

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deberían los investigadores de equidad sanitaria considerar la interrelación de raza y etnia en las comunidades afrolatinas?

Adolfo G. Cuevas, PhD

Resumen

Pese a que los afrolatinos o hispanos afrodescendientes, cargan de forma desigual con los riesgos de contraer enfermedades, las causas de la inequidad sanitaria entre quienes componen este amplio subgrupo de latinos en los Estados Unidos han sido poco estudiadas. En el presente artículo se proponen medios para realizar investigaciones más rigurosas sobre cómo la diversidad racial al interior de las poblaciones latinas se vuelve un factor clave para generar una mejor comprensión sobre los mecanismos y las causas de la inequidad sanitaria en las comunidades latinas de los EE. UU.

Caso

El Sr. V y el Sr. R se conocen desde que crecieron en Guanabo, un área costera de La Habana, y emigraron desde Cuba para vivir en los Estados Unidos. El color de piel de ambos influyó en la formación de su identidad etnoracial y en sus experiencias de integración en el tiempo. El Sr. V es de piel clara, se identifica a sí mismo como blanco, vive en un barrio residencial y percibe ingresos estables por un trabajo que impulsa su ascenso social en la clase media estadounidense. El Sr. R es de piel oscura, se identifica a sí mismo como afrolatino y afrodescendiente y vive en una comunidad que él y sus vecinos consideran como un refugio frente a la discriminación racial.¹ Vivir con otras personas de la comunidad afrodescendiente le ha permitido aprender un vocabulario que le ha ayudado a forjar sentido a partir de experiencias dolorosas y habituales de discriminación racial en los Estados Unidos.

Comentario

Esta historia de divergencia no es extraña para los latinos. En una sociedad basada en criterios raciales como los Estados Unidos, el racismo y colorismo² tienen profundos efectos en las expectativas de vida y la salud de los latinos. En este artículo se analizan los potenciales mecanismos y causas de las inequidades sanitarias dentro de la población latina en los EE. UU. La clave para entender las experiencias de discriminación y los patrones de “minorización” que surgen al interior o entre las comunidades latinas, que influyen en la formación de identidad de la persona y la comunidad, y que determinan las experiencias de integración individual y comunitaria es la distinción entre las percepciones e identificaciones en primera y tercera persona de pertenencia en grupos raciales y étnicos. En primer lugar, los investigadores en salud pública utilizan los términos *hispanos*, *latinos/latinas* y *latinx* para referirse a

hispanohablantes de origen latinoamericano y caribeño. Por coherencia, en este artículo se utiliza el término *latinos* para referirse a personas que, aunque sean consideradas por otras como un grupo monolítico en los Estados Unidos, expresan una heterogeneidad (p. ej., en origen nacional, cultura, historia de colonización indígena o esclavitud africana, condición socioeconómica y migratoria y tiempo de residencia en los EE. UU.) importante de reconocer y representar adecuadamente en el discurso y la investigación sobre la salud de los latinos.^{2,3,4} En segundo lugar, los términos *raza* y *etnia* no se excluyen mutuamente y merecen una aclaración. La *raza* es una construcción social utilizada de manera estándar para clasificar a los seres humanos de acuerdo con sus características fenotípicas (es decir, físicamente visibles; p. ej., color de piel, rasgos faciales, color de cabello). La *etnia* es también una herramienta de derivación social y antropológica utilizada para describir las culturas, los valores y las formas de vivir y buscar sentido de los seres humanos.⁵

Pese al creciente reconocimiento de la heterogeneidad racial y étnica en las poblaciones latinas de los EE. UU., la salud de los afrolatinos, también conocidos como latinos afrodescendientes o hispanos afrodescendientes, ha sido ignorada en gran medida en los estudios de salud pública y equidad sanitaria. Los afrolatinos son personas de origen latinoamericano y ascendencia africana, muchos de quienes se identifican racialmente como afrodescendientes y étnicamente como latinos. Al 2020, el censo estadounidense estima que los latinos que se identifican como afrodescendientes representan aproximadamente el 2 % del total de la población latina en los EE. UU. (o alrededor de 1.2 millones de personas).⁶ Los dominicanos, puertorriqueños y cubanos tienden a identificarse más como afrodescendientes que otros grupos latinoamericanos.⁷ Estas estimaciones oficiales, sin embargo, podrían subestimar la cantidad real de afrolatinos en los Estados Unidos. La mayoría de los latinos, especialmente los inmigrantes, rechazan las categorías raciales utilizadas por la Oficina del Censo de los EE. UU.^{3,8,9,10} El Centro de Investigación Pew sugiere que la cifra real de afrolatinos podría ser mayor de lo reportado en las encuestas que consultan sobre raza. Entre 1,520 latinos encuestados, solo el 8 % declaró su raza como afrodescendiente; sin embargo, el 24 % se consideró como afrolatino.¹¹ Esta última estimación refleja de manera cercana la proporción de latinos que se identifican a sí mismos como afrolatinos o que tienen ascendencia africana en América Latina (29 %).¹¹ Podemos suponer, basándonos en la encuesta de Pew y el censo estadounidense,¹² que hay más de 17 millones de afrolatinos que residen en los Estados Unidos. Esta cantidad aumentará a medida que la población latina en general continúe creciendo durante las siguientes décadas. De este modo, una única agrupación de latinos nos impide entender el perfil y los riesgos sanitarios de un gran segmento de la población latina.

Fortalecimiento de la investigación de equidad en afrolatinos

En general, los latinos suelen tener mejores resultados de salud que sus homólogos blancos no latinos, pese a contar con una media inferior de ingresos y educación. Este fenómeno se conoce comúnmente como la paradoja hispana.⁴ No obstante, esta paradoja no aplica a los afrolatinos. Los afrolatinos tienen una menor esperanza de vida que sus homólogos latinos blancos y los estadounidenses blancos no latinos.¹³ Entre los latinos, solo los latinos blancos tienen una mayor esperanza de vida que los estadounidenses blancos no latinos.¹³ De hecho, nuevas investigaciones sugieren que las diferencias entre afrolatinos y latinos blancos con respecto a la esperanza de vida y la salud se asemejan a aquellas entre afrodescendientes no hispanos y estadounidenses blancos no hispanos.^{3,4} Las afrolatinas embarazadas corren un mayor riesgo de experimentar partos prematuros y de tener bebés con bajo peso al nacer y pequeños para su edad gestacional en comparación con las latinas blancas.¹⁴ Los afrolatinos tienden, además, a calificar su salud como regular o mala,¹⁵ a tener una autopercepción más alta de hipertensión¹⁶ y a reportar mayores niveles de síntomas depresivos^{17,18} que sus homólogos latinos blancos, mientras que las mujeres afrolatinas tienen un mayor índice de masa corporal (IMC) que las latinas blancas.¹⁹ Sin

embargo, siguen faltando investigaciones que evalúen las **inequidades raciales** entre latinos en diferentes dimensiones de la salud. Pese a la evidencia existente pero escasa, sabemos incluso menos sobre las causas de la inequidad sanitaria racializada entre latinos.

Borrell⁴ plantea que en una sociedad que estigmatiza y pone en desventaja la piel oscura, se reduce o se aleja a los afrolatinos de entornos y circunstancias que influyan negativamente en las expectativas de vida y los resultados de la salud. Estas inequidades se manifiestan en tres niveles de análisis: contextual, interpersonal e individual. Se necesita una investigación importante en cada nivel para aclarar las causas y consecuencias de las inequidades sanitarias raciales entre los latinos.

Contextual. Las instituciones y políticas tienen un rol central en el mantenimiento de las inequidades sanitarias raciales mediante la distribución desigual de recursos, oportunidades y riesgos por raza.²⁰ Por ejemplo, la segregación racial es una piedra angular de las inequidades raciales en la salud. La separación física de las razas impuesta por ley y respaldada por el sistema judicial en décadas pasadas sigue intacta y representa una carga desproporcionada para los estadounidenses afrodescendientes en la actualidad, pese al **fin legal de la segregación** en 1964.²¹ De por sí, los estadounidenses afrodescendientes son más segregados racialmente que cualquier otro grupo racial o étnico en la actualidad y, por consiguiente, su ascenso socioeconómico se ve truncado, se dificultan sus oportunidades laborales, reciben educación de baja calidad y viven una exposición desmedida a riesgos del entorno (p. ej., violencia, sustancias tóxicas y peligros).

En lo que se conoce como hipótesis del desgaste, la exposición crónica a adversidades sociales y económicas puede provocar una desregulación fisiológica multisistémica temprana en la vida y, a su vez, aumentar el riesgo de desarrollar múltiples afecciones crónicas y mortalidad prematura.^{22,23,24} Como ejemplo de adversidad socioeconómica, los afrolatinos tienden a vivir en barrios de afrodescendientes racialmente segregados con una mayor proporción de residentes pobres y una menor parte de propietarios de una vivienda que los latinos blancos.^{20,21,22} Investigaciones recientes documentan que las viviendas de propiedad de afrolatinos tienen un menor valor que aquellas de propiedad de latinos blancos.²² Sin embargo, los efectos de las adversidades habitacionales y otras de carácter socioeconómico en las inequidades sanitarias raciales entre latinos claramente siguen siendo poco estudiados. Se necesitan más investigaciones para identificar y cuantificar los indicadores estructurales específicos que contribuyen a las inequidades sanitarias raciales. Una mayor comprensión en esta área podría traducirse en políticas integrales contra el racismo hacia los afrodescendientes que apunten a mejorar la salud de la población afroamericana y afrolatina.

Interpersonal. El racismo estructural refuerza una cultura de racismo que, a su vez, fomenta el prejuicio y la discriminación a nivel interpersonal.²³ Los afrolatinos (y latinos de piel más oscura) se ven expuestos a más eventos discriminatorios que los latinos blancos. Por ejemplo, los afrolatinos experimentan más discriminación en el mercado laboral y en materia de vivienda que los latinos blancos.^{24,25} Los afrolatinos, además, tienden a ser más discriminados (p. ej., siendo tratados de manera injusta por la policía) y a sufrir discriminación a diario (p. ej., siendo tratados con menos cortesía) que sus homólogos latinos de piel más clara,^{7,26} en tanto que los puertorriqueños de piel más oscura expuestos a formas más graves de discriminación experimentan más desregulación fisiológica multisistémica que los puertorriqueños de piel más clara.²⁶ Existe la necesidad de investigar factores psicosociales relacionados con la raza (p. ej., colorismo, racismo interiorizado) y no relacionados con la raza (p. ej., factores de preocupación financiera u ocupacional) para promover una mayor comprensión de más determinantes de la salud de la población cercana y para mejorar la influencia de los cambios en las políticas de salud pública.

Individual. Se necesitan más estudios epidemiológicos para incluir muestras más diversas de latinos y así evaluar mejor los patrones de enfermedades entre los grupos raciales. Estudios anteriores han evaluado pocos resultados en salud (p. ej., IMC,¹⁹ depresión^{17,18} y presión arterial¹⁶) en diversas muestras de latinos. Los investigadores deberían estudiar un rango más amplio de resultados en salud, como indicadores preclínicos de enfermedades e indicadores de funcionamiento y envejecimiento fisiológico. Además, el significado y la actitud con respecto a la raza y las categorías raciales varían por país de origen, condición de nacimiento y nivel de aculturación. Los estudios epidemiológicos deberían considerar la utilización de respuestas multidimensionales sobre la raza (p. ej., raza socialmente asignada) y categorías multirraciales (p. ej., mestizo, mulato, afrolatino) para mejorar nuestra comprensión sobre la influencia sociocultural de la raza en la salud. Por último, los estudios epidemiológicos podrían considerar la inclusión de mediciones del color de piel, dado que sirven para reflejar las características del colorismo que las preguntas estándar sobre raza y racismo no expresan.

Conclusión

Dado que los afrolatinos (y latinos de piel más oscura) tienen peores resultados en salud mental y física que los latinos blancos (y latinos de piel más clara),^{3,18,27} los investigadores y profesionales de la salud en latinos deberían estudiar las diferencias étnicas intrarraciales de las poblaciones latinas. Si bien los afrolatinos comparten una cultura con los latinos blancos, los primeros viven adversidades y desafíos únicos en los Estados Unidos debido a la categorización y discriminación racial.⁴ El trato injusto afecta de manera desproporcionada a los estadounidenses afrodescendientes no hispanos y a los afrolatinos. Aun así, pese al llamado de acción por parte de estudiosos afrolatinos,^{2,4,5,18} se ha hecho poco por entender mejor las causas de las inequidades raciales dentro de la población latina. Se necesita con urgencia identificar las inequidades raciales en múltiples dimensiones de la salud, precisar las causas primordiales de las inequidades y determinar qué recursos sociales pueden ayudar a mitigarlas. El logro de estos objetivos requiere comprender que el racismo y el colorismo afectan a un gran segmento de la población latina.

Referencias

1. Ojito M. Best of friends, worlds apart. *New York Times*. June 5, 2000. Accessed November 24, 2021. <https://www.nytimes.com/2000/06/05/us/best-of-friends-worlds-apart.html>
2. Adames HY, Chavez-Dueñas NY, Organista KC. Skin color matters in Latino/a communities: identifying, understanding, and addressing Mestizaje racial ideologies in clinical practice. *Prof Psychol Res Pract*. 2016;47(1):46-55.
3. Cuevas AG, Dawson BA, Williams DR. Race and skin color in Latino health: an analytic review. *Am J Public Health*. 2016;106(12):2131-2136.
4. Borrell LN. Racial identity among Hispanics: implications for health and well-being. *Am J Public Health*. 2005;95(3):379-381.
5. Markus HR. Pride, prejudice, and ambivalence: toward a unified theory of race and ethnicity. *Am Psychol*. 2008;63(8):651-670.
6. Lopez MH, Krogstad JM, Passel JS. Who is Hispanic? *Fact Tank*. September 23, 2021. Accessed October 8, 2021. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2021/09/23/who-is-hispanic/>
7. Araujo-Dawson B. Understanding the complexities of skin color, perceptions of race, and discrimination among Cubans, Dominicans, and Puerto Ricans. *Hisp J Behav Sci*. 2015;37(2):243-256.
8. Tafoya S. Shades of belonging: Latinos and racial identity. *Harv J Hisp Policy*. 2005;17:58-78.

9. Hitlin S, Brown JS, Elder GH Jr. Measuring Latinos: racial vs ethnic classification and self-understandings. *Soc Forces*. 2007;86(2):587-611.
10. Allen VC Jr, Lachance C, Rios-Ellis B, Kaphingst KA. Issues in the assessment of “race” among Latinos: implications for research and policy. *Hispanic J Behav Sci*. 2011;33(4):411-424.
11. Parker K, Horowitz JM, Morin R, Lopez MH. Chapter 7: the many dimensions of Hispanic racial identity. Pew Research Center. June 11, 2015. Accessed November 9, 2021. <https://www.pewresearch.org/social-trends/2015/06/11/chapter-7-the-many-dimensions-of-hispanic-racial-identity/#fn-20730>
12. QuickFacts: United States. US Census Bureau. Accessed November 24, 2021. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/RHI725219>
13. Arias E, Johnson NJ, Vera BT. Racial disparities in mortality in the adult Hispanic population. *SSM Popul Health*. 2020;11:100583.
14. Bediako PT, BeLue R, Hillemeier MM. A comparison of birth outcomes among Black, Hispanic, and Black Hispanic women. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2015;2(4):573-582.
15. Borrell LN, Crawford ND. Race, ethnicity, and self-rated health status in the Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey. *Hispanic J Behav Sci*. 2006;28(3):387-403.
16. Borrell LN. Race, ethnicity, and self-reported hypertension: analysis of data from the National Health Interview Survey, 1997-2005. *Am J Public Health*. 2009;99(2):313-319.
17. Ramos B, Jaccard J, Guilamo-Ramos V. Dual ethnicity and depressive symptoms: implications of being Black and Latino in the United States. *Hispanic J Behav Sci*. 2003;25(2):147-173.
18. Calzada EJ, Kim Y, O’Gara JL. Skin color as a predictor of mental health in young Latinx children. *Soc Sci Med*. 2019;238:112467.
19. Kershaw KN, Albrecht SS. Metropolitan-level ethnic residential segregation, racial identity, and body mass index among US Hispanic adults: a multilevel cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:283.
20. Logan JR. How race counts for Hispanic Americans. *Race Relat Abstr*. 2003;29(1):7-19.
21. Gradín C. Occupational segregation of Afro-Latinos. In: Bishop JA, Salas R, eds. *Inequality, Mobility and Segregation: Essays in Honor of Jacques Silber*. Emerald Group Publishing Ltd; 2012:63-90.
22. Martinez BP, Aja AA. How race counts for Latinx homeownership. *Crit Sociol*. 2021;47(6):993-1011.
23. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32(1):20-47.
24. Espino R, Franz MM. Latino phenotypic discrimination revisited: the impact of skin color on occupational status. *Soc Sci Q*. 2002;83(2):612-623.
25. Loya J. Racial stratification among Latinos in the mortgage market. *Race Soc Probl*. 2022;14(1):39-52.
26. Cuevas AG, Abuelezam NN, Chan SWC, et al. Skin tone, discrimination, and allostatic load in middle-aged and older Puerto Ricans. *Psychosom Med*. 2021;83(7):805-812.
27. Poulson M, Neufeld M, Geary A, et al. Intersectional disparities among Hispanic groups in COVID-19 outcomes. *J Immigr Minor Health*. 2021;23(1):4-10.

Adolfo G. Cuevas, PhD es profesor asistente de Raza, Cultura y Sociedad de Gerald R. Gill y director del Grupo de Determinantes Psicosociales de la Salud en la Universidad Tufts en Medford, Massachusetts. Sus investigaciones se enfocan en las interrelaciones entre raza/etnia, estrés psicosocial y enfermedades relacionadas con el envejecimiento.

Cita

AMA J Ethics. 2022;24(4):E283-288.

DOI

10.1001/amajethics.2022.283.

Información de conflictos de intereses

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.