

**Uso de teoría para la valoración de inequidades étnico-raciales en la
investigación en salud pública con población afrodescendiente en América
Latina y el Caribe (1990-2025): un scoping review**

Estudiante:

María Fernanda Tovar Ocoró

Fisioterapeuta, Esp. Fisioterapia cardio pulmonar

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

Uso de teoría para la valoración de inequidades étnico-raciales en la investigación
en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe
(1990-2025): un scoping review

Estudiante:

María Fernanda Tovar Ocoró

Fisioterapeuta, Esp. Fisioterapia cardio pulmonar

Trabajo de investigación para optar al título de Magíster en Salud Pública

Directora:

Janeth Mosquera Becerra, PhD en Sociología (Énfasis en inequidades sociales)

Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Salud Pública

2025

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, enero 2020

Tabla de contenido

1.	Resumen	8
2.	Planteamiento del problema de investigación	10
3.	Estado del arte	14
4.	Aproximación teórica	20
5.	Objetivos.....	26
5.1	General	26
5.2	Específicos	26
6.	Metodología.....	27
6.1	Diseño metodológico	27
6.2	Fuentes de información y estrategia de búsqueda.....	27
6.3	Criterios de inclusión y exclusión:.....	28
6.4	Selección de artículos:	28
6.5	Variables y categorías de análisis:	29
7.	Consideraciones éticas	30
8.	Resultados.....	31
8.1	Descripción general de los artículos revisados	32
8.2.	Artículos que usan teorías para la valoración de inequidades étnico-raciales en salud	36
8.2.1	Análisis del uso de teorías de inequidad étnico-racial en los artículos bajo el marco PHCRP:.....	40
8.2.1.1	Conceptualización de raza, etnia u otra categoría de clasificación de los grupos humanos:	40

8.2.1.2 Operacionalización y formas de recolección de la raza, la etnicidad y el color de piel:	43
8.2.1.3 Uso de teorías en los artículos para valorar inequidades étnico-raciales en salud:	46
8.1.2.4 Explicaciones teóricas de las inequidades raciales en salud a partir de la racialización:	57
8.1.2.5 Explicaciones teóricas de las inequidades raciales en salud como resultado de estructuras sociales, políticas e históricas:	63
9. Discusión	71
10. Bibliografía	76
ANEXOS	87

Lista de tablas

Tabla 1. Descripción de los principios de PHCR y su relación con los focos.....	24
Tabla 2. Descripción general de artículos con uso explícito de teoría de inequidad étnico-racial en salud	38
Tabla 3. Conceptualización de raza, etnia u otra categoría para diferenciar a los grupos poblacionales	40
Tabla 4. Operacionalización (justificación y problematización) y recolección de la raza, etnicidad y color de piel	44

Lista de Anexos

Anexo 1. Protocolo de revisión de alcance sobre el uso de teorías en estudios de inequidades étnico-raciales en salud pública con poblaciones afrodescendientes de América Latina y el Caribe (1990–2025)

Anexo 2. Focos/Principios de la Praxis Crítica de la Raza en Salud Pública (PHCR) y Preguntas Orientadoras

Anexo 3. Lista de artículos con uso implícito de teoría

1. Resumen

Propósito: Ante la persistencia de las inequidades étnico-raciales en salud en América Latina y el Caribe, esta revisión de alcance tuvo como objetivo caracterizar el uso de teorías sobre inequidad étnico-racial en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe, publicada entre 1990 y mayo de 2025.

Métodos: Se realizó una revisión de alcance que incluyó 144 artículos de investigación originales, identificados mediante una búsqueda sistemática en bases de datos académicas. La extracción y síntesis de la información se desarrollaron mediante un proceso iterativo de organización de datos, de acuerdo con las directrices metodológicas para *scoping reviews*. El análisis se orientó a partir de la Public Health Critical Race Praxis, lo que permitió examinar el uso de la teoría, la conceptualización de la raza/etnicidad y la consideración de la primacía de la racialización y el determinismo estructural.

Resultados: Se identificó que 133 estudios (92%) utilizaron la teoría de manera implícita y solo 11 estudios (8%) declararon un uso de marcos teóricos para valorar las inequidades étnico-raciales en salud. La conceptualización de la raza, la etnicidad o el color de piel como constructos sociales e históricos fue limitada y la teoría se empleó principalmente como un recurso interpretativo. La mayoría de los estudios no desarrolló explicaciones sobre los mecanismos estructurales que producen y sostienen las inequidades, ni incorporó el racismo como causa estructural.

Conclusiones: Los hallazgos evidencian una brecha entre la documentación de disparidades étnico-raciales en salud y el uso de la teoría para explicar los mecanismos sociales, históricos e institucionales que las generan. Predomina un abordaje centrado en la raza como variable, más que en el racismo como sistema estructural de poder, lo que limita el potencial explicativo y transformador de la

investigación en salud pública. Estos resultados subrayan la necesidad de fortalecer el uso explícito de marcos teóricos críticos, como la Public Health Critical Race Praxis, para orientar investigaciones y acciones de salud pública antirracistas en la región.

Palabras clave: Inequidades étnico-raciales en salud, salud pública, población afrodescendiente, teoría, América Latina y el Caribe, racismo.

2. Planteamiento del problema de investigación

A pesar de los esfuerzos de los gobiernos por mitigar las inequidades en salud, las cifras muestran que estas siguen siendo las mismas o han empeorado, como ocurre en la región europea (1-2). América Latina y el Caribe siguen siendo una de las regiones con las mayores inequidades en salud y desarrollo social. De hecho, en el último informe de la CEPAL (2024), tras los retrocesos provocados por la pandemia de COVID-19, la pobreza total en la región en 2023 fue de 27,3 %, con 172 millones de personas en situación de pobreza, mientras que la pobreza extrema alcanzó 10,6 %, o sea, alrededor de 66 millones de personas (3).

Las desigualdades siguen siendo profundas, particularmente para mujeres, niños/adolescentes y poblaciones rurales (3). La pandemia del COVID-19 exacerbó los niveles de pobreza, lo que impacta la desigualdad y el empleo en Latinoamérica y el Caribe (4). Adicionalmente, en ámbitos urbanos, estudios comparativos recientes muestran que los barrios con menores recursos, trabajadores precarios y comunidades racializadas enfrentaron cargas mucho mayores de casos y muertes de COVID-19, lo que reveló y amplifica barreras estructurales preexistentes (5-7), dejando en evidencia una realidad que data de muchos años en desigualdades sociales (8).

En suma, las inequidades son persistentes, representan un grave problema para la salud pública y constituyen un gran desafío para quienes buscan soluciones. La literatura reciente muestra que la identidad o pertenencia a un grupo étnico-racial juega un rol fundamental en las múltiples manifestaciones de inequidad en salud (9-11). Además, se ha identificado que el racismo estructural sigue siendo una de las causas fundamentales de dichas inequidades, exacerbando desigualdades preexistentes en determinantes sociales, acceso a servicios y salud mental (12-14).

Las inequidades étnico-raciales en salud han sido analizadas en diferentes países (10,15-18), en dimensiones como niveles de pobreza, acceso al empleo, ingresos e indicadores en salud (19) y cifras de mortalidad infantil, incidencia de enfermedades crónicas (20) y cáncer (21-23). Estudios recientes confirman estas disparidades, por ejemplo, en Brasil un estudio nacional longitudinal que examinó la mortalidad de menores de cinco años entre recién nacidos de madres indígenas, negras o pardas comparadas con madres blancas reportó que los niños de madres indígenas tienen 98 % más probabilidades de fallecer antes de los cinco años que los de madres blancas; además, los niños de madres negras y pardas o mestizas también mostraron tasas significativamente mayores de mortalidad en un 39% y 19% que entre los hijos de madres blancas, por causas como diarrea, desnutrición o neumonía (24).

Otra investigación, también en Brasil, encontró que entre 2017 y 2022 la razón de mortalidad materna (MMR) fue casi el doble para mujeres negras en comparación con mujeres blancas o pardas y la MMR general aumentó durante el periodo de pandemia de COVID-19 (25). A su vez, en Colombia, un estudio transversal reciente reveló una asociación significativa entre la pertenencia étnico-racial y el tipo de aseguramiento en salud (subsidiado vs. contributivo), lo que evidencia desigualdades estructurales en el acceso a servicios sanitarios para los grupos étnico-raciales (26).

El racismo constituye un componente estructural de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, al configurar sistemas de poder, normas institucionales, políticas y prácticas que favorecen a ciertos grupos racializados sobre otros (27) y exacerban las desventajas de personas y grupos poblacionales racializados, especialmente aquellos en condiciones socioeconómicas más bajas (26). Por ejemplo, Eberly et al. (2019) reportaron que pacientes negros y latinos con insuficiencia cardíaca tenían tasas menores de admisión al servicio de cardiología en comparación con pacientes blancos (relación de tasas ajustadas 0,91 para negros y 0,83 para latinos), lo cual podría contribuir a desigualdades en desenlaces de insuficiencia cardíaca (28).

El uso de marcos teóricos en investigaciones en salud pública es fundamental para orientar la formulación de las preguntas de investigación, el diseño metodológico y la selección de variables, así como para explicar las relaciones causales entre las condiciones sociales y los resultados en salud (29,30). Asimismo, los marcos teóricos fortalecen la coherencia analítica y permiten la producción de conocimiento reflexivo (31). En este sentido, la incorporación sistemática de la teoría favorece una comprensión integral de las inequidades en salud y contribuye a generar evidencia crítica y con potencial transformador.

Las aproximaciones teóricas usadas para explicar la inequidad étnico-racial en la salud contemplan factores determinantes a lo largo del curso de la vida, teorías psicológicas, de determinantes sociales de la salud, (bio)psicosocial, biomédica/estilo de vida, interseccionalidad, entre otros (32). Sin embargo, en algunos estudios que abordan las desigualdades e inequidades en salud no se hace uso con claridad de los abordajes teóricos y conceptuales que las sustentan (33).

Por ejemplo, una revisión de 650 artículos sobre disparidades raciales en salud encontró que solo el 9,7 % hacía un uso explícito de teoría, sólo un tercio (30 %) conceptualizaba claramente las nociones de raza y/o etnicidad y muy pocos (6 %) trataban la jerarquía racial como parte estructural de las inequidades en salud (34).

A pesar de la existencia de diversas teorías para la valoración de inequidades étnico-raciales en salud y de la evidencia empírica que demuestra su persistencia, en América Latina aún se desconoce cómo las investigaciones están haciendo uso de estas teorías. Por ello, esta investigación tuvo como propósito responder la siguiente pregunta: ¿Cómo se han utilizado las teorías para la valoración de inequidad étnico-racial en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe, 1990 – 2025?

Los resultados de esta investigación contribuyen a la identificación de las debilidades y fortalezas de las publicaciones académicas en el uso de fundamentos

teóricos y conceptuales que sustentan las inequidades étnico-raciales en salud en Latinoamérica, lo cual ayuda a orientar futuras investigaciones sobre inequidades étnico-raciales en salud.

3. Estado del arte

Las inequidades en salud se entienden, desde una perspectiva ética y moral, como aquellas diferencias en salud que son innecesarias, evitables e injustas, y que reflejan desigualdades en la distribución del poder, los recursos y las oportunidades (35, 36). Almeida (1999) plantea que la inequidad surge como resultado de la injusticia social en contextos de diversidad y desigualdad, afectando principalmente a los grupos menos favorecidos (37).

De manera complementaria, Breilh (2013) sostiene que las inequidades son una expresión estructural de la desigualdad social, derivada del modo inequitativo en que se accede, se apropia y se distribuyen los bienes materiales y simbólicos dentro de la sociedad (38). Más recientemente, organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2025) han enfatizado que las inequidades en salud no sólo acortan la esperanza de vida en décadas, sino que representan una falla sistémica que requiere transformaciones estructurales en los determinantes sociales y en los sistemas de salud (39).

El abordaje de las inequidades en salud en América Latina tiene sus raíces en la medicina social latinoamericana, corriente que reconoce a la clase social como el principal determinante de la inequidad y que vincula las condiciones de vida con las estructuras económicas y políticas que las generan (37,38,40). En contraste, en el mundo anglosajón predomina una corriente de pensamiento donde la posición socioeconómica individual, medida a través de ingresos, educación y ocupación, se considera el factor central que explica las desigualdades en salud (40-42).

Las inequidades en salud constituyen hoy un problema global persistente, que afecta tanto a países de ingresos bajos como altos y se ha visto agravado tras la pandemia de COVID-19 (OMS, 2021; OPS, 2023). Según Whitehead (1996), los determinantes de las inequidades en salud incluyen el acceso insuficiente a servicios esenciales, las deficientes condiciones de vida y de trabajo, y las

desigualdades estructurales que perpetúan la exclusión social. En esta línea, múltiples estudios recientes documentan que las inequidades se manifiestan en diferencias en el acceso a la atención sanitaria, nutrición, tasas de morbilidad y discapacidad (CEPAL, 2024); además, se expresan a través de ejes de desigualdad como el género, la clase social (43-45), la pertenencia étnico-racial (PAHO, 2025) y los procesos migratorios, que generan vulnerabilidades sociales con efectos directos sobre la salud (IOM, 2023).

Dahlgren y Whitehead (1991, 2006) abordan las inequidades en salud a través del modelo socio ecológico, el cual describe cómo múltiples niveles jerárquicos de influencia interactúan alrededor del individuo, situado en el centro del modelo. Estos niveles incluyen los estilos de vida individuales, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, y, finalmente, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales que configuran el contexto social (46). Este modelo teórico permite comprender cómo la interacción de factores sociales, económicos y ambientales como la pobreza, la educación, el empleo, la vivienda, la contaminación, el racismo estructural y la exclusión social impacta en la aparición de enfermedades y lesiones, así como en el bienestar general de las poblaciones (47).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante el modelo de los determinantes sociales de la salud, vincula un conjunto de factores estructurales e intermedios que explican las inequidades en salud entre distintos grupos poblacionales (35,41-47). Este modelo reconoce que las condiciones estructurales enmarcadas en contexto socioeconómico y político, que incluye los sistemas de gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, laborales y educativas, así como los valores culturales y normas sociales configuran la posición socioeconómica de los individuos y grupos sociales, las cuales se expresan a través de ejes como la clase social, el nivel educativo, el ingreso, el género, la etnicidad o la raza (racismo). Aunque el marco reconoce que categorías como la raza o la etnicidad influyen en la posición socioeconómica y en las desigualdades en salud,

estas suelen ser tratadas como estratificadores sociales, sin desarrollar de manera explícita el racismo como un sistema histórico y estructural de poder. Desde esta perspectiva, las desigualdades sociales en salud se entienden como el resultado de posiciones sociales desiguales estructuralmente producidas (41).

Por su parte, los determinantes intermedios comprenden las condiciones materiales de vida (vivienda, entorno físico, condiciones laborales), los factores psicosociales, los comportamientos relacionados con la salud y el funcionamiento del sistema de salud, que actúan como mecanismos a través de los cuales la posición socioeconómica se traduce en exposiciones diferenciales al riesgo y en resultados desiguales de salud (41).

A su vez, la teoría psicosocial desarrollada por John Cassel (1976) sostiene que la susceptibilidad a enfermarse está influenciada por la interacción entre el estrés físico y psicológico y los recursos sociales disponibles para enfrentarlo. Cassel argumentó que, para comprender la distribución de las enfermedades, es necesario analizar los factores sociales, ambientales y emocionales que afectan la capacidad de respuesta del organismo frente a los agentes patógenos (48).

Posteriormente, Richard Wilkinson (1996; 2005) amplió este marco al plantear que las desigualdades sociales generan efectos psicosociales como la falta de control, la inseguridad y el estrés crónico, que impactan directamente en la salud, contribuyendo al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, mentales y metabólicas.

Por su parte, el modelo biomédico, base conceptual de la medicina científica moderna, explica que los factores biológicos y conductuales de riesgo son los principales desencadenantes de procesos fisiopatológicos (49,50). Desde esta perspectiva, el cuerpo humano es analizado en sus partes y la enfermedad es vista como el funcionamiento inadecuado del cuerpo en lo biológico y lo químico (51); en

este caso, las intervenciones a la enfermedad están determinadas por la acción médica.

Cabe resaltar que los fundamentos teóricos que sustentan el estudio de las inequidades en salud integran dimensiones sociales, culturales, conductuales y psicosociales, lo que permite múltiples interpretaciones sobre sus causas y posibles vías de solución. Estas perspectivas abarcan desde los determinantes sociales de la salud y los modelos biopsicosociales, hasta los marcos estructurales que examinan las relaciones de poder, clase, género y etnicidad en la producción de desigualdades sanitarias (41,42).

Sin embargo, en las últimas décadas se ha consolidado un consenso creciente que identifica al racismo como una causa fundamental de las desigualdades en salud. Investigadores como David R. Williams, Jourdyn Lawrence y Brigitte A. Davis (2019) plantean que el racismo en sus formas estructural, institucional e interpersonal genera desventajas acumulativas que se traducen en peores resultados de salud entre las poblaciones étnico-raciales minoritarias. Además, diversos estudios demuestran que la discriminación racial y el estrés asociado a experiencias de racismo impactan negativamente la salud mental, cardiovascular y metabólica, contribuyendo de manera significativa a las inequidades étnico-raciales en salud (52-55).

Las teorías que explican las diferentes formas en que opera el racismo abarcan desde el nivel individual e interpersonal hasta el estructural y sistémico. En este último nivel, el racismo estructural, entendido como el conjunto de dinámicas históricas, institucionales y culturales que reproducen desigualdades raciales, actúa a través de múltiples niveles socio ecológicos, generando procesos de interacción acumulativa que crean y profundizan las inequidades en salud entre los grupos étnico-raciales (55,56).

La Teoría Crítica de la Raza es una apuesta teórico-metodológica encaminada a la búsqueda de la equidad racial y basada en la justicia social y permite que los investigadores-as centren su atención en la equidad e insta a trabajar en la transformación de las jerarquías raciales identificadas. Este marco abrió un panorama en la salud pública para combatir las causas fundamentales del racismo estructural basada en la teoría, la conciencia crítica y el conocimiento experiencial (57,58).

A pesar de la existencia de aproximaciones teóricas que permiten comprender el papel del racismo en la configuración de las inequidades en salud, diversos estudios señalan que con frecuencia las investigaciones empíricas no usan o no explicitan los marcos teóricos o conceptuales que las sustentan (59-62). En este sentido, se ha evidenciado una débil integración crítica de marcos teóricos sobre el racismo, lo que conduce a abordajes predominantemente descriptivos y a la utilización instrumental de la categoría racial, sin problematizar sus fundamentos históricos, sociales y políticos (63, 64).

En un estudio reciente realizado en Estados Unidos (2021), que revisó publicaciones orientadas a explicar las disparidades raciales en salud, se evidenció que el uso explícito de teorías continúa siendo limitado, fragmentario y que muchas investigaciones no definen con claridad los conceptos de raza, etnicidad o racismo, ni su papel estructural en los resultados de salud (34). En el contexto de América Latina, los avances teóricos en torno a las inequidades étnico-raciales en salud son aún incipientes. Por ejemplo, un estudio de revisión realizado en Colombia sobre la producción académica latinoamericana entre 2007 y 2014 en torno a la desigualdad en mortalidad, identificó una brecha persistente entre la investigación empírica y las discusiones teórico-metodológicas (62).

Estas limitaciones refuerzan la necesidad de caracterizar cómo se están utilizando las teorías sobre inequidades étnico-raciales en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe, con el fin de

fortalecer los marcos conceptuales que orientan la producción de conocimiento en este campo.

Identificar el uso de teorías que sustentan las inequidades étnico-raciales en América Latina, desde una perspectiva de la Praxis de la Teoría Crítica de la Salud Pública, permitirá visibilizar cómo los fenómenos raciales, las jerarquías de poder y las estructuras sociales históricamente desiguales configuran y perpetúan las inequidades en salud. Este marco busca trascender las explicaciones centradas únicamente en los factores socioeconómicos, de género o de clase, para incorporar el análisis del racismo estructural como un componente fundamental en la producción y reproducción de las desigualdades en salud.

La presente investigación, usando como lente teórica la Praxis de la Teoría Crítica de la Salud, tuvo como propósito identificar los diferentes abordajes teóricos utilizados para explicar las inequidades étnico-raciales en salud en América Latina y el Caribe, analizando los alcances, limitaciones y vacíos conceptuales presentes en la literatura científica reciente.

4. Aproximación teórica

Teniendo como marco teórico-crítico la Praxis Crítica de la Raza en Salud Pública (PHCR), propuesta por Ford y Airhihenbuwa (65), se realizó una revisión exploratoria (Scoping Review), el cual es un estudio que permite mapear y explorar la evidencia científica disponible sobre un tema determinado. Este marco teórico-crítico ofrece un andamiaje conceptual para analizar cómo las teorías sobre inequidad racial han sido aplicadas en los estudios de salud pública realizados con poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe entre 1990 y mayo de 2025.

La revisión se desarrollará siguiendo la guía PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*), que establece un conjunto de criterios para asegurar la transparencia, la reproducibilidad y el rigor metodológico en la conducción y el reporte de revisiones exploratorias (66). Este enfoque permite describir de forma sistemática la amplitud, naturaleza y características de la evidencia disponible, así como las lagunas existentes en el campo de estudio.

La PHCR constituye una extensión de la Teoría Crítica de la Raza al campo de la salud pública. Este marco integra los principios del pensamiento crítico y de la justicia social con el propósito de examinar cómo las estructuras de poder, el racismo sistémico y las jerarquías sociales producen y reproducen inequidades en salud (Ford & Airhihenbuwa, 2010; 2018). Su estructura se organiza en cuatro focos analíticos: 1. *Patrones contemporáneos de relaciones raciales*; 2. *Producción de conocimiento*; 3. *Conceptualización y medición* y; 4. *Acción*, y diez principios fundamentales, los cuales permiten articular la teoría crítica con la práctica en salud pública (Figura 1). De esta forma, la PHCR promueve una praxis transformadora orientada a dismantelar las estructuras de dominación racial y a promover la equidad sanitaria mediante la acción antirracista (64, 64).

Las fases o focos del proceso de investigación propuestos por la Praxis Crítica de la Raza para la Salud Pública (PHCR) describen un orden secuencial del Foco 1 al Foco 4 que orienta el avance de los investigadores-as en la integración del análisis racial crítico dentro de sus estudios. Cada foco aborda una dimensión clave del proceso de investigación y se sustenta en los principios rectores de la PHCR, los cuales promueven la equidad racial, la reflexividad crítica y la transformación estructural en salud pública (Ford & Airhihenbuwa, 2010; 2018).

En la representación gráfica del modelo (Figura 1), las flechas gruesas indican la secuencia progresiva del proceso de investigación; las flechas delgadas reflejan que algunas acciones pueden desarrollarse en sentido inverso o de forma simultánea, y la doble flecha simboliza la relación dinámica e interdependiente entre los focos. Este carácter flexible y cíclico permite reexaminar continuamente los supuestos teóricos, metodológicos y analíticos desde una mirada crítica del racismo estructural.

La conciencia racial crítica constituye el eje transversal que permea toda la praxis. Reconocer la raza y la etnicidad como construcciones sociales e históricamente situadas permite comprender las causas estructurales de las inequidades en salud y cómo los procesos de racialización, las jerarquías de poder y el racismo estructural configuran los contextos sociales, políticos y sanitarios (13,64). Así, la PHCR no solo ofrece un marco teórico para analizar la inequidad, sino también una guía ética y metodológica para transformar las prácticas científicas y promover una salud pública comprometida con la justicia racial.

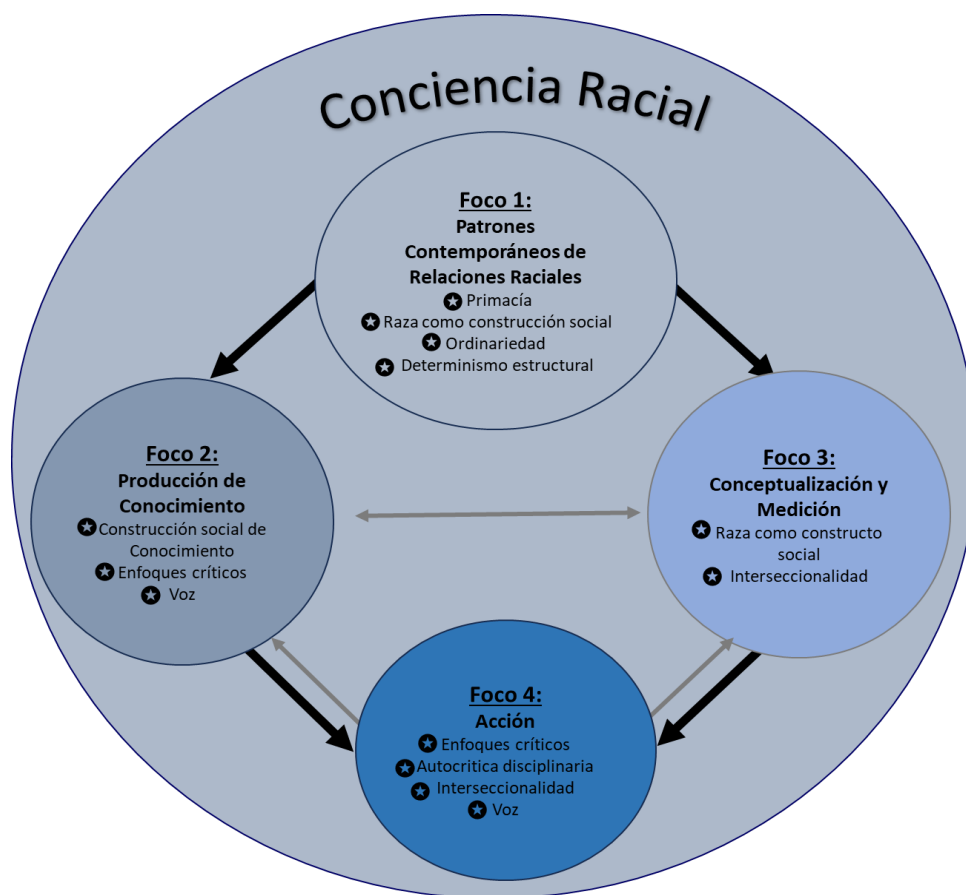


Figura 1. Conciencia racial, los cuatro marcos y 10 principios afiliados
(Fuente: Chandra L. Ford y Collins O. Airhihenbuwa, 2010, traducción propia)

A continuación, se describen los propósitos de cada uno de los cuatro focos de la (PHCR), los cuales orientan el proceso de investigación hacia una comprensión crítica, contextual y transformadora del racismo en el campo de la salud:

1. Patrones contemporáneos de relaciones raciales: indican que la permanencia del racismo a lo largo del tiempo y el uso de las categorías raza-etnia en la sociedad, tienen características particulares según el momento histórico. Es decir que, para evidenciar los efectos del racismo en la salud, se requiere un análisis contextual de cómo opera el racismo en el tiempo en que se desarrollan los estudios o investigaciones.

2. Producción de conocimiento: Explica cómo la racialización ha dado forma al conocimiento existente de grupos y fenómenos raciales, y cómo estos conocimientos a través del tiempo se han reforzado por las creencias existentes, la subjetividad o las normas sociales que los refuerzan.
3. Conceptualización y medición: El propósito de este foco es identificar cómo se ha definido y medido raza-racismo en los estudios o investigaciones, y si este constructo o medición se dan en un contexto específico según lugar, tiempo y población.
4. Acción: se trata de conocer el uso del conocimiento generado en las investigaciones para orientar acciones que permitan reducir las causas de inequidades; lo que incluye la diseminación de los resultados del estudio a las comunidades implicadas.

Los principios de la teoría son: (1) conciencia racial o sea reconocer y comprender la racialización como un proceso social, histórico y estructural; (2) primacía de la racialización: establece cómo las categorías raciales, construidas socialmente, se usan para estratificación y cómo la estratificación ha contribuido a la desigualdad en varios campos de la sociedad; (3) raza como constructo social: permite identificar una población en riesgo y no una población como un factor de riesgo; (4) normalización del racismo: establece cómo se normaliza de manera cotidiana en la sociedad el racismo; (5) determinismo estructural: establece que los sistemas macroeconómicos impulsan las desigualdades en la población, permitiendo la permanencia a través del tiempo del racismo estructural; (6) construcción social del conocimiento: donde la cultura y el poder fijan las formas en las que se genera y se emite los conocimientos e interpretan los resultados; (7) marcos críticos: permiten tomar acciones correctivas basadas en la comprensión y efectos generados en los procesos investigativos, evidenciando cómo los supuesto personales pueden influir en las investigaciones; (8) conceptualización y medición de la interseccionalidad: reconoce que las categorías sociales están entrelazadas con las formas en las que

se mantiene la estratificación social, por ejemplo raza con racismo; (9) autocrítica disciplinaria: permite identificar cómo las normas, de manera indirecta refuerzan, las inequidades en la sociedad; (10) La voz: es escuchar las perspectivas de las minorías que participan en las investigaciones pues ellas ofrecen varios puntos de vista que deben ser tenidos en consideración (Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de los principios de PHCR y su relación con los focos

Principio	Enfoque(s) afiliado (s)	Definición
1. Conciencia racial	Todos	Conciencia profunda de la posición racial de uno; conciencia de los procesos de estratificación racial que operan en contextos daltónicos.
2. Primacía de la racialización	Contemporáneo Racialización	La contribución fundamental de la estratificación racial a los problemas sociales; el foco central de CRT sobre la explicación de los fenómenos raciales.
3. Raza como constructo social	Contemporáneo Racialización Conceptualización y medición	Significado que se deriva de fuerzas sociales, políticas e históricas
4. Lo ordinario del racismo	Contemporáneo Racialización	El racismo está incrustado en el tejido social de la sociedad
5. Determinismo estructural		El papel fundamental de las fuerzas de nivel macro en la conducción y el mantenimiento de las desigualdades a través del tiempo y los contextos; la tendencia de los miembros e instituciones del grupo dominante a tomar decisiones o emprender acciones que preservan las jerarquías de poder existentes.
6. Construcción social de conocimiento	Contemporáneo Racialización	La afirmación de que el conocimiento establecido dentro de una disciplina se puede reevaluar usando modos de análisis antirracistas.
7. Enfoques críticos	Producción del conocimiento	Para cavar debajo de la superficie; para desarrollar una comprensión integral de los propios sesgos.
8. Interseccionalidad	Acción	La naturaleza entrelazada de las categorías sociales coexistentes (p. ej., raza y género) y las formas de estratificación social que las mantienen
9. Autocrítica disciplinaria	Acción	El examen sistemático por los miembros de una disciplina de sus convenciones e Impactos en la sociedad en general.
10. Voz	Producción del conocimiento Acción	Priorizar las perspectivas de personas marginadas; Privilegiando el Conocimiento experiencial de los extraños.

(Fuente: The public health critical race methodology Ford y Collins O. Airhihenbuwa, 2010; (copia textual y traducción propia)

La adopción de este enfoque permitió que la teoría no operara únicamente como marco referencial, sino como eje estructurante del proceso analítico. La Public Health Critical Race Praxis orientó la construcción de las categorías de extracción y análisis, la evaluación de la conceptualización y operacionalización de la raza/etnicidad, la identificación del determinismo estructural y el examen de la presencia o ausencia del principio de primacía de la racialización en los estudios incluidos. De esta manera, la aproximación teórica garantizó coherencia metodológica, profundidad interpretativa y una lectura crítica de la evidencia, fortaleciendo el carácter reflexivo y transformador de la revisión.

5. Objetivos

5.1 General

Caracterizar el uso de teorías sobre inequidad étnico-racial en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe (1990 – mayo de 2025).

5.2 Específicos

- Describir cuáles son las nociones de raza y etnia usadas en las investigaciones sobre inequidad étnico-racial en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe (1990 – mayo de 2025).
- Describir cómo teóricamente se evalúan las inequidades étnico-raciales en la investigación en salud pública con población afrodescendiente en América Latina y el Caribe (1990 – mayo de 2025).

6. Metodología

6.1 Diseño metodológico

Se realizó una revisión exploratoria (Scoping review), que es un tipo de estudio que permite explorar la evidencia disponible en relación con un tema (67). Es una herramienta que sintetiza la literatura existente, al tiempo que determina el volumen y los estudios disponibles, así como una visión general de los marcos usados en ellos (68). El propósito general de realizar una revisión exploratoria es la identificación conceptual, teórica y de brechas de conocimiento (69). En el anexo 1 se presenta el protocolo diseñado para la revisión de alcance sobre el uso de teorías en estudios de inequidades étnico-raciales en salud pública con poblaciones afrodescendientes de América Latina y el Caribe (1990 y mayo de 2025).

6.2 Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La revisión de literatura académica se realizó utilizando bases de datos especializadas en salud, ciencias sociales e investigaciones interdisciplinarias, seleccionadas por su pertinencia para abordar el tema de estudio:

-Biblioteca Virtual en Salud (BVS): elegida por su accesibilidad a información científica que contribuye al desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe; su cobertura de producción científica regional con altos criterios de calidad desde 1998, con actualización continua por parte de BIREME/OPS;

-PubMed: base de datos de libre acceso que incluye MEDLINE, una de las bibliografías más extensas en ciencias de la salud, y que abarca también literatura sobre gestión de sistemas de salud.

-Web of Science (WOS): una base de datos multidisciplinaria de referencia internacional que permite el acceso a artículos revisados por pares de alta calidad.

Con su inclusión se buscó ampliar la cobertura temática e identificar literatura académica relevante que, aunque no esté centrada exclusivamente en América Latina y el Caribe, ofrece aportes conceptuales y comparativos útiles al análisis de las desigualdades étnico-raciales en salud.

Se incluyeron publicaciones en español, inglés y portugués, con fecha entre enero de 1990 y mayo de 2025. Los descriptores utilizados combinaron términos controlados (MeSH, DeCS) y palabras clave, entre ellas: *“inequidades en salud”*, *“desigualdades raciales”*, *“población afrodescendiente”*, *“América Latina”*, *“Caribe”*, *“salud pública”* y *“racismo estructural”*. Para optimizar la búsqueda, se emplearon operadores booleanos (AND, OR) y filtros de periodo e idioma (ver anexo 1).

6.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión: Artículos originales de investigación en salud pública de población étnico-racial afrodescendiente, que aborden el tema de la inequidad étnico-racial en salud de manera primaria o secundaria, realizados en países de América Latina y el Caribe, investigaciones originales de revistas indexadas y que sean estudios cuantitativos.

Exclusión: Estudios fuera del contexto de América Latina y el Caribe o que incluyan datos combinados de países de América Latina y el Caribe con otras regiones del mundo; resúmenes, tesis o documentos no indexados, capítulos de libro, editoriales, literatura gris, protocolos, resúmenes de congresos; todo tipo de revisiones, estudios cualitativos, scoping review; idiomas diferentes a los elegibles (inglés, portugués y español).

6.4 Selección de artículos:

El proceso de selección se realizó en tres fases:

1. Búsqueda inicial y exportación de resultados a una plataforma de inteligencia artificial (Rayyan).
2. Revisión de títulos y resúmenes para descartar duplicados y artículos irrelevantes.
3. Lectura de texto completo para aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Se elaboró un diagrama de flujo siguiendo la guía PRISMA-ScR para documentar el proceso de selección.

6.5 Variables y categorías de análisis:

El análisis se organizó en dos niveles:

1. Caracterización general de los estudios: año de publicación, país de origen, revista, diseño metodológico, población abordada, resultados en salud estudiados y teorías explícitas mencionadas.
2. Análisis crítico guiado por PHCR:

La síntesis crítica se realizó conforme a los lineamientos de la PHCR, lo que permitió elaborar explicaciones teóricas sobre las inequidades raciales en salud. En este proceso se definieron los focos y principios analíticos: Foco (conceptualización y operacionalización de la raza-etnia) y principios (primacía de la racialización y determinismo estructural), como elementos fundamentales para comprender las disparidades étnico-raciales en salud. Además, se elaboraron preguntas orientadoras para evaluar la presencia o ausencia de estos principios en los estudios incluidos, con el fin de profundizar en una interpretación crítica y sistemática de los hallazgos (Anexo 2).

7. Consideraciones éticas

Esta investigación se adhirió a las pautas CIOMS que guiaron el proceso teniendo en cuenta pautas de valor social y científico, y respeto de los derechos. Las investigaciones relacionadas con la salud de los seres humanos requieren de la obligación moral de los investigadores, patrocinadores y comités de ética de preservar los derechos humanos. Por las características de la investigación (Scoping review) esta investigación es sin riesgo.

Aunque en esta investigación no se tiene contacto directo con sujetos humanos, se hizo interpretación de la información y existe un posible riesgo de que dicha interpretación no sea adecuada. Para afrontar este riesgo, se siguió de forma estricta la metodología de esta investigación; se mantuvo la garantía y rigurosidad en los estudios analizados.

El valor científico está en que, a través de la base metodológica y conceptual, se generó información valiosa para abordar problemas de salud relevantes, que han sido generados por las inequidades permanentes en las que se sucumben las comunidades afro o negras.

Presentar al público los resultados de esta investigación permite cumplir con el valor social y científico que es el fin último de los procesos investigativos. Se espera producir un artículo con los resultados de la investigación.

Se declara que no se presentan conflictos de interés.

8. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del análisis del uso de teorías sobre inequidades étnico-raciales en los estudios de salud pública realizados con poblaciones afrodescendientes en América Latina y el Caribe (entre enero de 1990 y mayo de 2025). Los resultados de esta revisión de alcance ofrecen una visión crítica sobre cómo en la región se está usando la teoría para valorar las inequidades étnico-raciales en salud en los estudios de salud pública en los que participan poblaciones afrodescendientes; además, en los resultados se analizan los avances en esta área de investigación, así como los vacíos y limitaciones.

En la primera parte, se describen los artículos revisados (n=144). De estos, 133 usan teoría de manera implícita para explicar las inequidades étnico-raciales; por lo tanto, mostrando ejemplos, en este apartado se dará cuenta de cómo es ese uso implícito de teoría y, además, se hará una descripción general de dichos artículos (título, autor, año y país).

En la segunda parte, se analizan los 11 artículos que fueron seleccionados porque hacen uso explícito de teoría para valorar inequidades étnico-raciales; de estos artículos se presentan los principales resultados en salud reportados, las teorías explícitas empleadas, las revistas en las que fueron publicados y la distribución de los trabajos por año y por país de publicación. Esta caracterización permite situar la producción científica en un contexto temporal, geográfico y disciplinar.

Adicionalmente, en el marco de Public Health Critical Race Praxis PHCR (Ford, et al. 2010) y teniendo en cuenta el foco: 1. Conceptualización y operacionalización de la raza-etnia 2. y los principios: 1. Primacía de la racialización y 2. Determinismo estructural, se presentan los resultados del análisis de los once (11) artículos que hacen uso explícito de teorías para la valoración de las inequidades étnico-raciales en salud.

8.1 Descripción general de los artículos revisados

El flujograma 1 muestra los artículos identificados en las bases de datos. Se encontraron un total de 6.861 registros en las tres bases de datos electrónicas seleccionadas en esta revisión: WOS (n = 2.315), BVS (n = 4.395) y PubMed (n = 151). Antes del proceso de cribado, se eliminaron 907 registros duplicados y no hubo otros motivos de exclusión. Durante la fase de cribado, se revisaron 5.954 registros, de los cuales fueron excluidos 5.789 por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos y presentados antes en el apartado de metodología.

Posteriormente, se evaluaron 165 artículos en texto completo para determinar su elegibilidad. De estos, se excluyeron 21 artículos por los siguientes motivos:

- Población de estudio distinta a la de interés de esta revisión de alcance (n = 5)
- Registros duplicados no detectados inicialmente (n = 5)
- Diseño de estudio no compatible con los criterios establecidos (n = 6)
- Contexto geográfico fuera de América Latina y el Caribe (n = 3)
- Estudios que no abordan las inequidades étnico-raciales en salud (n=2)

Quedó un total de 144 artículos para revisión de texto completo. De estos, 133 artículos fueron clasificados como estudios con uso implícito de teoría, es decir, explican las inequidades étnico-raciales en salud a partir de conceptos, categorías analíticas o supuestos teóricos generales como desigualdad social, determinantes sociales, pobreza, acceso a servicios o diferencias sociodemográficas, pero no se declaran de manera explícita un marco teórico ni utiliza la teoría para orientar de forma sistemática el diseño del estudio, la operacionalización de las variables o la explicación de los hallazgos (30, 70).

En contraste, 11 artículos fueron clasificados con uso explícito de teoría, lo que indica que estos estudios declaran de manera explícita un marco teórico para orientar la valoración de las inequidades étnico-raciales en salud. En estos casos, la teoría se utiliza en distintos grados para estructurar la formulación del problema

de investigación, la selección y operacionalización de variables, la interpretación de los hallazgos y, en algunos casos, la discusión de los mecanismos subyacentes a las desigualdades observadas (29, 71).

Flujograma 1: Identificación de estudios a través de bases de datos

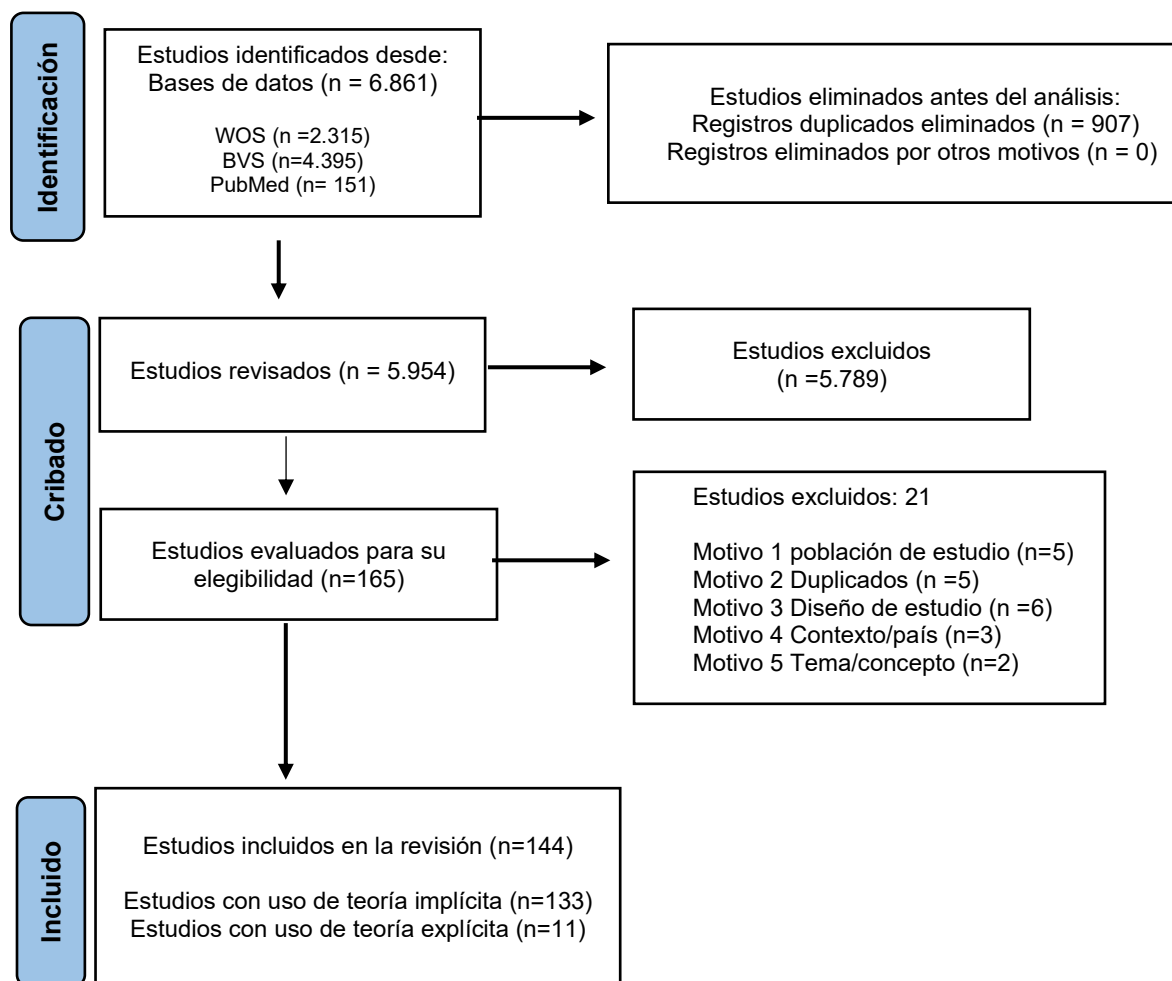


Diagrama elaborado según PRISMA Executive. (2024). *PRISMA 2020 flow diagram* [Web page]. PRISMA Statement. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Con el fin de ilustrar cómo opera el uso implícito de la teoría en la investigación sobre inequidades étnico-raciales en salud, a continuación, se describen algunos de los 133 artículos incluidos en esta revisión (anexo 3). Estos estudios explican las desigualdades observadas a partir de conceptos, categorías analíticas o supuestos

teóricos generales como desigualdad social, determinantes sociales de la salud (no como marco teórico sino solo como denominación general), pobreza, acceso a servicios o diferencias sociodemográficas sin declarar explícitamente un marco teórico.

Se identifican dentro de los estudios que explican las inequidades étnico-raciales en salud como el resultado de trayectorias socioeconómicas los de Méndez et al. (2021), Chiavegatto Filho & Laurenti (2013) y Chiavegatto Filho et al. (2014), en los cuales la raza o el color de piel se asocia con menor escolaridad, menores ingresos y peores condiciones de vida. En estos trabajos, las diferencias en salud autoevaluada y esperanza de vida se interpretan como expresiones acumuladas de exclusión social y desventaja estructural. De forma similar, Almeida-Filho et al. (2004) explican los trastornos mentales y los patrones de consumo problemático de alcohol, a partir de la interacción entre clase social, género y etnicidad, destacando el efecto independiente de la clase social sobre la salud mental.

En los estudios de Celeste et al. (2013) y Camelo et al. (2018), las inequidades raciales en salud se explican a través de determinantes sociales, en los cuales la raza o el color de piel condiciona la exposición a determinantes sociales intermedios como educación, ingresos, comportamientos de salud, estrés y experiencias de discriminación. Estos factores, a su vez, explican resultados como la pérdida dentaria o el deterioro de la función renal. Por su parte, Krishnadath et al. (2016) adoptan una lógica similar al analizar el síndrome metabólico en Surinam, atribuyendo las disparidades étnicas a procesos como urbanización, dieta, actividad física y nivel educativo y finalmente Olinto et al. (2000) muestran que mujeres negras y mestizas presentan menor escolaridad, ingresos más bajos y peores condiciones de vivienda que mujeres blancas, interpretando estas diferencias como desigualdades en determinantes sociales clave que explican las brechas en salud.

Los estudios que explican las inequidades raciales como resultado de barreras diferenciales en el acceso, la oportunidad y calidad de la atención en salud incluyen

el trabajo de Cardoso et al. (2023) sobre la hospitalización de adultos con COVID-19, así como los análisis de inequidades en servicios odontológicos realizados por Porto Chiavegatto Filho et al. (2018). A estos se suma el estudio de Celeste et al., que documenta inequidades raciales en la provisión de prótesis dentales, evidenciando que las personas negras y pardas presentan menores probabilidades de recibir este tipo de atención, incluso dentro de un sistema público de salud.

En conjunto, estos trabajos muestran que la raza o el color de piel se asocian con peores condiciones de acceso efectivo y calidad de la atención sanitaria, aun en contextos de cobertura universal, lo que evidencia la persistencia de desigualdades raciales en la organización y provisión de los servicios de salud; y finalmente Viáfara-López et al. (2021) interpretan las desigualdades en afiliación al seguro de salud en Colombia como expresión de inequidad étnico-racial estructural, reconociendo la acumulación histórica de desventajas.

Dentro de los estudios que explican las inequidades étnico-raciales a partir de condiciones sociales y contextos de vulnerabilidad, Campos et al. (2023) analizan las desigualdades de género y raza en salud mental entre trabajadores de la salud, atribuyendo los peores resultados observados entre mujeres racializadas a la sobrecarga laboral, la precarización del trabajo y la acumulación de responsabilidades de cuidado.

El estudio de Chisini et al. (2018) identifica que el color de piel influye en la toma de decisiones clínicas odontológicas, interpretando las diferencias observadas como resultado de sesgos interpersonales en la práctica profesional. Este enfoque permite visibilizar el trato diferencial según el color de piel, pero sitúa la inequidad en el nivel de la interacción individual, sin vincularla con marcos institucionales, normas profesionales o procesos históricos de racialización del cuidado en salud.

En conjunto, los estudios descritos se clasifican como investigaciones con uso implícito de teoría porque, si bien explican las inequidades étnico-raciales en salud

mediante conceptos, categorías analíticas y supuestos reconocidos en la epidemiología social, estos no se articulan en un marco teórico declarado que oriente de manera sistemática el diseño del estudio, la operacionalización de las variables ni la interpretación de los hallazgos. Este tipo de aproximación ha sido descrito en la literatura como característica de un uso implícito de la teoría, en el cual los supuestos teóricos permanecen subyacentes, más que formulados y problematizados de manera reflexiva (30,70). En consecuencia, estos estudios logran documentar de forma consistente la existencia de desigualdades étnico-raciales en salud, pero presentan limitaciones para explicar los mecanismos estructurales que las producen y las sostienen en el tiempo.

8.2. Artículos que usan teorías para la valoración de inequidades étnico-raciales en salud

En la Tabla 2 se describen los 11 artículos que hacen uso de teoría para la valoración de inequidades étnico-raciales en salud. En la descripción se tienen en cuenta el título, autor(es), año de publicación, país donde se realizó el estudio y temática que aborda. Estos artículos fueron publicados entre los años 2005 y 2024; 10 de ellos se realizaron en Brasil con población brasileña y en 1 se llevó a cabo en cuatro países (Colombia, Perú, Brasil y México), lo cual refleja el liderazgo de Brasil en la publicación de estudios sobre inequidades étnico-raciales en salud pública en la región.

Los artículos fueron publicados en revistas ubicadas en cuartiles Q1 y Q2, según el ranking Scimago Journal Rank (SJR), lo que indica una alta calidad editorial y relevancia científica, especialmente en salud pública, epidemiología social y salud global (72). Se destaca la presencia de revistas de élite internacional como *The Lancet Global Health*, *BMJ Global Health* y *Social Science & Medicine*, y revistas latinoamericanas de reconocimiento regional como *Cadernos de Saúde Pública* y *Ciência & Saúde Coletiva*.

Los eventos en salud se agruparon mediante un marco programático basado en los ejes de la Organización Mundial de la Salud, que organiza los problemas de salud según áreas prioritarias, curso de vida, determinantes sociales y estructurales, sistemas de salud y bienestar (73):

- Salud materna, perinatal y reproductiva: En este grupo se incluyó el artículo relacionado con las buenas prácticas obstétricas y las intervenciones en el parto, la sífilis materna y congénita y la relación entre la posición socioeconómica y la ocurrencia de leiomiomas uterinos.
- Nutrición y salud en el curso de vida: En este grupo se incluyó el artículo relacionado con la desnutrición en adultos mayores y la obesidad en personas adultas.
- Fortalecimiento de sistemas y gestión sanitaria: En este grupo se incluyó el artículo relacionado con el acceso a servicios médicos y desigualdades en el uso de consultas y hospitalizaciones.
- Determinantes sociales de la salud y equidad racial: En este eje se incluyeron los artículos que abordaron el color de piel, la clasificación étnico-racial, la discriminación y las disparidades en salud de adultos mayores.
- Salud mental y bienestar psicosocial: En este eje se incluyeron los artículos que abordan la relación entre raza, mortalidad y uso de servicios de salud mental, y el que relaciona los comportamientos de movimiento y la ideación suicida.

La Teoría de la Interseccionalidad fue empleada en cuatro (4) publicaciones, mientras que en los siete (7) artículos restantes se utilizaron otros marcos teóricos para valorar las inequidades étnico-raciales en salud. Se resalta que, en una de las publicaciones, no se hace uso de una teoría, sino de un abordaje estadístico, específicamente un modelo de regresión logística jerárquica, orientado a estimar asociaciones entre el color de piel y el desenlace en salud (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción general de artículos con uso explícito de teoría de inequidad étnico-racial en salud

N°	Teoría usada	Título – Autor(es)	Año	Revista de publicación	País	Eje según clasificación OMS
1	Intersectionality theory	Racial inequalities in mental healthcare use and mortality (Medeiros et al.)	2023	BMJ Global Health	Brasil	Salud mental y bienestar psicosocial
2	Intersectionality theory	Racial inequality, racial discrimination, and obesity incidence in adults (Machado et al.)	2021	Journal of Epidemiology & Community Health	Brasil	Nutrición y salud en el curso de vida
3	Intersectionality theory	Efficiency Analysis in Brazil's SUS (Schenkman et al.)	2022	International Journal of Environmental Research and Public Health	Brasil	Fortalecimiento de sistemas y gestión sanitaria
4	Intersectionality theory	Mapping the Margins in Health Services Research (Constante & Bastos)	2021	International Journal of Health Services	Brasil	Acceso y cobertura universal en salud
5	Theories on the social determin	The Color of Health (Krista M. et al.)	2014	Social Science & Medicine	Brasil, Colombia, México y Perú	Determinantes sociales de la salud y equidad racial

	ants of health					
6	Theoretic al models from life course epidemiology	Does life-course socioeconomic position influence leiomyoma? (Boclin et al.)	2014	Cadernos de Saúde Pública	Brasil	Salud materna, perinatal y reproductiva
7	The social stress theory	Race/Ethnicity and movement behaviors & suicidal ideation (Silva et al.)	2024	Journal of Pediatric Psychology	Brasil	Salud mental y bienestar psicosocial
8	Framework of racism	Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities (Paixão et al.)	2023	The Lancet Global Health	Brasil	Salud materna, perinatal e infantil
9	Hierarchical logistic regression model	Desigualdade racial e desnutrição em idosos brasileiros (Araújo et al.)	2024	Revista Envelhecer	Brasil	Nutrición y salud en el curso de vida
10	Conceptual framework proposed by LaVeist	Race and health disparities among seniors (Trujillo et al.)	2005	Journal of Aging & Health	Brasil	Determinantes sociales de la salud y equidad racial
11	Theoretical model based on Blank et al. and	Racial inequality in obstetric good practices and birth care (Soares de Britto e Alves et al.)	2021	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	Salud materna, perinatal y reproductiva

8.2.1 Análisis del uso de teorías de inequidad étnico-racial en los artículos bajo el marco PHCRP:

A continuación, se analiza cómo los artículos incluidos en esta revisión utilizan teoría para explicar las inequidades étnico-raciales en salud en Latinoamérica y el Caribe, tomando como marco analítico la Public Health Critical Race Praxis (PHCRP).

8.2.1.1 Conceptualización de raza, etnia u otra categoría de clasificación de los grupos humanos:

Guiados por Public Health Critical Race Praxis (PHCR), se encontró que cinco (5) estudios usan y conceptualizan las nociones de 1. Raza-etnicidad; 2. Raza-color de piel; 3. Raza y; 4. Color de piel. Mientras que seis (6) estudios no conceptualizan las categorías raciales o étnicas que usan en la investigación (Tabla 3).

Tabla 3. Conceptualización de raza, etnia u otra categoría para diferenciar a los grupos poblacionales

N°	Teoría utilizada	Autor(es)	Conceptualización de raza/etnicidad/color de piel
1	Intersectionality theory	Medeiros et al. (2023)	Sin conceptualización
2	Intersectional theory	Machado et al. (2021)	Sin conceptualización
3	Intersectional theory	Schenkman et al. (2022)	Sin conceptualización

4	Intersectionality theory	Constante y Bastos et al. (2021)	“Race, a status indicator that reflects both sociohistorical forces (e.g., systemic racism) and individual-level processes (e.g., personally mediated discrimination).”
5	Theories on the social determinants of health	Krista M. et al. (2014)	“Race/ethnicity refers to the social boundaries that people create based on skin color, other aspects of phenotype, culture, or language.”
6	Theoretical models from life course epidemiology	Boclin et al. (2014)	Sin conceptualización
7	The social stress theory	Silva et al. (2024)	“Skin color refers to physical appearance, not origin, and is therefore a context-dependent attribute.”
8	Framework of racismo	Paixão et al. (2023)	“Race as a construct assigns a hierarchy of value to humans, concentrating power and resources among privileged groups at the expense of marginalized groups.”
9	Hierarchical logistic regression model	Araújo et al. (2024)	Sin conceptualización
10	Conceptual framework proposed by LaVeist (1994)	Trujillo et al. (2005)	“Race and ethnicity are, to some extent, individual characteristics that may have elements in common with

nativity and even religious affiliation.”

11	Theoretical model based on Blank et al. and Pearl & Mackenzie	Soares de Britto e Alves et al. (2021)	Sin conceptualización
----	---	--	-----------------------

Los estudios que conceptualizan las nociones de raza, etnicidad y color de piel asumen estas clasificaciones como una construcción social utilizada para clasificar grupos humanos en función de características fenotípicas y culturales. Estas clasificaciones asignan jerarquías sociales que concentran poder y recursos en grupos racialmente privilegiados, lo que permite reconocer el carácter social y no biológico de la raza y su papel como eje de estratificación social.

Constante y Bastos et al. (2021), desde el marco de la interseccionalidad, reconocen la existencia del racismo sistémico y la discriminación interpersonal; sin embargo, no explicitan la interacción simultánea de la raza con otros ejes de desigualdad, como el género y la clase social. A su vez, Krista et al. (2014) definen la raza/etnicidad como límites sociales basados en el fenotipo y la cultura, lo cual es coherente con el marco de los Determinantes Sociales de la Salud al indicar que la raza ubica a la persona en una cierta posición social. Por su parte, Silva et al. (2024) conceptualizan el color de piel como un atributo contextual, en consonancia con la teoría del estrés social, ya que permite analizar la discriminación como un estresor.

También, Paixão et al. (2023) definen la raza como un constructo jerárquico que organiza la distribución del poder y los recursos, plenamente consistente con un marco de racismo estructural. En contraste, Trujillo et al. (2005) conciben la raza/etnicidad como características individuales, lo que resulta poco coherente con el marco propuesto por LaVeist, quien enfatiza el papel del contexto social y la segregación en la producción de desigualdades en salud.

Los estudios que no conceptualizan la raza, la etnicidad, el color de piel u otra manera de clasificación, utilizan las categorías oficiales de clasificación de los grupos humanos, como por ejemplo la del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y las que usan las encuestas nacionales (Cadastro Único), así esta “variable racial” la usan, principalmente, como una variable más similar a otras como educación u ocupación.

8.2.1.2 Operacionalización y formas de recolección de la raza, la etnicidad y el color de piel:

Las 11 publicaciones utilizan distintos métodos para clasificar a las poblaciones en las categorías raciales: autorreporte, observación del entrevistador(a)-encuestador(a) y escalas de color de piel asignadas por el entrevistador(a) o encuestador(a); uso de bases de datos administrativas o encuestas del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y encuestas nacionales de salud y población, base de datos administrativa nacional (Tabla 4).

De acuerdo con PHCR, para la justificación de la operacionalización de la raza/etnicidad o del color de piel, se esperaría que los autores hicieran explícito por qué se incluye esta variable en el estudio, cómo se mide en la práctica y cuáles son sus limitaciones, dado que estos aspectos influyen en la manera en que se comprenden las desigualdades e inequidades en salud. Sin embargo, nueve (9) estudios no explicaron por qué se eligió un determinado método de clasificación racial ni discuten las implicaciones de dicha elección.

Dos (2) estudios justificaron la agrupación de categorías negro y pardo en una sola categoría analítica, argumentando que ambos grupos comparten condiciones socioeconómicas similares y una historia común de esclavitud, explotación económica, estigmatización social y marginación política en el contexto brasileño.

En cuanto a la problematización del origen de las categorías raciales, se observó que nueve (9) de los estudios no cuestionaron el origen histórico, político o social de las categorías utilizadas. Las categorías raciales suelen ser adoptadas como datos, provenientes de censos, encuestas nacionales o registros administrativos, sin una reflexión crítica sobre los procesos de racialización que las producen. No obstante, los mismos estudios (Constante y Bastos et al. 2021 y Silva et al. 2024) que justificaron la combinación de categorías raciales, problematizan su origen, al reconocer que las clasificaciones raciales reflejan trayectorias históricas de desigualdad racial, más que diferencias intrínsecas entre grupos.

Tabla 4. Operacionalizateorías sobre inequidades étnico-racialesción (justificación y problematización) y recolección de la raza, etnicidad y color de piel

N°	Autor	Teoría	Forma de recolección y clasificación de raza/etnia/otra categoría	Justifi cación	Problema tización
1	Medeiros et al. (2023)	Intersectio nal theory	Recolección: autorreporte de color de piel. Clasificación (Cadastró Único): negro, blanco, pardo (mestizo), otro.	NO	NO
2	Machado et al. (2021)	Intersectio nal theory	Recolección: autodeclaración de raza/color de piel. Clasificación (IBGE): negro, pardo, blanco, descendiente asiático e indígena brasileño.	NO	NO
3	Schenkm an et al. (2022)	Intersectio nal theory	Recolección: SD.	NO	NO

			Clasificación (IBGE): hombres blancos/mujeres negras y pardas.		
4	Constante y Bastos et al. (2021)	Intersectionality theory	Recolección: autorreporte de raza. Clasificación (IBGE): blanco, negro, amarillo, pardo e indígena.	SI	SI
5	Krista M. et al. (2014)	Theories on the social determinants of health	Recolección: atribuida por entrevistador y autorreporte de raza/etnicidad. Clasificación (encuestas nacionales): blanca, mestiza, indígena o grupo indígena, mulata o negra y otra.	NO	NO
6	Boclin et al. (2014)	Theoretical models from life course epidemiology	Recolección: autoidentificación de color de piel/raza. Clasificación: blanca, parda, negra y amarilla.	NO	NO
7	Silva et al. (2024)	The social stress theory	Recolección: autodeclaración de raza/color de piel. Clasificación (IBGE): blanco, pardo, negro, amarillo e indígena.	SI	SI
8	Paixão et al. (2023)	Framework of racism	Recolección: autodeclaración de raza materna (color de piel). Clasificación: negra, parda, indígena, de ascendencia asiática y blanca.	NO	NO

9	Araújo et al. (2024)	Hierarchical logistic regression model	Recolección: autodeclaración de color de piel. Clasificación: blanco, pardo, negro y amarillo.	NO	NO
10	Trujillo et al. (2005)	Conceptual framework proposed by LaVeist	Recolección: autoidentificación de raza/etnicidad. Clasificación: SD.	NO	NO
11	Soares de Britto e Alves et al. (2021)	Theoretical model based on Blank et al. and Pearl & Mackenzie	Recolección: autoidentificación de color de piel. Clasificación (IBGE): blanco, negro y pardo.	NO	NO

Nota: SD=sin dato en la publicación

En conjunto, los estudios analizados operacionalizan la raza/etnicidad o el color de piel, basados principalmente en el autorreporte y en categorías censales, sin cuestionar cómo se han formado históricamente estas categorías, ni dan cuenta de los procesos sociales que les han dado origen.

8.2.1.3 Uso de teorías en los artículos para valorar inequidades étnico-raciales en salud:

La Teoría de Interseccionalidad fue declarada marco analítico en los estudios de Machado et al. (2021), Medeiros et al. (2023), Constante y Bastos et al. (2021) y Schenkman et al. (2022). Se resalta que la declaración de la teoría usada en la investigación solo es presentada en la introducción del artículo de Constante y Bastos et al. (2021), uno la declara en la sección de métodos (Schenkman et al. 2022 y los otros dos la discusión (Machado et al. 2021, Medeiros et al. 2023).

Machado et al. (2021) emplean la Teoría de la Interseccionalidad para analizar las desigualdades raciales en la incidencia de obesidad entre adultos participantes del estudio (ELSA-Brasil). La teoría orienta la formulación del objetivo del estudio, al examinar no solo la asociación entre raza/color de piel y obesidad, sino también el papel de la discriminación racial percibida y la forma en que estas asociaciones varían según el nivel educativo. En coherencia, los autores analizan de manera conjunta la relación entre la raza/color de piel, el género, la situación socioeconómica y las experiencias de discriminación.

Sin embargo, es importante señalar que los autores utilizan la Teoría de la Interseccionalidad, principalmente, como un lente analítico para la interpretación de los resultados y que su uso se declara únicamente en la sección de discusión. En este sentido, la problematización del racismo estructural y de los procesos históricos que sostienen estas intersecciones (género y racialización) es limitada, lo que impide que la interseccionalidad se desarrolle plenamente como un marco analítico capaz de explicar cómo múltiples sistemas de opresión, como el racismo, el sexismo y el clasismo, actúan de manera simultánea y entrelazada para producir experiencias específicas de desigualdad, posicionamiento social y vulnerabilidad (73).

Cabe destacar que esta publicación forma parte del estudio longitudinal ELSA-Brasil, una cohorte multicéntrica compuesta por empleados de seis instituciones públicas de educación superior e investigación ubicadas en las regiones Nordeste, Sur y Sudeste de Brasil, cuyo objetivo principal es investigar la incidencia y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, particularmente las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (75). El diseño original del ELSA-Brasil no se fundamenta en un marco teórico, sino en un enfoque epidemiológico orientado a factores de riesgo y determinantes sociales. En consecuencia, la incorporación de la teoría interseccional en este artículo aparece de manera parcial, enriqueciendo la interpretación de los hallazgos, pero sin reorientar de manera sustantiva la

conceptualización del problema ni el abordaje analítico del racismo como un sistema estructural de poder.

Por su parte, en el estudio de Medeiros et al. (2023) la Teoría de la Interseccionalidad, aunque orienta la formulación del problema y la interpretación de los resultados, su uso se declara en la sección de discusión. Este marco analiza cómo la raza/color de piel interactúa con el estatus socioeconómico para producir desigualdades en el uso de los servicios de Atención Primaria en Salud (APS), la hospitalización y la mortalidad por trastornos de salud mental.

En este estudio se muestra que la raza (negra y parda) interactúa con una posición socioeconómica desfavorable para producir peores resultados en salud. Sin embargo, aunque el estudio identifica la relación entre raza y posición socioeconómica; desde el principio de múltiples identidades interseccionales, que establece que las categorías sociales no operan de manera independiente, sino que se configuran mutuamente como relaciones de poder interdependientes (74), esta aproximación resulta limitada, al no desarrollar una interpretación relacional que permita comprender cómo estas categorías se configuran mutuamente como relaciones de poder.

No obstante, la teoría se aplica principalmente para describir la acumulación de desventajas socioeconómicas, sin desarrollar una discusión sobre los procesos estructurales de poder que configuran el racismo y el sexismo ni cómo se producen dichas intersecciones. En este sentido, la interseccionalidad se emplea de forma parcial, con un alcance meramente descriptivo.

También, Constante y Bastos et al. (2021) emplean la Teoría de la Interseccionalidad para el análisis de las dificultades de acceso a los servicios de salud en Brasil, examinando cómo la raza/color de piel, el género y el estatus socioeconómico interactúan en contextos regionales caracterizados por profundas desigualdades sociales. La interseccionalidad que se muestra desde el título del

estudio se nombra en la introducción, pero, aunque orienta la formulación del problema de investigación, solo se declara su uso en el apartado de discusión.

Los autores utilizan este marco teórico para mostrar que la raza/color de piel continúa desempeñando un papel central en la organización del acceso a los servicios de salud, al interactuar con desigualdades de género y de clase social, lo que la posiciona como un principio estructurante de los riesgos y oportunidades dentro del sistema de salud brasileño. Así, en este estudio se muestra que la raza negra y el bajo nivel socioeconómico actúan como predictores de mayores dificultades en el acceso a la atención sanitaria.

Asimismo, las desigualdades observadas se atribuyen a una historia de discriminación estructural arraigada en la sociedad brasileña, lo que se alinea con el principio interseccional que reconoce la centralidad de las poblaciones históricamente oprimidas y marginadas, en las cuales la raza se entrelaza con factores estructurales como la pobreza y el racismo para producir resultados desfavorables en salud (74).

No obstante, la intersección entre raza/color de piel, género y clase social se aborda, principalmente, como una interacción entre variables, sin desarrollar una interpretación relacional que permita comprender cómo estas categorías se constituyen mutuamente como sistemas de poder en la organización del acceso a los servicios de salud. Aunque la interseccionalidad opera como un lente analítico e interpretativo de los resultados, la problematización del racismo estructural y de los procesos históricos que configuran estas desigualdades es limitada.

Finalmente, Schenkman et al. (2022) buscan evaluar la eficiencia del Sistema Único de Salud (SUS) en el estado de São Paulo. La Teoría de Interseccionalidad, que se declara en la sección de métodos, orientó la formulación del problema de investigación, en tanto que se reconoció que las inequidades de género y etnia, en interacción con desigualdades educativas y de ingresos, operan de manera

conjunta para producir desventajas acumuladas que afectan la eficiencia del sistema de salud. Desde esta perspectiva, la eficiencia sanitaria no depende únicamente de la organización del sistema, sino que está condicionada por la superposición de múltiples ejes de desigualdad que estructuran el acceso a recursos, oportunidades y capacidades de uso efectivo de los servicios.

Si bien la teoría orienta la medición de inequidades y la interpretación de los resultados, el uso de la interseccionalidad en el estudio presenta limitaciones. Aunque se reconocen ejes de desigualdad, estos se incorporan principalmente como variables explicativas dentro del análisis de eficiencia, sin desarrollar una interpretación de cómo el racismo, el sexismo y el clasismo operan como sistemas estructurales de poder que configuran dichas inequidades. Asimismo, el análisis no profundiza en las experiencias situadas de los grupos más afectados ni en las desigualdades intragrupalas, lo que restringe el potencial crítico de la interseccionalidad.

Los autores utilizan la teoría para mostrar que los peores niveles de salud autorreportada se asocian con un color de piel más oscuro y con mayores experiencias de discriminación y cómo las diferencias socioeconómicas median la asociación entre el color de piel y la salud autorreportada.

En el estudio de Krista M. et al. (2014) la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) es declarada desde la introducción y orienta la formulación del problema de investigación al analizar la relación entre el color de piel y la salud en América Latina, considerando el papel mediador de la discriminación percibida y del estatus socioeconómico en dicha asociación. Los autores plantean que la raza/etnicidad influye en la salud a través de su impacto en el acceso a recursos económicos, recursos psicosociales y comportamientos relacionados con la salud.

Los autores evidencian que las personas con tonos de piel más oscuros presentan peores niveles de salud autoevaluada y mayores experiencias de discriminación.

Este hallazgo se articula con la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud al evidenciar que el color de piel opera como un determinante que condiciona la exposición diferencial a recursos materiales y psicosociales. Desde esta perspectiva, las peores evaluaciones de salud y las mayores experiencias de discriminación observadas entre personas con tonos de piel más oscuros reflejan procesos de desigualdad social estructurada y no diferencias biológicas entre grupos poblacionales (76).

Si bien los autores reconocen la discriminación como un mecanismo relevante, esta se aborda principalmente en el nivel interpersonal, sin desarrollar de manera explícita el papel del racismo estructural. Asimismo, la raza/etnicidad se incorpora como una variable que opera a través de mediadores socioeconómicos, lo que tiende a diluir su comprensión como una relación social e histórica de poder, reduciendo el alcance del marco de los DSS. Adicionalmente, al considerar la raza y no el racismo como el determinante central, el análisis se orienta a describir desigualdades entre grupos racializados sin problematizar los sistemas estructurales e institucionales que producen y sostienen dichas desigualdades, limitando así la capacidad explicativa del estudio para comprender cómo las jerarquías raciales se traducen en inequidades persistentes en salud.

El estudio de Silva et al. (2024) utiliza la Teoría del Estrés Social en la sección de discusión para explicar cómo las desigualdades raciales/étnicas influyen en la salud mental de adolescentes, específicamente en la asociación entre los comportamientos relacionados con el movimiento, la actividad física, el sueño y el tiempo frente a pantallas y la presencia de pensamientos o ideación suicida.

La teoría no estructura de forma directa el diseño metodológico ni la formulación del problema de investigación, sino que se utiliza para interpretar los resultados. Desde esta perspectiva, los autores señalan que las desigualdades observadas en salud mental no se explican únicamente por la posición socioeconómica, sino también por el efecto combinado de la raza/etnicidad, el incumplimiento de los objetivos de los

comportamientos de movimiento y la exposición a experiencias de racismo histórico y discriminación. En este sentido, la discriminación racial puede operar como un estresor persistente que incrementa el riesgo de malestar psicológico y conductas suicidas, especialmente en poblaciones jóvenes racializadas (76).

No obstante, la aplicación de la Teoría del Estrés Social en el estudio presenta limitaciones. El análisis se concentra predominantemente en el nivel interpersonal del estrés, enfatizando las experiencias individuales de discriminación y su impacto en la salud mental, sin desarrollar de manera explícita el racismo estructural como un sistema social que produce y reproduce la exposición diferencial a estresores a lo largo del tiempo.

Esta limitación reduce el alcance explicativo del marco, al no examinar cómo las condiciones estructurales, como la segregación social, las desigualdades institucionales y las políticas públicas, configuran los contextos en los que se generan dichas experiencias de estrés (76).

En el estudio de Boclin et al. (2014), la Teoría del Curso de Vida es declarada en la sección introductoria del artículo para examinar si la posición socioeconómica a lo largo de la vida influye en la relación entre el color de piel/raza y la ocurrencia de leiomiomas uterinos. La formulación del problema y de la pregunta de investigación se alinea con este enfoque al considerar múltiples momentos del ciclo vital, incluyendo la infancia, el inicio de la vida adulta y la trayectoria vital en su conjunto. Desde esta perspectiva, la teoría orienta el análisis hacia una comprensión acumulativa de la desigualdad, partiendo del supuesto de que las exposiciones sociales en etapas tempranas y posteriores de la vida generan efectos persistentes sobre la salud reproductiva. Este enfoque se corresponde con los mecanismos de acumulación de riesgos y trayectorias sociales propuestos por la teoría del curso de vida, según los cuales las desventajas sociales tienden a reforzarse y reproducirse a lo largo del tiempo (77).

Los resultados del estudio muestran un mayor riesgo de leiomiomas uterinos en mujeres con piel más oscura y sugieren que la posición socioeconómica a lo largo de la vida no media la asociación entre color de piel/raza y la ocurrencia de miomas. Ante este hallazgo, los autores plantean que, dentro de la cadena causal, podrían intervenir fuentes de estrés psicosocial acumulado y posibles mecanismos biológicos no capturados plenamente por las variables socioeconómicas incluidas.

No obstante, aunque el marco del curso de vida contribuye a evidenciar la persistencia del mayor riesgo entre mujeres con piel más oscura, su capacidad explicativa para valorar inequidades étnico-raciales resulta limitada. El análisis no identifica ni problematiza mecanismos estructurales, como el racismo, que podrían explicar por qué la desventaja persiste aun cuando se consideran condiciones socioeconómicas en distintos momentos del ciclo vital. Además, debe tenerse en cuenta que el racismo también opera de manera diferenciada en el ciclo de vida, pues es un fenómeno histórico (23). En este sentido, la teoría se utiliza principalmente para describir la acumulación de desventajas, más que para examinar las relaciones sociales e históricas de poder que producen y sostienen las inequidades étnico-raciales en salud.

Como se indicó antes, el Modelo de Regresión Logística Jerárquica no constituye un marco teórico, sino una estrategia estadística analítica que permite evaluar inequidades en salud al estimar la asociación entre distintas posiciones sociales y un desenlace, incorporando variables de forma secuencial según niveles de determinación; sin embargo, su uso se apoya en el marco de trabajo de los Determinantes Sociales de la Salud, al organizar los factores explicativos en distintos niveles de determinación.

Esta herramienta fue utilizada en el estudio de Araújo et al. (2024), en el cual se evaluó la desnutrición entre los adultos mayores según el color de piel y otros factores asociados, además, consideraron los modelos desarrollados por Cederholm et al. (2019) y Sadarangani et al. (2020), destacando aspectos sociales,

demográficos, económicos, de salud y de comportamiento. También, consideraron determinantes proximales a los aspectos del comportamiento, como determinantes intermedios a las condiciones de salud y como determinantes distales a las características socioeconómicas y demográficas.

El Modelo de Regresión Logística Jerárquica es utilizado de manera coherente al permitir identificar cómo los determinantes sociales distales influyen indirectamente en la desnutrición a través de mediadores intermedios y proximales. Sin embargo, su potencial teórico es limitado, dado que el estudio no explica una teoría de inequidad étnico-racial ni incorpora una reflexión crítica sobre los procesos históricos de racialización. De este modo, el modelo contribuye, principalmente, a describir y cuantificar desigualdades en la desnutrición, más que a explicar sus causas estructurales profundas relacionadas con las jerarquías raciales.

Por otro lado, el Marco del Racismo, manifestado en la introducción del estudio de Paixão et al. (2023), se emplea para explicar las desigualdades étnico-raciales observadas en la ocurrencia de sífilis materna y congénita en Brasil, situando estas inequidades como el resultado de procesos sociales estructurales y no como diferencias biológicas o comportamentales entre grupos racializados. En este sentido, el marco teórico orienta la formulación del problema de investigación y la interpretación de los resultados.

En esta publicación, el racismo se presenta como un determinante fundamental que organiza de manera desigual las condiciones de vida, el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención recibida durante el embarazo y el parto. En este sentido, el marco del racismo entendido como un enfoque teórico y analítico que concibe el racismo no como un conjunto de prejuicios individuales, sino como un sistema estructural de poder que organiza jerarquías sociales, distribuye de manera desigual recursos y oportunidades y produce inequidades sistemáticas en salud (78), orienta la interpretación de los resultados al reconocer que las disparidades

raciales en la sífilis materna y congénita reflejan fallas estructurales del sistema de salud, distribución desigual de recursos y oportunidades.

Aunque el estudio adopta el marco del racismo para explicar las desigualdades observadas en la sífilis materna y congénita, su aplicación se concentra principalmente en el nivel estructural. En consecuencia, este uso parcial del marco limita la visibilización del carácter multinivel del racismo: estructural, institucional e interpersonal y de su influencia sobre la salud a través de mecanismos como la segregación residencial, la discriminación en el empleo y la educación, el acceso desigual a los servicios de salud y la exposición diferencial a estresores crónicos (78, 79). Esta limitación restringe la comprensión de cómo el racismo se materializa en prácticas institucionales y experiencias cotidianas de atención, que contribuyen a la persistencia de las inequidades analizadas.

Los autores declaran el uso del marco de la interseccionalidad para analizar la intersección entre raza y nivel educativo materno; sin embargo, el análisis se limita a identificar una interacción entre variables, sin desarrollar una interpretación teórica relacional que explique cómo la racialización y la educación se coconstituyen como relaciones de poder que producen desigualdades persistentes.

El estudio de Soares de Britto e Alves et al. (2021) declara el uso del modelo teórico basado en Blank et al. y en Judea Pearl & Dana Mackenzie en la sección de métodos. El modelo se emplea para evaluar la desigualdad racial en la atención del parto en la Rede Cegonha mediante la estimación de efectos independientes de la raza/color de piel sobre indicadores de buenas prácticas obstétricas e intervenciones; esto en concordancia con lo que es el modelo: un enfoque analítico de tipo causal, orientado a estimar efectos independientes y no confundidos de variables sociales como la raza/etnicidad o el color de piel, sobre distintos resultados en salud (80, 81).

En este estudio, la raza/color de piel opera como una categoría analítica funcional dentro del modelo causal, utilizada para identificar y cuantificar desigualdades en la

atención obstétrica. No obstante, esta categoría se ha empleado como una variable relevante para la estimación de efecto. Si bien el enfoque permite atribuir diferencias a procesos de atención del parto, su alcance para valorar inequidades étnico-raciales es limitado, al no incorporar una problematización explícita del racismo como relación social y estructural de poder.

El marco conceptual propuesto por Thomas A. LaVeist en el artículo de Trujillo et al. (2005), declarado en el marco conceptual, es usado para analizar las disparidades raciales en salud entre personas adultas mayores residentes en áreas urbanas de Brasil. En este sentido, el marco de LaVeist orienta la formulación del problema de investigación, al plantear que las diferencias en salud entre personas negras y blancas reflejan patrones estructurales de estratificación racial en contextos urbanos.

En este estudio se evidencia que las inequidades raciales en salud entre las personas adultas mayores se manifiestan en contextos urbanos brasileños, expresándose en peores resultados de salud durante la vejez. El análisis se limita a comparar indicadores de salud entre grupos raciales en áreas urbanas, sin profundizar en los mecanismos sociales o territoriales que producen dichas desigualdades.

Desde el marco conceptual propuesto por LaVeist, la segregación social y territorial estructura de manera diferencial el acceso a recursos materiales y simbólicos como la educación, el empleo, los servicios de salud, los entornos ambientales saludables y el capital social y determina exposiciones desiguales a riesgos que se acumulan y se expresan en la vejez como desigualdades persistentes en salud (82, 83). Sin embargo, estos mecanismos no son desarrollados explícitamente en el estudio. La aplicación del marco es limitada, ya que el estudio no desarrolla explícitamente el racismo estructural ni la segregación social y espacial como mecanismos centrales en la producción de dichas desigualdades.

En conjunto, los estudios analizados muestran que el uso de teorías para valorar las inequidades étnico-raciales en salud es limitado, las teorías se emplean principalmente para mostrar la existencia de desigualdades raciales, pero no para explicar de manera consistente por qué y cómo estas inequidades se producen y persisten en el tiempo, es decir, los mecanismos sociales, históricos e institucionales que las sostienen.

Adicionalmente, predomina un abordaje centrado en la raza, la etnicidad o el color de piel como variables, más que en el racismo como sistema estructural de poder, lo que reduce el potencial explicativo y transformador de los marcos teóricos utilizados. Desde la Public Health Critical Race Praxis, la utilidad de la teoría radica precisamente en ir más allá de la descripción de diferencias entre grupos, para interrogar los procesos de racialización, los mecanismos estructurales y las trayectorias históricas que organizan la distribución desigual de riesgos, recursos y oportunidades en salud (62).

8.1.2.4 Explicaciones teóricas de las inequidades raciales en salud a partir de la racialización:

La primacía de la racialización es un principio de la Public Health Critical Race Praxis que entiende la racialización como un proceso social clave de estratificación, a través del cual categorías raciales construidas socialmente estructuran de forma desigual la distribución de riesgos, recursos y oportunidades en la sociedad (62). Desde este principio, se esperaría que en los estudios la racialización aparezca como un mecanismo social que estructura riesgos, recursos y oportunidades; que se evidencie una estratificación racial o sea que, a mayor oscuridad del color de piel, peores resultados en salud y menor acceso a recursos, y que la racialización sea analizada como un proceso histórico y continuo.

Cabe señalar que los autores no usan la noción de racialización en sus publicaciones; sin embargo, documentan asociaciones entre raza o color de piel y

peores resultados en salud, así como un acceso desigual a recursos y servicios, incluso tras el ajuste por variables socioeconómicas.

En los cuatro (4) estudios que emplean la Teoría Interseccional, la racialización se presenta de manera desigual; es decir, no se sitúa de forma consistente como eje central del análisis, sino que suele presentarse en interacción con otras condiciones sociales. En las publicaciones de Medeiros et al. (2023) y Machado et al. (2021), la raza se articula con la educación, la posición socioeconómica y la discriminación racial para explicar exposiciones diferenciales al riesgo de trastornos mentales y obesidad, respectivamente. En ambos estudios, la racialización opera principalmente como un factor que intensifica la vulnerabilidad social en interacción con otras condiciones sociales como el nivel educativo, los ingresos y las experiencias de discriminación, sin constituirse como el eje analítico central.

En contraste, Constante y Bastos et al. (2021) muestran que mujeres y hombres negros de bajos ingresos concentran las mayores barreras de acceso a los servicios de salud. Es decir, en este estudio, la raza es un mecanismo que estructura el acceso a los servicios de salud, en consonancia con el principio de primacía de la racialización, es decir, sin interacción con otros factores sociales.

Por el contrario, en el estudio de Schenkman et al. (2022), si bien se reconocen inequidades asociadas a la etnia, el género y los ingresos, la racialización no se desarrolla como un mecanismo social central que estructure la distribución de riesgos, recursos y oportunidades, lo que limita la aplicación del principio de primacía de la racialización.

Adicionalmente, desde el principio de primacía de la racialización de la Public Health Critical Race Praxis, se esperaría la identificación de estratificación racial, entendida como la organización jerárquica y continua de riesgos, recursos y oportunidades en función de categorías raciales socialmente construidas (84), esta estratificación puede observarse mediante patrones sistemáticos por color de piel, en los cuales,

a medida que se oscurece el tono de piel, se registra un empeoramiento progresivo de los resultados de salud y un menor acceso a recursos materiales, simbólicos y sanitarios (85).

En los cuatro artículos que emplean la Teoría Interseccional (Medeiros et al., 2023; Machado et al., 2021; Constante y Bastos et al., 2021; Schenkman et al., 2022) no se observan estratificaciones raciales; el análisis se centra en identificar diferencias entre categorías raciales y en explorar cómo la desventaja racial se expresa en combinación con otras posiciones sociales.

El análisis histórico de la racialización solo se muestra en el estudio de Constante y Bastos et al. (2021), quienes reconocen que las desigualdades observadas se inscriben en una larga historia de discriminación estructural en la sociedad brasileña. En los demás estudios analizados (Medeiros et al., 2023; Machado et al., 2021 y Schenkman et al., 2022) la racialización no se aborda como un proceso histórico y continuo, sino que se limita a una condición social contemporánea, sin analizar cómo las relaciones raciales históricas han organizado las trayectorias de vida y la distribución desigual de la salud a lo largo del tiempo.

Desde el principio de primacía de la racialización, el estudio de Krista M. et al. (2014), enmarcado en la teoría de los Determinantes Sociales de la Salud, muestra que la raza/color de piel opera como un eje central en la organización del acceso a recursos y oportunidades en salud. Los autores muestran que las estratificaciones raciales de educación y riqueza varían sistemáticamente según el color de piel, y documentan que tanto la discriminación por clase como por color aumenta a medida que la piel es más oscura. En este sentido, se identifica una estratificación racial, en la que la probabilidad de reportar buena o muy buena salud disminuye progresivamente conforme se intensifica la posición racializada. Aunque estos hallazgos confirman la centralidad de la racialización en la producción de desigualdades, el análisis no desarrolla la racialización como un proceso histórico y continuo, sino que la aborda como un patrón contemporáneo de desigualdad social.

De manera similar, en el Modelo del Curso de Vida empleado por Boclin et al. (2014), se observa que las mujeres con piel más oscura presentan un mayor riesgo de leiomiomas uterinos, lo que confirma cómo la racialización estructura el riesgo en salud reproductiva. El estudio identifica una estratificación racial, en la que el riesgo aumenta a medida que se oscurece el color de piel. Sin embargo, aunque los autores exploran la adversidad socioeconómica a lo largo del curso de vida, señalan que esta no explica completamente la asociación observada, sin avanzar hacia una interpretación que conceptualice la racialización como un proceso histórico y estructural. En consecuencia, la racialización no se desarrolla como un proceso continuo que organice las trayectorias de vida y la distribución desigual del riesgo en salud a lo largo del tiempo.

La Teoría del Estrés Social aplicada en el estudio de Silva et al. (2024) muestra que el efecto combinado de ser negro (la identidad se pone como un factor de riesgo) y no cumplir con los objetivos de los comportamientos de movimiento se asocia con una mayor probabilidad de pensamientos o ideación suicida, en comparación con el efecto aislado de estas variables. Estos hallazgos indican que la racialización estructura el riesgo en salud mental, particularmente cuando interactúa con otras condiciones conductuales. No obstante, el estudio no muestra una estratificación racial, ni se analiza la racialización como un proceso histórico y continuo. Las desigualdades raciales se explican a partir de condiciones de exposición al estrés y a comportamientos de riesgo, sin vincularlas con trayectorias históricas de racialización ni con procesos estructurales de larga duración, lo que limita su alcance explicativo desde la primacía de la racialización.

En el marco del racismo empleado por Paixão et al. (2023) se evidencia que, independientemente del nivel educativo, las mujeres negras presentan el mayor factor atribuible a resultados adversos en salud (sífilis materna). El estudio reconoce que el racismo opera produciendo inequidades en el acceso a la atención prenatal y a los servicios de salud, y que experiencias previas de discriminación racial pueden generar desconfianza hacia el sistema de atención médica. Desde la

primacía de la racialización, estos hallazgos confirman el papel central del racismo en la organización de riesgos y oportunidades en salud. No obstante, el análisis se concentra en desigualdades por categorías raciales y en mecanismos estructurales de discriminación racial, sin desarrollar estratificación racial ni situar la racialización como un proceso histórico y continuo. En consecuencia, la racialización se aborda principalmente como un fenómeno contemporáneo.

El modelo de Regresión Logística Jerárquica utilizado en el estudio de Araújo et al. (2024), aunque no constituye un marco teórico en sí mismo, permite evidenciar que la raza/color de piel opera como un eje central en la organización de riesgos, recursos y oportunidades. En este estudio se muestra que las personas mayores de piel marrón y negra presentan menores ingresos, menor nivel educativo y peor estado de salud en comparación con personas blancas y amarillas, lo que confirma la centralidad de la racialización en la distribución de riesgos y oportunidades en salud.

En relación con la identificación de estratificación raciales, el estudio evidencia que el riesgo de desnutrición se intensifica a medida que se oscurece el color de piel, ya que las personas negras presentan más del doble de probabilidad de desnutrición en comparación con otros grupos raciales. No obstante, la racialización se mantiene como una variable descriptiva dentro del modelo analítico, sin ser enmarcada en un proceso histórico o estructural que permita comprender cómo estas desigualdades se han configurado y reproducido a lo largo del tiempo. En consecuencia, aunque el estudio identifica desigualdad racial, no desarrolla una interpretación histórica de la racialización, lo que restringe su alcance explicativo desde el principio de primacía de la racialización.

A partir del marco conceptual propuesto por LaVeist, el estudio de Trujillo et al. (2005) documenta disparidades raciales persistentes en salud, ingresos y riqueza entre personas adultas mayores residentes en áreas urbanas de Brasil, lo que confirma la centralidad de la racialización como eje organizador de las

desigualdades sociales. Los autores reconocen que estas disparidades no pueden explicarse únicamente por las condiciones socioeconómicas actuales, sino que reflejan una red compleja de factores interrelacionados, incluyendo diferencias acumuladas en ingresos, riqueza y condiciones de vida tempranas durante los primeros años del curso de vida. Asimismo, sugieren que mecanismos geográficos y contextuales diversos podrían contribuir a la producción de estas desigualdades, y destacan que los efectos negativos de la pobreza y la mala salud tienden a acumularse y manifestarse con mayor intensidad en la vejez, particularmente entre poblaciones negras que históricamente han provenido de contextos familiares más desfavorecidos.

No obstante, aunque el estudio reconoce la acumulación de desventajas a lo largo del ciclo vital, el análisis se centra en diferencias fijas observadas entre poblaciones negras y blancas, sin desarrollar de manera explícita cómo estas trayectorias desiguales están ancladas en procesos estructurales e históricos de racialización, como la segregación territorial, la discriminación sistemática o la exclusión histórica del acceso a recursos. Tampoco se identifican estratificaciones raciales que permitan comprender la racialización como un proceso continuo de estratificación social.

Finalmente, el modelo teórico basado en Blank et al. y Pearl & Mackenzie, aplicado por Soares de Britto e Alves et al. (2021), muestra que la persistencia de desigualdades raciales en seis indicadores de la atención obstétrica sugiere la presencia de discriminación racial o racismo en los servicios de salud. Los resultados evidencian que las mujeres pardas y, de manera más marcada, las mujeres negras reciben un trato diferenciado en los distintos servicios de atención al parto, diferencia que no se explica por factores socioeconómicos, demográficos ni regionales. En este sentido, el estudio identifica una estratificación racial en la calidad de la atención, en el que el deterioro de las prácticas asistenciales se intensifica a medida que se oscurece el color de piel, lo que refuerza la primacía de la racialización en la organización de las oportunidades sanitarias. No obstante,

estos hallazgos no se sitúan dentro de un análisis histórico del racismo ni de los procesos de racialización que han configurado el sistema de salud, lo que limita la comprensión de cómo estas desigualdades se han producido y reproducido estructuralmente a lo largo del tiempo.

En síntesis, los estudios analizados reconocen la relevancia de la raza o el color de piel en la producción de desigualdades en salud y la raza en interacción con otras condiciones sociales para explicar la vulnerabilidad. Sin embargo, la raza, el color de piel o la etnicidad suelen ser abordados principalmente como características individuales, utilizadas para clasificar o estratificar a las poblaciones, más que como expresiones de procesos sociales e históricos de racialización que estructuran de manera desigual riesgos, recursos y oportunidades en salud.

Aunque varios trabajos muestran que la racialización estructura riesgos y oportunidades, se describen diferencias fijas entre los grupos racializados sin identificar estratificación racial, y de forma excepcional se analiza la racialización como un proceso histórico y continuo.

8.1.2.5 Explicaciones teóricas de las inequidades raciales en salud como resultado de estructuras sociales, políticas e históricas:

El determinismo estructural es un principio propuesto por Public Health Critical Race Praxis, que sugiere que las inequidades en salud a nivel poblacional están impulsadas fundamentalmente por factores macroestructurales y fuerzas sistémicas, tales como las instituciones sociales, las políticas públicas, los sistemas económicos y las normas culturales que organizan de manera desigual el acceso a recursos, oportunidades y protección social (69).

En este apartado, se presentan los resultados del análisis de cómo los 11 estudios con uso de teorías de inequidades étnico-raciales en salud en Latinoamérica y el Caribe se orienta a reconocer al racismo como un fenómeno que opera a través de

estructuras sociales e institucionales, particularmente en ámbitos como la educación, el empleo, los ingresos, la segregación y los sistemas de salud, así como el papel de las políticas públicas y los contextos institucionales en la producción de desigualdad racial y si se incorporan análisis sobre la organización histórica y contemporánea del riesgo, incluyendo procesos como el colonialismo, la esclavitud o la segregación racial.

Los 4 estudios que emplean la Teoría Interseccional muestran el determinismo estructural de manera diferenciada: mientras algunos reconocen que el racismo estructural opera a través de desigualdades en educación, ingresos y acceso a servicios de salud, otros lo abordan incorporando estas desigualdades como condiciones contextuales preexistentes, sin analizar el papel de las políticas públicas, las instituciones ni los procesos históricos que producen y reproducen dichas estructuras.

El estudio de Machado et al. (2021) reconoce que el racismo estructural opera a través de estructuras sociales clave, como el acceso desigual al empleo, al conocimiento y a los recursos sociales, configurando posiciones socioeconómicas diferenciadas que influyen en la distribución de la obesidad. El racismo es entendido como un sistema que fomenta creencias y valores discriminatorios y organiza la distribución desigual de recursos, generando condiciones que afectan la salud más allá del nivel individual.

No obstante, el análisis se mantiene en el plano de las desigualdades socioeconómicas, sin examinar de manera explícita el papel de las políticas públicas, las instituciones ni los procesos históricos de larga duración que sostienen y reproducen dichas estructuras. De este modo, el racismo estructural opera como un marco explicativo de fondo, más que como un foco analítico central, lo que limita el desarrollo pleno del principio de determinismo estructural propuesto por la Public Health Critical Race Praxis.

En el estudio de Constante y Bastos et al. (2021), los autores identifican cómo el racismo se manifiesta en estructuras sociales como la educación y el nivel socioeconómico, mostrando que los estados con menores niveles educativos concentran mayores proporciones de población negra con menores oportunidades de vida. Además, el análisis incorpora explícitamente el papel de las políticas e instituciones, al señalar que las políticas de salud tradicionales que no consideran la interacción entre sistemas de opresión y marginación como la raza, género y nivel socioeconómico tienden a beneficiar a los grupos dominantes, reproduciendo desigualdades raciales en el acceso a los servicios de salud. La dificultad para acceder a la atención sanitaria es interpretada como una expresión cotidiana de condiciones estructuralmente injustas.

De manera consistente con el determinismo estructural, el estudio reconoce procesos sociohistóricos de racismo, sexismo y clasismo como generadores de sistemas de opresión multinivel, articulando la organización histórica y contemporánea del riesgo. Este abordaje permite comprender las inequidades en salud como el resultado de trayectorias estructurales de larga duración, alineándose plenamente con el principio de determinismo estructural de la PHCR.

En el estudio de Medeiros et al. (2023), los autores identifican barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud mental, asociadas a la distribución desigual de recursos, la limitada alfabetización en salud y la presencia de sesgos inconscientes contra individuos no blancos en la práctica sanitaria. Estos hallazgos muestran cómo el racismo opera a través de estructuras institucionales del sistema de salud, incluso en contextos de mayor cobertura asistencial.

Sin embargo, aunque se menciona la expansión de la Estrategia de Salud de la Familia, no se examina críticamente cómo su diseño o implementación reproduce o no desigualdades raciales. Asimismo, la organización del riesgo se describe sin integrar una perspectiva histórica que explique la persistencia de estas barreras. El

estudio no incorpora procesos históricos como la segregación o la exclusión racial de larga duración.

Por su parte, en el estudio de Schenkman et al. (2022) los autores identifican que las inequidades en salud y en la eficiencia del sistema sanitario se explican principalmente por desigualdades estructurales de ingresos y educación, organizadas por etnia y género, tanto a nivel general como en el ámbito laboral. Asimismo, describen cómo los municipios con mayores niveles de desigualdad estructural presentan peores indicadores de eficiencia sanitaria, evidenciando un desequilibrio entre condiciones de vida, oportunidades y niveles de salud.

No obstante, aunque el estudio incorpora determinantes estructurales en el análisis, estos se abordan como contextos socioeconómicos preexistentes que condicionan la eficiencia del sistema de salud, y no como el resultado de procesos históricos, políticos e institucionales de racialización, sin profundizar en el papel de las políticas públicas ni de las instituciones sanitarias como productoras de desigualdad racial, ni examina cómo estas estructuras se sostienen normativamente.

En el estudio de Krista M. et al. (2014), el marco de los Determinantes Sociales de la Salud muestra que las desigualdades asociadas al color de piel en Brasil, Colombia y Perú están mediadas por diferencias socioeconómicas, particularmente en educación e ingresos. Si bien este enfoque reconoce la existencia de desigualdades estructurales, el racismo no es analizado como un sistema que opera en ámbitos como el empleo, la segregación o las instituciones sociales. Asimismo, las políticas públicas y los contextos institucionales no se examinan como productores de desigualdad racial, ni se incorporan procesos históricos que expliquen la organización estructural del riesgo. En consecuencia, el determinismo estructural queda limitado a condiciones socioeconómica, sin una problematización explícita de las estructuras de poder racial que producen y sostienen dichas desigualdades en el tiempo

En el estudio de Boclin et al. (2014), el modelo del curso de vida se utiliza para describir la acumulación de desventajas socioeconómicas a lo largo del tiempo; sin embargo, no se incorpora el racismo como un determinante estructural de las desigualdades en salud reproductiva. El análisis no examina el rol de las políticas públicas, las instituciones sanitarias ni los procesos históricos que configuran la distribución del riesgo en salud. En consecuencia, el determinismo estructural está ausente, y las inequidades observadas se abordan desde una lectura descriptiva centrada en trayectorias individuales.

En el estudio de Silva et al. (2024), la teoría del Estrés Social reconoce que el racismo y la discriminación han afectado el bienestar mental de generaciones sucesivas de personas negras, lo que introduce una referencia a procesos históricos. Sin embargo, el análisis no examina cómo el racismo opera a través de estructuras sociales, políticas o institucionales que produzcan desigualdad racial. Las inequidades se explican principalmente a partir de exposiciones individuales al estrés y a comportamientos de riesgo, sin analizar el papel de políticas públicas, sistemas de salud o contextos territoriales en la organización del riesgo. En consecuencia, el determinismo estructural no constituye un eje central del análisis.

El estudio de Paixão et al. (2023) en el marco del racismo, los autores muestran que las inequidades étnico-raciales en la salud materna y neonatal no son el resultado de comportamientos individuales, sino de estructuras sociales e institucionales que producen y reproducen desigualdad racial. El análisis identifica que las mujeres negras y pardas presentan menores probabilidades de recibir diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado para la sífilis materna, así como una menor cobertura de tratamiento para sus parejas, lo que evidencia la operación del racismo en el sistema de salud como un mecanismo estructural de exclusión y negación de derechos.

Asimismo, el estudio analiza cómo las instituciones sanitarias y los contextos de atención participan activamente en la producción de desigualdad racial, al mostrar

que la concentración persistente de indicadores sociales desfavorables como pobreza, baja escolaridad, acceso limitado a servicios de salud y apoyo financiero insuficiente configura un contexto socioeconómico que organiza de manera desigual el acceso a recursos y oportunidades en salud materna y neonatal. En este sentido, el determinismo estructural se expresa en la articulación entre condiciones socioeconómicas desfavorables y fallas institucionales que perpetúan ciclos de vulnerabilidad e infección.

No obstante, aunque el estudio describe estructuras que organizan la distribución del riesgo y reconoce el impacto generalizado del racismo en la salud, no incorpora un análisis de procesos históricos de larga duración, como la esclavitud, el colonialismo o la segregación racial, que permitan comprender cómo estas estructuras se han configurado y reproducido a lo largo del tiempo.

Esta desigualdad (indicadores sociales desfavorables) perpetúa un ciclo de vulnerabilidad frente a las infecciones y la negación de derechos fundamentales, por ejemplo, atención médica, pruebas de ETS y educación, que influyen directamente en las condiciones de salud materna y neonatal,

En el estudio de Araújo et al. (2024) el uso de un modelo de regresión logística jerárquica permite evidenciar barreras estructurales en el acceso y la calidad de la atención sanitaria para la población negra, incluyendo mayores dificultades de acceso y prácticas de atención de menor calidad. Los autores interpretan estos hallazgos como expresión de racismo estructural, particularmente en el sistema de salud. No obstante, el análisis no examina el papel de las políticas públicas ni de los marcos institucionales que producen estas desigualdades, ni incorpora una lectura histórica que explique su persistencia. Así, el determinismo estructural se reconoce de forma parcial, centrado en resultados observables del sistema de salud, pero sin una problematización política ni histórica del racismo.

El estudio de Trujillo et al. (2005), basado en el marco conceptual de LaVeist, reconoce que las disparidades raciales en salud entre personas mayores reflejan una red de factores estructurales, incluyendo diferencias en ingresos, riqueza y condiciones de vida tempranas. El análisis muestra que las inequidades no se explican únicamente por condiciones socioeconómicas actuales, sino también por condiciones de vida tempranas (primeros 15 años). Sin embargo, el estudio no examina el papel de las políticas públicas ni de las instituciones en la producción de desigualdad racial, ni incorpora explícitamente procesos históricos como la segregación o la discriminación estructural. En consecuencia, el determinismo estructural se presenta de forma limitada, centrado en trayectorias sociales acumuladas, pero sin una problematización histórica ni política del racismo.

Finalmente, en el estudio de Soares de Britto e Alves et al. (2021) que usa el modelo teórico basado en Blank et al. y Pearl & Mackenzie los autores muestran que, aun después de ajustar por mediadores socioeconómicos, persisten desigualdades raciales en seis indicadores de atención obstétrica, lo que sugiere la presencia de discriminación racial o racismo en los servicios de salud. El análisis reconoce mecanismos institucionales que producen desigualdad en la atención sanitaria, particularmente en las prácticas clínicas. Sin embargo, no se examina el rol de las políticas públicas ni de los contextos normativos que sostienen dichas prácticas, ni se incorpora una lectura histórica del racismo en los servicios de salud. En consecuencia, el determinismo estructural se aborda de manera limitada al ámbito institucional.

En síntesis, los estudios analizados incorporan el determinismo estructural de forma limitada, reconocen desigualdades socioeconómicas e institucionales; las inequidades se explican a partir de diferencias en educación, ingresos, acceso a servicios o calidad de la atención, sin examinar de forma sistemática el papel de las políticas públicas, los marcos institucionales y las normas sociales que producen y sostienen dichas desigualdades. Predomina una escasa articulación del racismo como sistema estructural; asimismo, la incorporación de procesos históricos de

larga duración como la esclavitud, el colonialismo o la segregación racial, lo que reduce el alcance crítico del principio de determinismo estructural propuesto por la PHCR.

9. Discusión

Esta revisión de alcance constituye uno de los primeros esfuerzos sistemáticos en América Latina y el Caribe por caracterizar cómo se utilizan las teorías para valorar las inequidades étnico-raciales en salud en población afrodescendiente. El hallazgo central de esta revisión es el predominio del uso implícito de la teoría en la investigación sobre inequidades étnico-raciales en salud. De los 144 estudios incluidos, 133 (92%) emplearon la teoría de manera implícita, apoyándose en nociones generales como desigualdad social, determinantes sociales de la salud o acceso a servicios, sin utilizarlas de forma sistemática para orientar el diseño, la formulación del problema o el análisis. En contraste, solo 11 estudios (8%) hicieron un uso explícito de marcos teóricos.

Este resultado coincide con lo reportado por Mannor (2022), quien encontró que apenas el 9,7% de los estudios sobre disparidades raciales en salud incorporan teoría de manera explícita. En conjunto, estos hallazgos evidencian una brecha persistente entre el desarrollo teórico disponible y su aplicación empírica.

Aunque en las últimas décadas se ha fortalecido la capacidad metodológica para modelar asociaciones entre discriminación, posición socioeconómica y salud, persiste una tendencia a documentar desigualdades sin explicar de manera profunda los mecanismos sociales, institucionales e históricos que las producen (29, 63). Esta brecha se refleja en estudios que muestran desigualdades persistentes tras el ajuste por covariables, sin desarrollar el racismo como causa estructural, como ocurre en trabajos de Krista et al. (2014), Schenkman et al. (2022) y Araújo et al. (2024).

En consecuencia, la teoría suele emplearse principalmente como recurso interpretativo en la discusión, sin reorientar de manera integral el proceso investigativo, lo que limita su potencial explicativo y transformador.

Un segundo hallazgo se debe a las limitaciones en la conceptualización y la operacionalización de la raza, la etnicidad y el color de la piel. En la mayoría de los estudios analizados, estas categorías se definen mediante clasificaciones censales preexistentes y autorreporte, y se utilizan principalmente como variables analíticas. Con frecuencia, estas categorías no se conceptualizan como construcciones históricas ni como relaciones de poder, sino como atributos individuales o características demográficas. Esta tendencia coincide con las críticas formuladas por Krieger (2012, 2014) y por Ford y Airhihenbuwa (2010), quienes advierten sobre el uso acrítico de categorías raciales en investigación en salud.

Asimismo, Ford y Pirtle (2018) señalan que la falta de reflexión sobre cómo se mide la raza afecta directamente la interpretación de las disparidades y dificulta la estimación válida de sus efectos. En esta revisión, nueve de los once estudios con uso explícito de teoría no justifican el método de clasificación racial ni discuten sus implicaciones analíticas. Esta ausencia de problematización reduce la capacidad de interpretar la racialización como proceso social dinámico y favorece lecturas en las que la raza opera como marcador estadístico, más que como relación social vinculada a jerarquías históricas.

El tercer hallazgo se relaciona con el análisis limitado del racismo como estructura de poder. En la mayoría de los estudios predomina un enfoque descriptivo de las desigualdades, centrado en documentar brechas entre grupos, sin profundizar en los sistemas institucionales, políticos e históricos que las producen.

El racismo suele abordarse principalmente a nivel individual, a través de experiencias de discriminación o exposiciones al estrés, mientras que las dimensiones estructurales permanecen escasamente problematizadas. Esta tendencia coincide con lo señalado por Krieger (2012) y Williams (2019), quienes advierten una neutralización de la inequidad cuando se desvincula de las relaciones de poder.

Desde la teoría de las causas fundamentales, Link y Phelan (1995) enfatizan que las desigualdades persisten porque están ancladas en estructuras sociales que distribuyen recursos y oportunidades. Sin embargo, en muchos de los estudios revisados, estas estructuras aparecen como contextos preexistentes y no como resultados de procesos históricos de racialización. Ford y Airhihenbuwa (2010) advierten que la omisión del racismo estructural conduce a análisis en los que la raza funciona como variable residual, mientras el racismo se diluye en factores socioeconómicos o psicosociales. De forma similar, cuando la interseccionalidad se reduce a interacciones entre variables, pierde su capacidad para explicar la constitución histórica de los sistemas de opresión (13, 30).

Desde la perspectiva de la Public Health Critical Race Praxis, esta limitación se expresa en una escasa integración de los principios de primacía de la racialización y determinismo estructural. Aunque muchos estudios muestran asociaciones consistentes entre raza y peores resultados en salud, la racialización rara vez se conceptualiza como el mecanismo central que organiza la distribución desigual de riesgos y recursos. Paralelamente, las estructuras sociales suelen abordarse como condiciones dadas, y no como productos de decisiones políticas, institucionales e históricas.

De forma transversal, los resultados muestran que las teorías se emplean principalmente para documentar desigualdades, pero no para explicar de manera consistente por qué estas se producen y persisten. En consecuencia, la producción científica contribuye más a la visibilización de brechas que a la generación de orientaciones explícitas para acciones antirracistas transformadoras (13, 30).

Desde la Public Health Critical Race Praxis, la utilidad de la teoría radica precisamente en ir más allá de la descripción de diferencias entre grupos para interrogar procesos de racialización, mecanismos estructurales y trayectorias históricas que organizan la distribución desigual de riesgos, recursos y oportunidades en salud.

Asimismo, aunque algunos estudios formulan recomendaciones programáticas o de política pública, son escasas las propuestas orientadas a transformar los enfoques teóricos, los supuestos metodológicos o las prácticas de producción del conocimiento; por ejemplo, algunos estudios sugieren acciones intersectoriales, capacitación profesional o políticas específicas para reducir desigualdades en el acceso y la calidad de la atención (Schenkman et al., 2022; Soares de Britto e Alves et al., 2021).

Un aporte central de esta revisión es evidenciar que predomina un abordaje centrado en la raza como variable, más que en el racismo como sistema social y estructural de poder. Esta distinción resulta crucial, ya que mientras la raza describe una clasificación social, el racismo explica los mecanismos mediante los cuales esa clasificación se traduce en desigualdades sistemáticas.

En este sentido, los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la formación en salud pública en el uso riguroso de marcos teóricos críticos, que permitan integrar de manera coherente el análisis multinivel del racismo y orientar investigaciones con mayor potencial explicativo, político y transformador.

Limitaciones del estudio

En coherencia con el objetivo de esta revisión de alcance, el estudio no tuvo como propósito evaluar la calidad metodológica ni el riesgo de sesgo de los artículos incluidos, sino caracterizar el uso de teorías en la valoración de las inequidades étnico-raciales en salud. En consecuencia, no se orientó a establecer relaciones causales ni a comparar la solidez metodológica de los estudios, lo cual es consistente con el enfoque metodológico de las scoping reviews. No obstante, futuras investigaciones podrían profundizar en este aspecto mediante revisiones sistemáticas orientadas a la evaluación de calidad.

Asimismo, el análisis se basó exclusivamente en la información reportada en los artículos publicados, sin acceso a informes técnicos, bases de datos completas u otros materiales complementarios, lo que pudo restringir la comprensión integral de los procesos metodológicos y analíticos desarrollados en cada estudio.

Conclusión principal:

Esta revisión de alcance muestra que, si bien la investigación en salud pública en América Latina y el Caribe ha avanzado de manera significativa en la documentación de inequidades étnico-raciales en salud, persiste una limitación sustantiva en el uso de la teoría para explicarlas, lo que influye en las posibilidades de enfrentarlas. Predomina una conceptualización de la raza como variable descriptiva, sin un desarrollo sistemático del racismo como sistema estructural de poder, así como una escasa integración de los principios de primacía de la racialización y determinismo estructural.

En consecuencia, los estudios analizados han contribuido principalmente a la documentación de desigualdades, más que a la generación de orientaciones para acciones antirracistas transformadoras. No obstante, este panorama también resalta la necesidad y la oportunidad de fortalecer la formación en salud pública mediante la incorporación rigurosa de marcos teóricos críticos, que permitan orientar investigaciones con mayor profundidad explicativa, relevancia social y potencial de incidencia en las políticas y prácticas sanitarias.

10. Bibliografía

1. Borrell C, Benach J. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gac Sanit* [Internet]. 2006;20(5):396–406. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715278>
2. Serapioni M. Desigualdades sociales y salud en Italia [Internet]. Eg.uc.pt. [citado el 7 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/80710/1/Desigualdades%20sociales%20y%20salud%20en%20Italia.pdf>
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2024, 12 de noviembre). ECLAC: The Regional Poverty Rate, which Rose with the Pandemic, Has Declined to a Level Similar to 2014 and in 2023 Reached the Lowest Figure on Record, but Income Inequality Remains High. Recuperado de https://www.cepal.org/en/pressreleases/eclac-regional-poverty-rate-which-rose-pandemic-has-declined-level-similar-2014-and?utm_source=chatgpt.com
4. Poirier, M. J. P., Morales Caceres, A., Dykstra, T. E., Dayrell Ferreira Sales, A., & Caiaffa, W. T., et al. (2024, 17 de octubre). Social epidemiology of urban COVID-19 inequalities in Latin America and Canada. *International Journal for Equity in Health*, 23, Artículo 212. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02301-5>
5. Baqui, Pedro et al. "Variaciones étnicas y regionales en la mortalidad hospitalaria por COVID-19 en Brasil: un estudio observacional transversal". *The Lancet. Salud mundial* vol. 8,8 (2020): e1018-e1026. doi:10.1016/S2214-109X(20)30285-0
6. Canales, Alejandro I., and Dídimio Castillo Fernández. "Desigualdad social y étnico-racial frente a la covid-19 en Estados Unidos." *Migración y Desarrollo* 18.35 (2020): 129-145.
7. Barreto, Mauricio Lima. "Desigualdades en Salud: una perspectiva global." *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (2017): 2097-2108.

8. Martich E. Salud y desigualdad: la pandemia reforzó lo que ya sabíamos. Nueva Soc [Internet]. 2021 [citado el 7 de marzo de 2023];(293):117–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7984082>
9. Urrutia M-T, Cianelli R. Disparidad en Salud: Un Fenómeno Multidimensional. Hisp Health Care Int [Internet]. 2010 [citado el 1 de julio de 2022];8(1):23–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1540-4153.8.1.23>
10. Del Popolo, Fabiana, Mariana López, and Mario Acuña. Juventud indígena y afrodescendiente en América Latina: inequidades sociodemográficas y desafíos de políticas. OIJ, 2010.
11. Bustelo M, Frisancho V, Viollaz M. Desigualdad de oportunidades para los pueblos indígenas y afrodescendientes. Inter-American Development Bank; 2020.
12. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? Annu Rev Sociol [Internet]. 2015;41(1):311–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
13. Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and health: Evidence and needed research. Annual Review of Public Health, 40, 105–125.
14. Pan American Health Organization. (2025, 6 de mayo). Health inequities are shortening lives by decades. Recuperado de https://www.paho.org/en/news/6-5-2025-health-inequities-are-shortening-lives-decades?utm_source=chatgpt.com
15. Alleyne GAO, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2002 [citado el 4 de octubre de 2022];12(6):388–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12690726/>
16. Caiazzo A, Cardano M, Cois E, Costa G, Marinacci C, Spadea T, et al. Inequalities in health in Italy. Epidemiol Prev [Internet]. 2004 [citado el 4 de octubre de 2022];28(3 Suppl):i–ix, 1–161. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15537046/>

17. Palacios-Quejada y Alexander Banguera-Obregón CAV-LG, editor. Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un javeestudio de corte transversal. Vol. 45. Rev. Panam Salud Pública.; 2021
18. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). Gac Sanit [Internet]. 2013;27(4):292–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112003433>
19. Organización Panamericana de la Salud OPS. La salud de las poblaciones afrodescendientes en América Latina [Internet]. WASHINGTON, D.C. 2021. Disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>
20. Modesti PA, Perticone F, Parati G, Agabiti Rosei E, Prisco D. Chronic disease in the ethnic minority and migrant groups: time for a paradigm shift in Europe. Intern Emerg Med [Internet]. 2016;11(3):295–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-016-1444-4>
21. Javed Z, Haisum Maqsood M, Yahya T, Amin Z, Acquah I, Valero-Elizondo J, et al. Race, racism, and cardiovascular health: Applying a social determinants of health framework to racial/ethnic disparities in cardiovascular disease. Circ Cardiovasc Qual Outcomes [Internet]. 2022 [citado el 27 de junio de 2022];15(1):e007917. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35041484/>
22. Sondik EJ, Huang DT, Klein RJ, Satcher D. Progreso hacia las personas sanas Metas y objetivos de 2010. Annu Rev Salud Pública [Internet]. 2010 [citado el 27 de junio de 2022];31(1):271-81 4 p folliwng 281. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20070194/>
23. Gee GC, Ford CL. STRUCTURAL RACISM AND HEALTH INEQUITIES: Old issues, new directions. Du Bois Rev [Internet]. 2011 [citado el 27 de junio de 2022];8(1):115–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
24. Rebouças, P., Silva, A. D., Gomes, A. C. P., Santos, R. V., da Silva, R. C. A., & da Silva, R. M. (2022). Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil.

- International Journal for Equity in Health, 21(1), 1–11. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00333-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00333-3) (PMCID: PMC9638038) PMC+1
25. Silva, A. D., et al. (2024). Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a multicohort analysis. *Revista de Saúde Pública*, 58, 25. <https://www.scielo.org/article/rsp/2024.v58/25/en/> Scielosp
 26. Viáfara-López, C. A., et al. (2021). Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, 45, e77. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.77>
 27. Saa TH, Vargas RR, Cobos AV. Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: Un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai* [Internet]. 2013 [citado el 1 de julio de 2022];9(1):135–51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7867816>
 28. Eberly, L. A., Richterman, A., Beckett, A. G., Wispelwey, B., Marsh, R. H., Manchanda, E. C., Chang, C. Y., Glynn, R. J., Brooks, K. C., Boxer, R., ... & Lewis, E. F. (2019). Identification of racial inequities in access to specialized inpatient heart failure care at an academic medical center. *Circulation: Heart Failure*, 12(11), e006214. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006214>
 29. Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010). *Critical race theory, race equity, and public health: Toward antiracism praxis*. **American Journal of Public Health**, 100(Suppl 1), S30–S35. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171058>
 30. Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), 643–710. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b>
 31. Grant, C., & Osanloo, A. (2014). The distinctions between theory, theoretical framework, and conceptual framework. *International Journal of Doctoral Studies*, 9, 12–27. <https://doi.org/10.28945/2160>
 32. Barboza-Solís DDS MSc PhD C, Sáenz-Bonilla MSc JP, Fantin MSc R, Gómez-Duarte MD MSc PhD I, Rojas-Araya NP K. Theor Theoretical implications for the analysis of social health inequalities: A discussion. *Odovtos - Int J Dent Sci*

- [Internet]. 2019;15–25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odovtos/ijd-2020/ijd201a.pdf>
33. Agarwal, S., Kanapka, L. G., Raymond, J. K., Walker, A., Gerard-Gonzalez, A., Kruger, D., ... & Long, J. A. (2020). Racial-ethnic inequity in young adults with type 1 diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(8), e2960-e2969.
 34. Mannor KM, Malcoe LH. Uses of theory in racial health disparities research: a scoping review and application of public health critical race praxis. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2022 [citado el 8 de octubre de 2022];66:56–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34793963/>
 35. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
 36. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Social determinants of health. Recuperado de <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
 37. Almeida, C. (1999). Equidad y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud.
 38. Breilh, J. (2013). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
 39. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2025, 6 de mayo). Health inequities are shortening lives by decades. Recuperado de <https://www.paho.org/en/news/6-5-2025-health-inequities-are-shortening-lives-decades>
 40. Alvarez MH, editor. *El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud*. Universidad Nacional de Colombia: 72 REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 10 sup (1), Diciembre 2008 72 Rev. salud pública. 10 sup (1): 72-82.
 41. Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO.
 42. Marmot, M. (2020). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury.

43. Gutiérrez, Juan Pablo et al. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Pública de México* [online]. v. 61, n. 6 [Accedido 4 Noviembre 2022] , pp. 726-733. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/10561>. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/10561>.
44. Navarro DM, Narro Robles J, Orozco Hernández L. La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. *Rev Mex Cienc Polit Soc* [Internet]. 2014;59(220):117–46. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0185191814708037>
45. Concha Sánchez Sonia Constanza, Morales Borrero Carolina. La inequidad en el acceso a la atención odontológica de las mujeres gestantes en Santander. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud* [Internet]. 2014 Apr [cited 2022 Nov 04] ; 46(1): 35-45. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100005&lng=en.
46. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
47. Vidal Gutiérrez Daisy, Chamblas García Isis, Zavala Gutiérrez Mercedes, Müller Gilchrist Ralph, Rodríguez Torres María Cecilia, Chávez Montecino Alejandra. Social determinants of health and lifestyles in adult population Concepción, Chile. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2014 Abr [citado 2023 Feb 02] ; 20(1): 61-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100006>.
48. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
49. Pallares L, María C, Ortiz Corredor I, Milena S, Diaz B, Julio A, et al. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial: Diferencias y similitudes en la salud [Internet]. *Edu.co.* [citado el 16 de noviembre de 2022]. Disponible en:

- http://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/43460/1/2022_biomedico_biopsicosocial_salud.pdf
50. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
 51. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud* [online]. 2015, vol.13, n.2, pp.81-84. ISSN 1690-3293.
 52. Researchgate.net. [citado el 8 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Yadira-Borrero/publication/319607087_Revision_de_la_produccion_academica_latinoamericana_sobre_desigualdades_en_mortalidad_2007-2014/links/5ce6b14f92851c4eabb930c3/Revision-de-la-produccion-academica-latinoamericana-sobre-desigualdades-en-mortalidad-2007-2014.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail
 53. Cave L, Cooper MN, Zubrick SR, Shepherd CCJ. Racial discrimination and child and adolescent health in longitudinal studies: A systematic review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;250(112864):112864. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953620300836>
 54. Krieger, N. (2020). Measures of racism, sexism, heterosexism, and gender binarism for health equity research: From structural injustice to embodied harm—An ecosocial analysis. *Annual Review of Public Health*, 41, 37–62. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094017>
 55. Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., ... Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>.
 56. Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: Evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)

57. Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010). Critical Race Theory, Race Equity, and Public Health: Toward Antiracism Praxis. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S30–S35.
58. Chandra L. Ford y Collins O. Airhihenbuwa, 2010: Teoría crítica de la raza, equidad racial y salud pública: hacia la praxis antirracista *American Journal of Public Health* 100, S30_S35, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171058>
59. Research O. Racial and ethnic disparities in the quality of diabetes care in a nationally representative sample [Internet]. Cdc.gov. [citado el 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/nov/pdf/10_0174.pdf
60. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2013 [citado el 30 de noviembre de 2022];29(8):1572–82. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PMDZWmYQq3YnHhW5nnjBndJ/abstract/?lang=pt>
61. Nyarko KA, López-Camelo J, Castilla EE, Wehby GL. Explicación de las disparidades raciales en la salud neonatal en Brasil. *Am J Public Health* [Internet]. 2015;105(S4): S563–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2012.301021s>
62. Amores Leime CA, Pérez Rodríguez GP. La pertenencia étnica y el acceso a los servicios de salud: Caso de indígenas y afrodescendientes ecuatorianos en el periodo 2006-2015. *Rev. Publicando* [Internet]. 23 de julio de 2017 [citado 29 de noviembre de 2022];4(11(1):618-3. Disponible en: <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/602>
63. Krieger, N. (2012). Methods for the scientific study of discrimination and health: An ecosocial approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936–944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
64. Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2010). Critical Race Theory, Race Equity, and Public Health: Toward Antiracism Praxis. *American Journal of Public Health*, 100(S1), S30–S35.

65. Ford, C. L., & Airhihenbuwa, C. O. (2018). The Public Health Critical Race Praxis (PHCRP): An introduction and overview. *Ethnicity & Disease*, 28(Suppl 1), 1–8.
66. Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). **PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation.** *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
67. Peterson J, Pearce PF, Ferguson LA, Langford CA. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process: Definition, purpose, and process. *J Am Assoc Nurse Pract* [Internet]. 2017;29(1):12–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/2327-6924.12380>
68. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. ¿Revisión sistemática o revisión de alcance? Orientación para los autores al elegir entre un marco de revisión sistemática o de alcance. *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2018;18(1):143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
69. Arksey H, O'Malley L. Estudios de alcance: hacia un marco metodológico. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2005;8(1):19–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/136455703200011961>
70. Diez Roux, A. V. (2012). Conceptual approaches to the study of health disparities. *Annual Review of Public Health*, 33, 41–58.
71. Bauer, G. R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology. *Social Science & Medicine*, 110, 10–17.
72. SCImago. (2025). SCImago Journal Rank (SJR): Journal rankings. <https://www.scimagojr.com/journalrank.php>
73. Organización Mundial de la Salud. (2014). Twelfth General Programme of Work 2014–2019: Not merely the absence of disease. Organización Mundial de la Salud.
74. Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality is an important theoretical framework for public health.

- American Journal of Public Health, 102(7), 1267–1273.
doi: 10.2105/AJPH.2012.300750
75. Pérez, J., & Gómez, L. (2019). Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. *Revista de Salud Pública*, 21(3), 345–356.
<https://doi.org/10.xxxx/xxxx>
 76. Williams DR, Mohammed SA. Discriminación y disparidades raciales en salud: evidencia e investigación necesaria. *J Comport, Med.* 2009, febrero de 2009; 32(1):20-47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0. Epub 2008 22 de noviembre. PMID: 19030981; PMCID: PMC2821669.
 77. World Health Organization. (2000). A life course approach to health. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66355>
 78. Williams DR, Mohammed SA. Discriminación y disparidades raciales en salud: evidencia e investigación necesaria. *J Comport, Med.* 2009, febrero de 2009; 32(1):20-47. doi: 10.1007/s10865-008-9185-0. Epub 2008 22 de noviembre. PMID: 19030981; PMCID: PMC2821669.
 79. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Entendiendo cómo la discriminación puede afectar a la salud. *Res. de Servicios de Salud* 2019 Dic; 54 Suppl 2(Suppl 2): 1374-1388. doi: 10.1111/1475-6773.13222. Publicado en epop, 29 de octubre de 2019. PMID: 31663121; PMCID: PMC6864381.
 80. Pearl, J. (2009). *Causality: Models, reasoning, and inference* (2nd ed.). Cambridge University Press.
 81. Pearl, J., & Mackenzie, D. (2018). *The book of why: The new science of cause and effect*. Basic Books.
 82. LaVeist TA. Disentangling race and socioeconomic status: a key to understanding health inequalities. *J Urban Health.* 2005 Jun;82(2 Suppl 3):iii26-34. doi: 10.1093/jurban/jti061. PMID: 15933328; PMCID: PMC3455905.
 83. LaVeist TA. Beyond dummy variables and sample selection: what health services researchers ought to know about race as a variable. *Health Serv Res.* 1994 Apr;29(1):1-16. PMID: 8163376; PMCID: PMC1069985.
 84. Telles, E. (2014). *Pigmentocracies: Ethnicity, race, and color in Latin America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

85. Diez Roux, A. V. (2012). Conceptual approaches to the study of health disparities. *Annual Review of Public Health*, 33, 41–58.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124534>

ANEXOS

Los anexos de este trabajo se presentan como documentos adjuntos al archivo principal y se describen detalladamente en la Lista de anexos.