana S, Patel V. Randomised controlled trials in developing countries: ethical and scientific issues. *BMJ* 2004; 328: 1149-50.
3. Salluh JIF, Nassar AP Jr, Estenssoro E, et al. Decolonise publishing to reduce inequalities in critical care. *Lancet* 2025; 405: 780-1.
4. Nielsen MW, Baker CF, Brady E, Petersen MB, Andersen JP. Weak evidence of country- and institution-related status bias in the peer review of abstracts. *Elife* 2021; 10: e64561.
5. Reingewertz Y, Lutmar C. Academic In-Group Bias: An Empirical Examination of the Link between Author and Journal Affiliation (April 5, 2017). En: <https://ssrn.com/abstract=2946811>; consultado abril 2025.
6. Horchani R. Impact of institutional affiliation bias in the peer review process. *Insights*, 2025. En: <https://insights.uksg.org/articles/10.1629/uksg.681>, consultado abril 2025.
7. Man JP, Weinkauff JG, Tsang M, Sin DD. Why do some countries publish more than others? An international comparison of research funding, English proficiency and publication output in highly ranked general medical journals. *Eur J Epidemiol* 2004; 19: 811-7.
8. Harris M, Macinko J, Jimenez G, Mahfoud M, Anderson C. ‘Stop the bleeding’: research evidence and values-based arguments for revising editorial peer review practices. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e591-e592.
9. McKenzie ND, Liu R, Chiu AV, et al. Exploring bias in scientific peer review: An ASCO initiative. *JCO Oncol Pract* 2022; 18: 791-9.
10. Smith R. The trouble with medical journals. *J R Soc Med* 2006; 99: 115-9.
11. Melhem G, Rees CA, Sunguya BF, et al. Association of international editorial staff with published articles from low- and middle-income countries. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2213269.
12. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2: e138.
13. Wen T, Liu D, Li X, et al. How international are the editorial boards in the field of hand research? A cross-sectional study of leading subspecialty hand journals. *J Orthop Surg Res* 2023; 18: 576.