

Cambio y continuidad en las inequidades en salud relacionadas con el color de piel en México

Luis Ortiz Hernández, César Iván Ayala-Guzmán

Introducción

En los países americanos la estratificación asociada con el ancestro geográfico (*ancestry*) es uno de los legados socioculturales de haber sido colonias de países europeos. De este modo, en la América de habla inglesa (principalmente en Estados Unidos de Norteamérica)¹ han sido documentadas las diferencias de los nativos americanos y los afrodescendientes respecto a los eurodescendientes (o blancos). En el caso de la región Latinoamericana, la marginación y pobreza en la que viven los pueblos indígenas es la manifestación más clara de esa estratificación racista.² Además, en Brasil³ se han mostrado las inequidades sociales y en salud a las que se enfrentan los afrodescendientes respecto a los eurodescendientes.

La estratificación derivada del ancestro geográfico en la América de habla hispana también se manifiesta en las desventajas de las personas con piel morena.⁴⁻⁷ En esta región, el primer estudio sobre las diferencias en salud mental de acuerdo al color de piel fue realizado en una muestra por conveniencia de estudiantes universitarios de la ciudad de México.⁵ Con muestras representativas de México, Perú, Colombia y Brasil se mostró⁸ que las personas con color de piel más oscura tuvieron peor salud auto-percibida. Estos estudios dan pautas para continuar profundizando sobre el tema. Un primer elemento que debe ser explorado

es si las diferencias de acuerdo con el color de piel se presentan en otros eventos relacionados con la salud y el bienestar, como la inseguridad alimentaria y el acceso a los servicios de salud. Otra cuestión es que considerando que el racismo es un proceso que permea prácticamente todas las esferas de la vida,⁹ es posible que múltiples procesos puedan estar implicados. Finalmente, se requiere analizar la evolución de las disparidades en salud asociadas con el color de piel y la etnicidad.

Uno de los objetivos de este estudio fue analizar las diferencias en la falta de acceso a la alimentación y la salud de acuerdo con el color de piel (que refleja el ancestro geográfico real o percibido) en la población adulta de México entre los años 2000 y 2012. Otro objetivo de la investigación fue explorar posibles procesos por los cuales dichas diferencias en bienestar se producen, incluyendo las diferencias en posición socioeconómica, condiciones de vida, percepción del entorno y autopercepción.

Las desventajas de los indígenas, afrodescendientes y personas morenas pueden ser producto de dos procesos: el racismo y el privilegio blanco.¹⁰ El racismo son las creencias, actitudes, arreglos institucionales o actos que tienden a denigrar y excluir a individuos o grupos debido a sus características fenotípicas vinculadas a su ancestro geográfico o su afiliación a un grupo étnico, lo cual produce que estos individuos o grupos no disfruten o ejerzan sus derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social y/o cultural.¹¹ El concepto racismo dirige la mirada hacia la identificación de las desventajas de indígenas y afrodescendientes.¹² Sin embargo, con la noción de racismo no se hace explícito respecto a quiénes se presentan las desventajas. El privilegio blanco,

Luis Ortiz Hernández, PhD. Profesor del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana.

Correo-e: lortiz@correo.xoc.uam.mx

César Iván Ayala-Guzmán. Estudiante del Doctorado en Ciencias Biológicas y de la Salud Universidad Autónoma Metropolitana

Correo-e: nutrivam@hotmail.es

por su parte, hace referencia a las ganancias, ventajas o beneficios simbólicos y/o materiales que obtienen las personas de piel clara en función de los estereotipos positivos asociados con los rasgos europeos.¹³ Ambas normas sociales tienen un efecto “global” en el sentido que permean diferentes niveles y ámbitos de la vida social: políticas, reglamentaciones, arreglos institucionales y el trato interpersonal.

Las inequidades a las que se enfrentan los afrodescendientes, indígenas y morenos están estrechamente relacionadas con su baja posición socioeconómica^{6,7} y que con mayor frecuencia experimentan discriminación.^{5,8} Sin embargo, otros procesos pueden intervenir en las inequidades racistas. Las experiencias de discriminación pueden generar expectativas de trato, es decir, después de repetidas experiencias de discriminación las personas pueden pensar que futuras interacciones negativas son producto del racismo. La discriminación y las expectativas del trato pueden hacer que los afrodescendientes, indígenas y morenos tengan menos confianza en las personas que no forman parte de sus comunidades o no son similares a ellos.^{14,15} A su vez, la existencia de capital social –en el cual la confianza es un elemento central– ha mostrado tener relación con diferentes eventos de salud.^{15,16} Además, la percepción que los sujetos tienen de su ubicación en las jerarquías sociales puede tener efectos en la salud que son independientes de su situación objetiva.¹⁷ La experiencia de subordinación puede tener efectos negativos en relaciones interpersonales, estado de ánimo, cognición y procesos neuroendocrinos.^{18,19} Otra experiencia asociada a la subordinación es que las personas perciben falta de control sobre eventos que afectan sus vidas de manera decisiva.^{17,20} La percepción de falta de poder y control puede influir negativamente en aspectos cognitivos y conductuales que potencialmente afectan la salud.²¹

Material y métodos

Se analizaron dos encuestas con representatividad nacional: la Encuesta Mundial de Valores (EMV) del 2000 (n=1,535)²² y la del 2012 (n=2,000).²³ En las dos encuestas se obtuvo información de personas de 18 años de edad y más. Sólo se

consideró la información de participantes con datos completos, por lo cual las muestras analíticas fueron de 1,535 registros para el 2000 y 2,000 registros para 2012. Se obtuvo el consentimiento verbal de los participantes garantizando la confidencialidad en que se mantendrían los datos lo cual en parte se lograba al no pedir datos de identificación personal. El análisis aquí reportado fue aprobado por el Consejo Divisional de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco.

Color de piel y etnicidad. Los entrevistadores realizaron la clasificación por color de piel o etnicidad observando al entrevistado. En ambos años las categorías de respuesta fueron idénticas (blanco, moreno claro, moreno oscuro, indígena, negro y otro) con excepción de que en el año 2000 la categoría “blanco” también tenía la siguiente especificación: “(Güero/Piel Blanca)”. Las distribuciones de las categorías en cada año fueron: blancos: 254 en 2000 y 493 en 2012, morenos claro: 648 y 1,141, morenos oscuros: 564 y 358, negros: 3 y 2 e indígenas: 25 y 6. Por el número reducido de casos se tuvieron que excluir del análisis a los dos últimos grupos. Se consideró como indígenas (2000, n=25; 2012, n=59) a aquellas personas que contestaron afirmativamente que normalmente en su casa hablaban alguna lengua indígena o dialecto.

Posición socioeconómica (PSE). Se indagó la escolaridad del participante, preguntando: “¿Hasta qué grado de escuela estudió, cuál es su último grado de estudios?” La cual fue clasificada en cuatro niveles: primaria o menos, secundaria, bachillerato y licenciatura y más. Se evaluó la PSE subjetiva preguntando “La gente algunas veces se describe a sí misma como de la clase obrera, la clase media, la clase alta o la clase baja. Usted se describiría como de...”

Condiciones de vida. Como un indicador de las condiciones de vida se analizó la siguiente pregunta: “¿Durante el año pasado su familia pudo ahorrar, apenas le alcanzó, gastó algo de sus ahorros, o tuvo que pedir prestado?”. Esta pregunta da información sobre los recursos con los que cuenta la familia para la satisfacción de necesidades de sus miembros.

Percepción de sí mismos y de su entorno. Se preguntó sobre la confianza que los participantes tenían hacia sus vecinos, conocidos, la gente que conocía por primera vez, de otra religión o de otra nacionalidad. Para cada rubro existían cuatro opciones de respuesta que van de “no confía nada” (puntuación de 1) a “confía completamente” (puntuación de 4). Para obtener un índice de confianza se sumaron las puntuaciones de los cinco rubros.

Eventos relacionados con la salud. Se evaluaron cinco eventos: a) La percepción de felicidad, existiendo cuatro opciones de respuesta: muy feliz, algo feliz, poco feliz o nada feliz. b) Para la percepción del estado de salud existían cuatro opciones: muy bueno, bueno, regular y malo. Las dos últimas categorías fueron conjuntadas para crear una variable dicotómica. La percepción de estado de salud es un predictor de la mortalidad.²⁴ c) La satisfacción con la vida se evaluó con la pregunta “Considerando todas las cosas, ¿qué tan satisfecho está usted con su vida en este momento? Usando esta tarjeta en la que el 1 significa que está “completamente insatisfecho” y el 10 significa que está “completamente satisfecho”, en qué punto pondría la satisfacción con su vida en general?”. d) La existencia de inseguridad alimentaria se evaluó con la siguiente pregunta: “En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted y su familia se quedaron sin comer?” La inseguridad alimentaria tiene efectos negativos en la salud física y mental de las personas.²⁵ e) El acceso a servicios de salud se preguntó como: “En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted y su familia se quedaron sin algún tratamiento médico o medicamentos que necesitaba?”. Para las dos últimas preguntas existían cuatro opciones: frecuentemente, algunas veces, rara vez o nunca. Las dos primeras respuestas fueron consideradas como evidencia de inseguridad alimentaria y de falta de acceso a los servicios de salud, respectivamente. Estos dos eventos sólo fueron evaluados en el año 2012.

Análisis estadístico. Las estimaciones se hicieron utilizando los comandos de encuestas (*svy*) del programa STATA versión 14.2, con lo cual se consideró el diseño de las encuestas (i.e. probabilísticas, estratificadas, por etapas y conglomerados). Se obtuvieron medias o frecuencias absolutas y relativas de las variables

bajo estudio para la población total. Para comparar proporciones se utilizó la estadística chi cuadrada y para comparar medias se estimaron intervalos de confianza al 95%. Se estimaron modelos de regresión lineal, logística u ordinal (de acuerdo a la escala de medición de las variables dependientes), en donde las variables dependientes fueron los eventos de salud y las variables independientes eran el color de piel junto con las variables demográficas y de la localidad. El ajuste es necesario ya que existen diferencias demográficas de acuerdo al color de piel. En los modelos de regresión se incluyó la interacción entre el año de la encuesta con el color de piel. A partir de la interacción que fue significativa se estimaron probabilidades que fueron graficadas.

Con el comando *khb*²⁶ para STATA se realizó análisis de mediación para conocer en qué medida las diferencias en los cinco eventos de salud de acuerdo con el color de la piel eran explicadas por las diferencias en posición socioeconómica, condiciones de vida y la percepción de sí mismo. Esta técnica permite modelar variables continuas o categóricas, se considera el diseño muestral, proporciona estimaciones sin sesgo de las contribuciones de las variables mediadoras y permite incluir variables confusoras. El uso de estos modelos presupone que tanto los eventos como los mediadores son más frecuentes en el grupo expuesto y los mediadores están asociados con los eventos de salud. Cuando se cumplieron estos supuestos se estimaron los modelos de mediación.

Resultados

Entre una sexta (2000=15.8%) y una cuarta parte (2012=24.7%) de los mexicanos fueron considerados blancos (tabla suplementaria 1). La mayoría de ellos fueron percibidos como morenos claros, seguido de los morenos oscuros. Menos del 3% de la población hablaban una lengua indígena. Entre el año 2000 y 2012 aumentó la proporción de personas que residían en zonas urbanas y disminuyó la de zonas rurales. Respecto a las personas blancas, fue más probable que las personas morenas hablaran alguna lengua indígena o de estar casados o en unión libre. En comparación con los blancos y quienes no hablaban alguna lengua indígena, los morenos y

los indígenas tuvieron mayor probabilidad de residir en zonas rurales.

Entre el año 2000 y 2012 aumentó la proporción de personas que se percibían felices, con buen estado de salud y calificaron mejor la escala de satisfacción con sus vidas (tabla 1). En comparación con los blancos, más morenos claros y oscuros se percibieron con mal estado de salud, tuvieron inseguridad alimentaria y menor acceso a servicios de salud. Más personas indígenas percibieron que tenían falta de acceso a servicios de salud.

Después de ajustar por otras covariables, en comparación con los blancos, los morenos claro y oscuro tuvieron mayor probabilidad de percibir su felicidad como regular (tabla 2). Considerando el mismo grupo de referencia, fue más probable que los morenos oscuros presentarán mayor probabilidad de experimentar inseguridad alimentaria. Fue más probable que la falta de acceso a servicios de salud se presentara en morenos claros, morenos oscuros y personas indígenas.

Tabla 1. Eventos de salud de acuerdo al año de la encuesta, color de piel o etnicidad

	Año de la encuesta			Color de piel				Etnicidad		
	2000	2012		B	MC	MO		NI	I	
	%	%	<i>p</i>	%	%	%	<i>p</i>	%	%	<i>p</i>
Percepción de felicidad										
Infeliz	1.0	0.4	0.000	0.7	0.6	0.5	0.201	0.7	1.4	0.612
No muy feliz	7.2	5.3		5.1	5.9	7.4		6.0	8.6	
Algo feliz	34.8	26.7		27.8	30.3	31.9		30.3	26.4	
Muy feliz	56.9	67.5		66.4	63.2	60.2		62.9	63.5	
Percepción del estado salud										
Malo	4.1	2.2	0.000	2.9	2.3	4.0	0.000	2.9	5.0	0.406
Regular	34.4	25.1		20.6	29.0	34.7		29.0	34.1	
Bueno	42.1	46.6		47.6	45.2	41.7		44.9	37.3	
Muy bueno	19.4	26.1		28.9	23.5	19.6		23.2	23.5	
Inseguridad alimentaria										
Nunca	-	61.2		67.1	60.8	54.2	0.001	61.5	54.2	0.708
Rara vez	-	20.6		18.9	21.3	20.7		20.5	23.7	
Algunas veces	-	14.5		10.8	14.4	20.7		14.5	16.9	
Seguido	-	3.6		3.2	3.5	4.4		3.5	5.1	
Falta de acceso a servicios de salud										
Nunca	-	55.4		60.6	55.6	47.8	0.000	56.1	30.5	0.000
Rara vez	-	14.0		13.8	14.6	12.6		14.0	15.2	
Algunas veces	-	22.0		19.9	21.0	27.6		21.3	42.3	
Seguido	-	8.6		5.7	8.8	12.0		8.5	11.9	
	m	m		m	m	m		m	m	
Satisfacción con su vida*	8.13 ^a	8.51 ^a		8.44	8.41	8.23		8.35	8.23	

Abreviaturas: B, blancos; MC, morenos claro; MO, morenos oscuros; I, indígenas; NI, no indígenas; m, media; -, no evaluada. * Promedio de una escala de 1 (más baja percepción de satisfacción) a 10 (más alta).

Tabla 2. Modelos de regresión teniendo como variables dependientes los eventos de salud y como independientes el color de piel y la etnicidad

	Color de piel				Etnicidad	
	MC		MO		I	
	RP	<i>p</i>	RP	<i>p</i>	RP	<i>p</i>
Percepción de felicidad						
Infeliz	0.91	0.877	0.61	0.495	n.e.	
No muy feliz	1.13	0.556	1.24	0.355	1.99	0.127
Algo feliz	1.18	0.122	1.09	0.478	1.23	0.474
Muy feliz	Ref.		Ref.		Ref.	
Percepción del estado salud						
Malo	1.07	0.823	1.62	0.155	0.93	0.929
Regular	1.85	0.000	2.26	0.000	0.63	0.226
Bueno	1.21	0.088	1.26	0.092	0.69	0.266
Muy bueno	Ref.		Ref.		Ref.	
Inseguridad alimentaria						
Nunca	Ref.		Ref.		Ref.	
Rara vez	1.28	0.077	1.45	0.044	1.23	0.561
Algunas veces	1.40	0.052	2.21	0.000	0.99	0.987
Seguido	1.22	0.524	1.92	0.101	1.46	0.569
Falta de acceso a servicios de salud						
Nunca	Ref.		Ref.		Ref.	
Rara vez	1.12	0.472	1.16	0.513	1.93	0.130
Algunas veces	1.08	0.573	1.51	0.021	2.78	0.002
Seguido	1.60	0.039	2.66	0.000	1.63	0.320

MC, morenos claro; MO, morenos oscuros; I, indígenas; RP, razón de prevalencias; Ref., grupo de referencia; n.e., no estimable.

Figura 1. Interacción de año de encuesta con el color de piel en la percepción de satisfacción con la vida

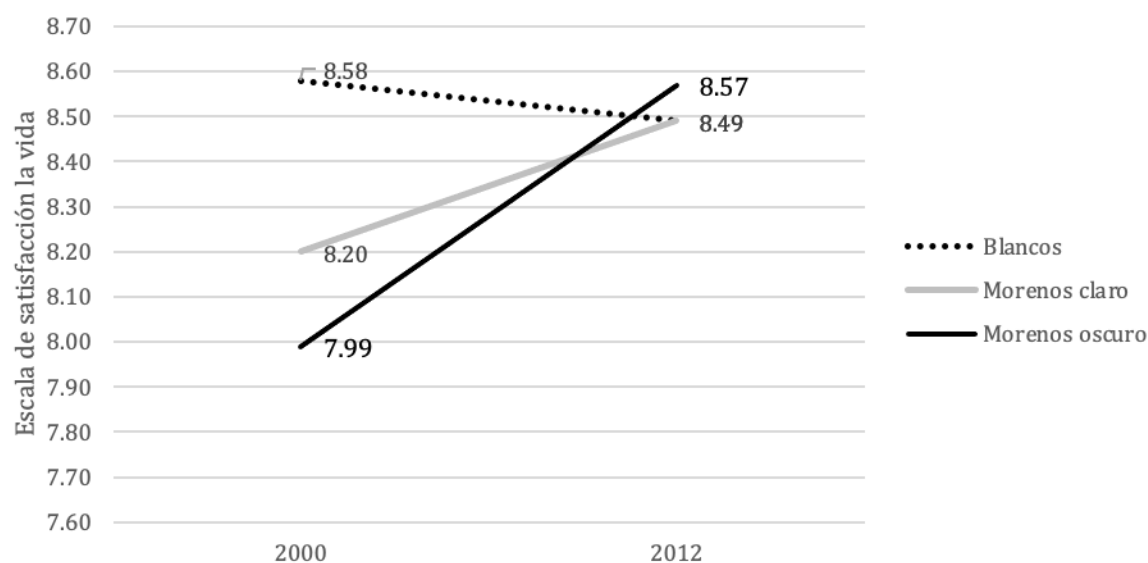


Tabla 3. Modelos de mediación para evaluar la contribución de variables mediadoras. La variable independiente es el color de piel o características étnicas y las variables dependientes la infelicidad, mala salud, inseguridad alimentaria y la falta de acceso a servicios de salud

	MS*		MS**		IA**		SASS**	
	OR	95%IC	OR	95%IC	OR	95%IC	OR	95%IC
Morenos claro								
Modelo reducido ¹	1.63	1.30-2.05	1.65	1.24-2.19	1.26	0.93-1.72	1.15	0.90-1.47
Modelo completo ²	1.35	1.07-1.70	1.32	0.99-1.76				
Diferencia ³	1.20	1.11-1.31	1.24	1.11-1.40				
Componentes de la diferencia ⁴		%		%		%		%
Posición socioeconómica subjetiva		6.06		4.47				
Escolaridad		24.88		26.81				
Ahorró dinero		5.13		3.89				
Independencia		2.22		0.86				
Confianza		-		7.78				
Moreno oscuro	OR	95%IC	OR	95%IC	OR	95%IC	OR	95%IC
Modelo reducido ¹	1.95	1.50-2.52	1.86	1.31-2.65	1.95	1.34-2.85	1.66	1.22-2.26
Modelo completo ²	1.34	1.02-1.75	1.28	0.90-1.84	1.42	0.97-2.08	1.41	1.03-1.93
Diferencia ³	1.45	1.32-1.60	1.45	1.27-1.65	1.37	1.18-1.59	1.17	1.06-1.30
Componentes de la diferencia ⁴		%		%		%		%
Posición socioeconómica subjetiva		9.72		4.69		6.23		4.04
Escolaridad		38.01		38.12		21.80		9.36
Ahorró dinero		5.93		4.06		12.78		12.39
Independencia		2.54		1.42		1.56		-
Confianza		-		11.20		4.83		6.42

¹ Modelos sin variables mediadoras. ² Modelos ajustados por las variables mediadoras. Tanto los modelos reducidos como los completos se ajustaron por color de piel o etnicidad, sexo, edad, estado civil, localidad y año de la encuesta. ³ Diferencias entre el modelo completo y reducido. ⁴ Es la contribución porcentual de cada variable a la diferencia entre modelos. * Estimado con datos del 2000 y 2012; ** Estimado con datos del 2012. Abreviaturas: MS, mala salud; IA, inseguridad alimentaria; SASS, sin acceso a servicios de salud; OR, razón de momios en un modelo de regresión logística; 95%IC, intervalo de confianza al 95%; -, no aplica.

La interacción del año de la encuesta con el color de piel fue estadísticamente significativa ($\beta = 0.33$, $t = 2.87$, $p = 0.004$) en el modelo donde la satisfacción con la vida fue el evento, por lo cual estos resultados se graficaron (figura 1). En el año 2000 las personas de piel blanca calificaron con mayor puntuación la escala de satisfacción con sus vidas, en comparación con los morenos claros y oscuros. Mientras que en el 2012 disminuyó ligeramente la satisfacción con la vida de las

personas blancas (-0.09) pero aumentó la de los morenos claros y oscuros (+0.29 y +0.58, respectivamente); siendo similar la puntuación promedio reportada por los blancos y los morenos claro (8.49).

Respecto a las premisas del análisis de mediación, se observó que, en comparación con los blancos, los morenos claros y oscuros tuvieron menor escolaridad, reportaron pertenecer a la clase social

baja y tuvieron que pedir dinero prestado (tabla suplementaria 2). Respecto a sus contrapartes, las personas indígenas tuvieron menor escolaridad y no pudieron ahorrar dinero. Además, de 2000 a 2012 aumentó la percepción de libertad y control de la vida de los entrevistados; siendo esta mayor en las personas que no eran indígenas. Los blancos, en mayor medida que los morenos, creían que los niños tienen que ser independientes y reportaron mayor confianza en general.

Las personas con menor escolaridad, posición socioeconómica subjetiva y que no pudieron ahorrar tuvieron mayor probabilidad que tuvieran mala salud, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios de salud (tabla suplementaria 3). Las personas que reportaron tener mala salud, inseguridad alimentaria y falta de acceso a servicios de salud tuvieron menores puntuaciones para la escala de confianza en general y percepción de libertad y control sobre sus vidas. Mientras que las personas con mala salud e inseguridad alimentaria, calificaron en menor medida la escala de independencia de los niños.

El mayor riesgo de mala salud percibida en morenos claro y morenos oscuros -respecto a los blancos- se relacionó con la escolaridad, la PSE, el ahorro de dinero y la creencia de que los niños deben de ser independientes (para el 2000 y 2012), mientras que para el 2012, la confianza en general también fue una variable que contribuyó a las diferencias en la mala salud percibida (tabla 3). El riesgo de sufrir inseguridad alimentaria en los morenos oscuros se relacionó con la escolaridad, el ahorro de dinero, la PSE, la confianza en general y la creencia de que los niños deben de ser independientes. Estas mismas variables, a excepción de la independencia de los niños, contribuyeron a las diferencias en la falta de acceso a servicios de salud de los morenos oscuros.

Discusión

Este estudio está encaminado a contribuir al incipiente campo de estudio^{5,8} sobre la existencia de disparidades racistas en las condiciones de salud en la población Latinoamericana de habla hispana. En la región Latinoamericana, con el concepto de racismo se tiende a documentar las

desventajas de la población indígena y la afrodescendiente^{12,27}. En nuestro enfoque teórico consideramos indispensable incorporar la categoría de privilegio blanco,¹³ de acuerdo con el cual se espera un gradiente racista en las experiencias de vida y por tanto en los niveles de bienestar y salud. Dos resultados de nuestro estudio son congruentes con dicho concepto: a) Las desigualdades respecto a la población blanca no se confinan a los indígenas; sino también se observan respecto a morenos claros y los morenos oscuros. b) Las disparidades son mayores en los grupos que están más alejados (simbólicamente) de la población blanca: indígenas y morenos oscuros. Convendría que futuros estudios sean guiados por ambas categorías, pues son complementarias y permitirán definir hipótesis respecto a los efectos de las jerarquías racistas existentes en México y otros países de América Latina.

Además de verificar que existen disparidades en salud asociadas al color de piel, en este estudio se analizó el papel de mediadores potenciales en tales disparidades. En la población mexicana la baja escolaridad y PSE explican una proporción importante del mayor riesgo que los morenos tienen de experimentar diferentes eventos negativos como salud percibida deficiente, falta de acceso a servicios de salud e inseguridad alimentaria (los dos últimos solo aplican a los morenos oscuros). Estos resultados confirman observaciones previas^{6,7} respecto a la estrecha relación del color de piel con la escolaridad, la ocupación y el ingreso existente en México. Analizar las diferencias en las condiciones de vida de acuerdo con el color de piel o el ancestro geográfico permite evidenciar cómo se materializan en la vida de las personas las desigualdades derivadas del racismo y el privilegio blanco. La insatisfacción de necesidades fue mayor en los morenos que en los blancos. La baja PSE puede producir menos acceso a bienes (e.g. alimentos) y servicios (e.g. de salud); aunque también está vinculado con la experiencia de subordinación.²¹

Junto con las diferencias en condiciones materiales de vida, la confianza explicó las diferencias en los niveles de bienestar entre blancos y morenos. Bajos niveles de confianza se asocian con peor percepción del estado de salud; además de que no

se buscan alternativas de apoyo o asistencia fuera de la familia.¹⁵ El menor acceso a los servicios de salud por parte de los morenos puede ser resultado de la combinación la privación económica, las experiencias de discriminación en los servicios y la falta de confianza hacia los trabajadores de la salud.

Parte de las diferencias de los indígenas respecto a los blancos discreparon a las observadas con los morenos. No existieron diferencias en la percepción del estado de salud e inseguridad alimentaria entre los indígenas y los no-indígenas; pero los primeros tuvieron mayor probabilidad de experimentar falta de acceso a servicios de salud. Los dos primeros son indicadores de salud mental, por lo que se puede hipotetizar que la pertenencia a un grupo étnico y/o el vivir en localidades donde predomina la población indígena pueden tener un efecto protector en la salud mental. Al mismo tiempo, la falta de acceso a servicios básicos pueden ser producto de la pobreza en la que vive la mayoría de la población indígena² y que pueden resultar en el mayor riesgo que tiene de sufrir enfermedades prevenibles.²⁸

Un resultado inesperado es que las diferencias en satisfacción con la vida entre blancos y morenos se redujo durante el periodo de estudio. Es posible que esta tendencia sea resultado de la revalorización de lo indígena que ha ocurrido en los últimos años en México. El surgimiento del movimiento zapatista en la década de los noventa hizo evidente las condiciones de marginación a las que está sometida la mayoría de la población indígena mexicana y que uno de los legados de la época colonial es la devaluación de la condición indígena.²⁹ Se ha sugerido que este movimiento político^{29,30} han propiciado la reivindicación de lo indígena, de modo tal que más personas están interesadas en asumir tal identidad. Esto podría implicar una re-significación positiva del color de piel morena y podría explicar la desaparición de diferencia en la satisfacción con la vida observada en nuestro análisis.

Una fortaleza de este estudio es que está basado en el análisis de una encuesta representativa de los adultos de México realizada en dos momentos. Sin embargo, la investigación también tiene limitaciones que deben ser consideradas. En este

trabajo se analizaron bases de datos de encuestas cuyo diseño no tuvo como objetivo principal el documentar las consecuencias del racismo y el privilegio blanco. De este modo, algunas de las variables que fueron analizadas no reflejan adecuadamente los conceptos planteados en el modelo teórico. Tampoco se pudo evaluar la contribución de la auto-percepción de belleza y las experiencias de discriminación al bienestar, las cuales han mostrado ser relevantes para explicar las disparidades racistas.⁵ El tamaño de muestra de la EMV es reducido y probablemente eso produjo que no se observarán diferencias significativas en algunas variables ya que, por ejemplo, el número de indígenas fue limitado. Finalmente, algunos de los eventos de salud fueron evaluados con una sola pregunta, por lo cual en el futuro se requiere utilizar mediciones más exhaustivas.

La medición del color de piel y el ancestro geográfico de los participantes que aquí se utilizó se basa en la clasificación por parte de los entrevistadores de acuerdo con categorías predefinidas. En esta clasificación se conjunta la evaluación del fenotipo de las personas con la pertenencia étnica; por lo cual las clasificaciones no son mutuamente excluyentes (e.g. la mayoría de los indígenas son morenos). En contraste, en otro estudio se utilizó una paleta de colores para evaluar el color de piel y por preguntas se indagó la pertenencia étnica.⁸ Dado que es un campo incipiente, es difícil establecer cuál es el mejor procedimiento para evaluar el ancestro geográfico y color de piel. Sin embargo, debe señalarse que no interesa evaluar un rasgo biológico (i.e. la pigmentación de la dermis), sino conocer el efecto de inequidades socialmente construidas y vinculadas a constructos simbólicos (racismo y privilegio blanco), para lo cual lo relevante es cómo los sujetos se perciben a sí mismos y son percibidos por las personas con las que interactúan. En ese sentido, las categorías que incluyen color de piel y pertenencia étnica reflejan mejor los sujetos y grupos racializados que existen en México ya que, por ejemplo, ser moreno en contextos urbanos difiere a ser moreno y pertenecer a un grupo étnico en zonas rurales.³¹

Nuestros resultados y los de otros autores^{5,8} indican que la progresiva reducción del racismo y del privilegio blanco debe ser incorporada a la

agenda de la política pública ya que afectan negativamente en diferentes esferas de la vida a la mayoría de la población morena mexicana (y quizá de Latinoamérica). Se requiere que las instituciones y políticas encaminadas a combatir la discriminación amplíen su atención, agregando a la discriminación por etnia (i.e. hacia los indígenas o afro-descendientes) otras expresiones del racismo como las desventajas de los morenos.

Se debe continuar con la documentación y denuncia de las disparidades racistas. Aunque está pendiente por definir cuál es la mejor forma de evaluar el ancestro geográfico, es urgente que de manera sistemática se indague el color de piel y el ancestro geográfico en las estadísticas oficiales (censo y encuestas), esto para contar con información para conocer la evolución de las desigualdades racistas. Se requieren diseñar y realizar investigaciones encaminadas a documentar de manera más detallada y específica la existencia y los efectos del racismo y el privilegio blanco. En el futuro se requiere evaluar si existen diferencias entre hombres y mujeres y entre grupos de edad respecto a la vivencia del racismo y el privilegio blanco y sus efectos en la salud y el bienestar.

En resumen, en este estudio se mostró que la mayoría de las disparidades de morenos en comparación a los blancos respecto a la percepción del estado general de salud, inseguridad alimentaria y falta de acceso a los servicios de salud se debieron a que los últimos tienen baja escolaridad y PSE subjetiva. El privilegio blanco y el racismo están estrechamente relacionados con la estratificación socioeconómica por lo cual difícilmente pueden separarse esas dos formas de inequidad. Al mismo tiempo, la poca confianza hacia los demás también puede contribuir a tales diferencias. En el caso de las poblaciones indígenas, aunque comparten algunas experiencias con los morenos, también tienen especificidades que deben ser reconocidas. También se debe reconocer que estas disparidades racistas han cambiado y en algunos indicadores parece que se han reducido.

Referencias

1. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J*

Epidemiol 2006;35(4):888-901.

2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet* 2006;367(9525):1859-1869.

3. Nyarko AK, Lopez-Camelo J, E. Castilla E, Wehby LG. Explaining racial disparities in infant health in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2014;35(4):305-316.

4. Moreno MG. Historically-rooted transnationalism: slightedness and the experience of racism in mexican families. *J Intercultural Stud* 2008;29(3):283-297.

5. Ortiz-Hernandez L, Compean S, Verde E, Flores MN. Racism and mental health among university students in Mexico City. *Salud Pública Mex* 2011;53(2):125-133.

6. Villarreal A. Stratification by skin color in contemporary Mexico. *Am Sociol Rev* 2010;75(5):652-678.

7. Flores R, Telles E. Social stratification in Mexico: disentangling color, ethnicity, and class. *Am Sociol Rev* 2012;77(3):486-494.

8. Perreira KM, Telles EE. The color of health: skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Soc Sci & Med* 2014;116:241-250.

9. Krieger N. The science and epidemiology of racism and health. In: Withmarsh I, Jones D, eds. *What's the Use of Race?.* Massachusetts, England.: MIT Press; 2010:281.

10. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Ayala-Guzmán CI. Posición socioeconómica, discriminación y color de piel en México. *Perf Latinoam* 2018; 26 (51): 215-239.

11. Clark R, Anderson NB, Clark VR, Williams DR. Racism as a stressor for African Americans. A biopsychosocial model. *Amer Psychol* 1999;54(10):805-816.

12. Van Dijk TA. *Racismo y discurso en América Latina.* Barcelona, España: Gedisa; 2007.

13. Harris CI. Whiteness as property. *Harv Law Rev* 1993;106(8):1707-1791.

14. Smith SS. Race and Trust. *Annu Rev Sociol* 2010;36:453-475.

15. Dovidio JF, Penner LA, Albrecht TL, Norton WE, Gaertner SL, Shelton JN. Disparities and distrust: the implications of psychological processes for understanding racial disparities in health and health care. *Soci Sci & Med* 2008;67(3):478-486.

16. Story WT. Social capital and health in the least developed countries: A critical review of the

- literature and implications for a future research agenda. *Glob Public Health*. 2013;8(9):983-999.
17. Kraus MW, Piff PK, Keltner D. Social Class as Culture: The convergence of resources and rank in the social realm. *Curr Dir Psychol Sci*. 2011;20(4):246-250.
 18. Boyce WT, Obradovic J, Bush NR, Stamperdahl J, Kim YS, Adler N. Social stratification, classroom climate, and the behavioral adaptation of kindergarten children. *PNAS*. 2012;109 Suppl 2:17168-17173.
 19. Sapolsky RM. The influence of social hierarchy on primate health. *Science*. 2005;308(5722):648-652.
 20. Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. *Am J Community Psychol*. 1995;23(5):581-599.
 21. Richman LS, Lattanner MR. Self-regulatory processes underlying structural stigma and health. *Soc Sci Med*. 2014;103:94-100.
 22. Association of World Value Survey. World Value Survey Mexico 2000. En: World Value Survey Mexico 2000. Visitado el 15 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV4.jsp>.
 23. Association of World Value Survey. World Values Survey wave 6. Visitado el 15 de junio del 2013. Disponible en: <http://www.worldvaluessurvey.org/>
 24. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health and Social Behav* 1997;38(1):21-37.
 25. Stuff JE, Casey PH, Szeto KL, et al. Household food insecurity is associated with adult health status. *J Nutr*. 2004;134(9):2330-2335.
 26. Karlson KB, Holm A, Breen R. comparing regression coefficients between models using logit and probit: A new method. *Centre for Strategic Research in Education*;2010.
 27. Castro AS, V.; Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):96-109.
 28. San Sebastian M, Hurtig AK. Review of health research on indigenous populations in Latin America, 1995-2004. *Salud publica de Mexico*. 2007;49(4):316-320.
 29. Vázquez G, M.F. Q. Los indígenas autoadscritos de México en el censo 2010: ¿revitalización étnica o sobreestimación censal? *Papeles de Población*. 2015;21(86):171-218.
 30. Telles E, Flores R. Not Just Color: Whiteness, Nation, and Status in Latin America. *Hahr-Hisp Am Hist R*. 2013;93(3):411-449.

Recibido: 11 de noviembre de 2021.

Aceptado: 15 de diciembre de 2021.

Conflicto de intereses: ninguno.

