

2015

La Paradoja Hispana Epidemiológica: Investigando las preconcepciones y generalizaciones

Maya H. Sandalow
Claremont McKenna College

Recommended Citation

Sandalow, Maya H., "La Paradoja Hispana Epidemiológica: Investigando las preconcepciones y generalizaciones" (2015). *CMC Senior Theses*. Paper 1191.
http://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/1191

This Open Access Senior Thesis is brought to you by Scholarship@Claremont. It has been accepted for inclusion in this collection by an authorized administrator. For more information, please contact scholarship@cuc.claremont.edu.

CLAREMONT MCKENNA COLLEGE

**LA PARADOJA HISPANA EPIDEMIOLÓGICA:
INVESTIGANDO LAS PRECONCEPCIONES Y GENERALIZACIONES**

SUBMITTED TO
PROFESSOR LEE SKINNER

BY
MAYA HAMMONDS SANDALOW

FOR
SENIOR THESIS

SPRING 2015
APRIL 25, 2015

Reconocimiento

Me gustaría agradecer a la Profesora Skinner por toda su ayuda y apoyo durante este proceso. Ella me ayudó formular mis argumentos complicados y era una presencia tan alentadora cuando me sentía abrumada.

También me gustaría agradecer al departamento de español por promover mi interés en el idioma, y por todas las interesantes clases.

Finalmente, me gustaría agradecer a mi familia y a mis amigos por siempre estar disponibles para discutir mis ideas.

Abstracto

En los Estados Unidos, los latinos suelen tener menos acceso a la educación, el trabajo, y el seguro médico en comparación con los blancos no-latinos, pero aun así el grupo parece superar ciertos obstáculos de la salud. Las estadísticas de la población latina muestran mayor longevidad y otras tasas favorables en comparación con los blancos no-latinos. Los expertos han titulado esta contradicción “La Paradoja Hispana Epidemiológica”.

Desafortunadamente, la investigación de la paradoja está llena de generalizaciones y presuposiciones erróneas sobre la población latina diversa. Esta tesis investiga los participantes que producen generalizaciones sobre la supuesta paradoja para mostrar que estas generalizaciones impiden un entendimiento claro. Antes de llegar a conclusiones e implicaciones, es necesario diseccionar la paradoja para poder entender esta diversidad y especificar los aspectos que realmente necesitan explicaciones. El análisis de la aparente paradoja tiene mucho que decirnos no sólo sobre la población latina, sino también sobre las maneras en que se estudia la salud y cómo se presenta información sobre la salud al público. Una examinación de las investigaciones de la paradoja puede dar luz a estos discursos generales.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: percepciones y representaciones	7
1.1 La generalización de los medios de comunicación.....	7
1.2 La formulación de la correlación entre la SES y la salud.....	9
1.3 La diversidad de la población latina.....	12
Capítulo 2: La expectativa de la vida	16
2.1 La creación de la paradoja	16
2.2 Las distinciones y metodología	17
Capítulo 3: La salud infantil.....	24
3.1 La creación de la paradoja	24
3.2 Las negaciones de la correlación.....	26
3.3 La variedad dentro de la población latina.....	28
Capítulo 4: La enfermedad cardiovascular	34
4.1 La creación de la paradoja	34
4.2 Las negaciones de la correlación.....	36
4.3 La variedad dentro de la población latina.....	39
Capítulo 5: El cáncer	42
5.1 La creación de la paradoja	42
5.2 La variedad dentro de la población latina.....	43
5.3 Los diferentes tipos del cáncer	45
Conclusión	48
Bibliografía.....	52
Lista de Figuras	57

Introducción

Las disparidades y la población latina

En 2010, la Oficina Federal de la Prevención de Enfermedades y la Promoción de la Salud publicó “Healthy People 2020”, un informe que detalla las maneras en que el gobierno planea promover la equidad de la salud en el país.¹ El informe es un reconocimiento institucional de la gran brecha de oportunidades en los Estados Unidos (EEUU), y sus repercusiones en la salud.

Los enfoques principales de Healthy People 2020 incluyen la eliminación de las disparidades de la salud que se correlacionan con desventajas sociales, económicas, y ambientales.² El Departamento de la Salud y los Servicios Humanos define una disparidad como una diversidad entre dos poblaciones, de tal manera que una población muestra resultados mejores que la otra.³ Muchas dimensiones de disparidades existen en el país, pero una categoría particularmente interesante se puede encontrar en la población latina.

Es importante analizar la población latina porque este grupo relativamente grande falta de acceso a la educación y el trabajo, pero muestra buenos indicadores de la salud, algo que no se esperaría dadas sus condiciones de vida en general. El análisis de la aparente paradoja tiene mucho que decirnos no sólo sobre la población latina, sino

¹ Office of Disease Prevention and Health Promotion

² *Disparities, Healthy People 2020.*

³ The Department of Health and Human Services

también sobre las maneras en que se estudia la salud y en que se presenta información sobre la salud al público. En otras palabras, el análisis de la Paradoja Hispana Epidemiológica nos ayuda a analizar los discursos de la salud más generales.

La introducción de la paradoja

Los latinos representan una porción enorme de la población estadounidense, y su representación está creciendo a un ritmo acelerado. Se estima que, en el año 2050, representarán cerca del 25 por ciento de la población entera.⁴ Los latinos constituyen la mayoría de los inmigrantes en el país, el 52.2 por ciento de la población entera que nació en el extranjero.⁵ Es claro que esta gran población tendrá un impacto en los años que vienen, entonces es muy valuable estudiar sus características.

Actualmente, los latinos suelen tener un nivel socioeconómico (SES) bajo. En 2011, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades publicó que los latinos y afroamericanos constituyeron mucho más del grupo socioeconómico bajo, en comparación con los blancos y asiáticos.⁶ Varios hechos contribuyen a este fenómeno. Los latinos encuentran obstáculos para acceder a la enseñanza superior y los trabajos lucrativos. En 2012, solamente el 70 por ciento de los trabajadores latinos se habían graduado de la escuela secundaria, en comparación con el 90 por ciento de los blancos, afroamericanos, y asiáticos. Entre estos cuatro grupos, los latinos tenían el porcentaje más bajo de trabajadores con títulos universitarios y trabajadores en ocupaciones

⁴ Martinez-Tyson et al., "Looking Under the Hispanic Umbrella."

⁵ Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman, "Low Birthweight among US Hispanic/Latino Subgroups."

⁶ Centers for Disease Control and Prevention

⁷ *Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health.*

lucrativos, así como el promedio más bajo de ingresos.⁸ En varios estados específicos, estas desventajas pueden ser mucho más grandes.⁹ Es claro que los latinos, de manera desproporcionada, carecen de acceso a la educación y el empleo adecuado.

La falta de la educación y el trabajo hace que sea mucho más difícil acceder a ciertos servicios sociales, incluso el seguro médico.¹⁰ Entre 2009 y 2010, había 15.8 millones de latinos sin seguro médico, el 32.4 por ciento de la gente sin seguro en el país entero.¹¹ Aún más, en comparación con las otras personas sin seguro, los latinos encuentran más obstáculos, según un estudio de la Universidad de Minnesota. El estudio examina el acceso a los servicios de la salud y encuentra que los latinos sin seguro médico reciben menos atención médica que otra gente sin seguro.¹² La falta de acceso de los latinos a muchos servicios sociales ha capturado la atención del gobierno en los años recientes, y Presidente Obama abordó esta falta hace cuatro años en la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA).

La PPACA se fundó en 2010 para aumentar el acceso al seguro médico en el país. El PPACA tiene muchos componentes para reducir las disparidades al acceso. Sección 1557 “prohíbe la discriminación basada en raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad en determinados programas y actividades de salud”.¹³ El PPACA también requiere la colección de datos sobre las disparidades de la salud y el desarrollo de la política de

⁸ *Ibid.*

⁹ Hayes-Bautista, *Illness and Wellness: The Latino Paradox*.

¹⁰ *Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health*.

¹¹ *Ibid.*; Kaplan and Inguanzo, “The Social Implications of Health Care Reform.”

¹² Kaplan and Inguanzo, “The Social Implications of Health Care Reform.”

¹³ “Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act.”

salud para eliminar las disparidades.¹⁴ La ley ya ha ayudado a muchos y tiene promesa, pero los latinos todavía carecen de acceso al seguro médico en comparación con mucha otra gente.

Aunque los latinos sufren de falta de acceso al seguro médico y la legislación gubernamental sigue tratando de mejorarlo, ellos ya parecen superar ciertos obstáculos de la salud. Los latinos viven por más tiempo y tienen mejores indicadores de salud que los afroamericanos no-latinos y blancos no-latinos, a pesar de que suelen tener características socioeconómicas similares a los afroamericanos no-latinos y peores que los blancos no-latinos. A primera vista, parece confuso que un grupo que desproporcionadamente falta acceso a recursos básicos demuestra mejores resultados que otros grupos que no los faltan. Los expertos han titulado esta contradicción “La Paradoja Hispana Epidemiológica”.

El término “paradoja” refiere a una idea que parece irracional o contradictoria porque se opone al sentido común y a la opinión general. Hay dos avenidas básicas en que se puede resolver una paradoja: encontrar las “excepciones a la regla” (o sea, las razones únicas de que estos resultados no siguen el sentido común) o encontrar los problemas generales con el sentido común.

En la Paradoja Hispana Epidemiológica, la mayoría de los estudios académicos escogen la primera avenida. Los expertos encuentran características supuestamente únicas en la población latina para explicar sus resultados buenos. Discuten hábitos beneficiosos de la población como explicaciones posibles, incluyendo las tasas bajas de

¹⁴ Kathleen Sebelius, *Report to Congress: Approaches for Identifying, Collecting, and Evaluating Data on Health Care Disparities in Medicaid and CHIP.; History of the Office of Minority Health.*

tabaquismo, el apoyo social en las familias, y la selectividad de ser inmigrante. Desafortunadamente, estos estudios crean una conglomeración de explicaciones diferentes y contribuyen a una divergencia, en vez de un acercamiento, a una solución cohesiva y final.

El proceso

Cuando empecé el proceso de escribir mi tesis, tenía el deseo ambicioso de poner fin a esta divergencia. Yo iba a analizar toda la literatura y llegar a mi propia opinión sobre las explicaciones reales para la paradoja. Después de poco tiempo, me di cuenta de la grandeza de la paradoja hispana y los estudios que la analizan. Descubrí que la paradoja no solamente se aplica a la expectativa de la vida, sino a muchos otros tipos de enfermedades. También descubrí la variedad grande dentro de la población latina, incluyendo los latinos de diferentes orígenes y con diferentes cantidades de estancia en el país. Me di cuenta de que una explicación real para la paradoja tendría que incluir esta variedad y las distinciones.

Decidí cambiar mi meta principal. En vez de crear mi propia explicación para los resultados de la paradoja, yo iba a diseccionar la paradoja en sus elementos específicos y reales, subdivido por las diferentes categorías de enfermedades y los diferentes subgrupos de los latinos, para que los estudios en el futuro puedan enfocarse en las paradojas más específicas. Después de poco más tiempo, me di cuenta de que tampoco esta meta fue posible. Cada subsección lleva sus propias distinciones y complejidades, y un esfuerzo de presentar los elementos distintos de la paradoja en solamente tres meses sería imposible.

Finalmente, me di cuenta de que quizás la explicación no se coloca en la avenida de “las excepciones a la regla”, sino en el análisis crítica de las opiniones generales que crean la paradoja, particularmente sobre la población latina y la asociación entre la SES y la salud. Con más investigación, encontré más generalizaciones y asunciones fallidas. Cada generalización añadió a la confusión y me encontré más desanimada. Me fijé que muchos estudios y la comunicación masiva, incluyendo programas y periódicos destinados a un público no-especialista, no representan adecuadamente las complejidades de la paradoja hispana.

En fin, decidí dedicar mi tesis al análisis crítico de la gran población latina y, al hacerlo, subrayar las maneras en que la paradoja promueve las generalizaciones. Aún frustrada, sigo con unas opiniones claras: la Paradoja Hispana Epidemiológica es fundamental analizar en el esfuerzo nacional para reducir las disparidades de la salud porque los latinos constituyen un porcentaje enorme de la población y los estudios académicos llevan a la luz muchas de nuestras asunciones y generalizaciones sobre la raza, la etnia, y las disparidades.

Esta tesis investiga los participantes que producen generalizaciones sobre la supuesta paradoja latina. Muestra que estas generalizaciones impiden un entendimiento claro de los factores que posiblemente generan la paradoja. A la vez, se presentan los resultados de estudios sobre la salud que no generalizan y que presentan modelos factibles para analizar la paradoja. Haremos esto con un enfoque en los varios subgrupos que componen la “población latina” y los factores de salud que diferentes investigadores han examinado.

Capítulo 1: percepciones y representaciones

1.1 La generalización de los medios de comunicación

Ahora, en sus intentos de solucionar la paradoja, los medios de comunicación y muchos estudios académicos contribuyen a la misma generalización que la crea. La Paradoja Hispana Epidemiológica se trata de una gama amplia de ventajas en varias áreas, incluyendo la expectativa de la vida, la salud infantil, las enfermedades cardiovasculares, y algunos de los cánceres. Los expertos han investigado la paradoja por décadas. Algunos tratan de explicar la paradoja en su totalidad y otros se enfocan en una área de la salud o una explicación posible. Sin embargo, todavía existen huecos y confusión, y muchos de estos expertos y los medios de comunicación masiva suelen perpetuar esta confusión.

La mayoría de los artículos en la prensa popular y las publicaciones gubernamentales destinadas a un público general siguen una estructura común. Declaran que los latinos son un grupo socioeconómicamente desfavorecido, muestran algunos resultados de salud favorables, y profesan que hay una paradoja en la población latina porque la salud traza el estatus socioeconómico. Después de esta introducción, dedican la mayoría de sus artículos a las explicaciones posibles para la “paradoja”. Por ejemplo, una publicación del Bureau Referencia de la Población brevemente establece la paradoja en cinco oraciones:¹⁵

¹⁵ Population Reference Bureau

Despite having lower income and education levels, U.S. Hispanics tend to outlive non-Hispanic whites by several years.

Demographers call this the "Hispanic Epidemiological Paradox." And for nearly three decades, they have puzzled over why Hispanics' socioeconomic disadvantages are not linked to shorter lives, as they are for other racial and ethnic groups.

"Infant and adult mortality rates are strongly associated with income and education levels," said Mark Hayward, a University of Texas, Austin, demographer. "People who have low incomes and lack high school degrees have very high mortality rates compared to people with high incomes and education."

While Hispanics' poverty and education levels are closer to those of U.S. blacks, their mortality rates are more similar to non-Hispanic whites. The question is: "How do U.S. Hispanics defy the odds?"¹⁶

Después de esta introducción breve, las cinco páginas que siguen detallan explicaciones posibles para la paradoja, sin cuestionar sus generalizaciones ni sus errores potenciales.¹⁷

Otro artículo del BBC Mundo divide el argumento de manera similar. Profesa la paradoja y discute explicaciones posibles sin discutir la diversidad de la población latina ni la manera en que se calculan las estadísticas.¹⁸ Esta estructura se repite en la mayoría de los artículos.

Quizás sea más divertido leer sobre los beneficios posibles de la vida cotidiana latina, pero es un error ignorar los detalles de la configuración de la paradoja. Antes de llegar a conclusiones e implicaciones, es necesario diseccionar la paradoja para poder definir los criterios que verdaderamente constituyen sus elementos claves. Es crucial notar, entre otras cosas, la formulación de las correlaciones entre la SES y la salud, las diferencias vastas en la población latina, y la metodología que se usa para crear los resultados de salud en los estudios en cada subsección de la paradoja.

¹⁶ Paola Scommegna, *Exploring the Paradox of U.S. Hispanics' Longer Life Expectancy*.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ "Más Evidencia de La 'Paradoja Hispana' En EE.UU.: Los Latinos Son Más Longevos."

Mucha más investigación es necesaria para poder definir estos criterios, pero el primer paso es el reconocimiento de esta necesidad. Una examinación de los detalles revela que las generalizaciones en los estudios y los medios de comunicación podrían producir asunciones fallidas. Es peligroso esconder las distinciones para tratar de llegar a explicaciones posibles de la paradoja porque promoverá confusión, desinformación, e ineficacia política.

1.2 La formulación de la correlación entre la SES y la salud

La representación de la correlación supuesta entre la SES y la salud es un ejemplo de la manera en que la prensa generaliza a base de algunos estudios. Es cierto que muchos estudios muestran que la gente con mejor nivel socioeconómico tiene mejor salud. En los Estados Unidos, la escuela primaria y secundaria suele enseñar y promover hábitos saludables, incluyendo la comida sana y la educación del sexo seguro. Aun más, tener diploma de escuela secundaria y/o universitaria hace que sea mucho más fácil encontrar empleo, y muchos trabajos facilitan el acceso al seguro médico. De hecho, los Estados Unidos se muestra una asociación muy fuerte entre la salud y el ingreso en comparación con otros países.¹⁹ Sin embargo, es peligroso generalizar esta correlación. Antes de diseccionar la paradoja es importante notar que la SES no siempre se correlaciona con la salud.

La literatura que se correlaciona la SES con la salud es contradictoria. Un meta-análisis de casi 100 artículos que examina la asociación entre desigualdad de ingreso y la salud encuentra una mezcla de estudios que apoyan la correlación, que la nieguen, y que

¹⁹ Lynch et al., “Is Income Inequality a Determinant of Population Health?”

tienen resultados mezclados. Las correlaciones más fuertes son para la mortalidad y el homicidio. El meta-análisis enfatiza que hay mucha variación en la correlación entre diferentes lugares, enfermedades, razas, y etnias.²⁰

El cáncer representa una enfermedad en que existe mucha variación, y no siempre se ve la correlación entre el estatus socioeconómico y las tasas de cáncer. Estudios confirman la correlación con los cánceres de la cabeza, el cuello, el útero, el cuello del útero, y la vejiga.²¹ Con estos cánceres, es común notar síntomas antes de que la enfermedad llegue a una etapa severa, entonces la gente con seguro médico puede recibir tratamiento cuando todavía hay mucha esperanza. Otros cánceres, como los cánceres del pulmón y pancreático no muestran la correlación. En estos tipos, es común notar síntomas cuando la enfermedad ya ha llegado a etapas severas, entonces tanto la gente con y la gente sin seguro médico muchas veces descubren la enfermedad cuando hay menos esperanza para el tratamiento.²² La variación entre los cánceres muestra que no se puede generalizar la correlación.

Otra generalización en la literatura es el uso de la población afroamericana para justificar la correlación. Por ejemplo, un estudio que analiza la salud infantil en la población latina hace referencia a los resultados de salud de los afroamericanos para argumentar que la SES traza la salud infantil. Implica que, porque afroamericanos son típicamente un grupo de nivel socioeconómico bajo, y porque ellos tienen peores resultados de la salud infantil que los blancos, los latinos también deben seguir esta pauta. Esta asunción ignora todos los otros factores que influyen la correlación. De hecho, los

²⁰ Lynch et al., “Is Income Inequality a Determinant of Population Health?”

²¹ Adler and Ostrove, “Socioeconomic Status and Health.”

²² Ibid.

estudios que ajustan por la proporción de afroamericanos encuentran menos correlación entre la SES y la salud.²³ Es claro que la correlación entre un subgrupo no es bastante para generalizarla a otros subgrupos.

La correlación también varía con la manera en que se miden los resultados de la salud. Se puede usar varios indicadores para medir el impacto de una enfermedad en un grupo, incluso las tasas de supervivencia, incidencia (el número de casos nuevos), o prevalencia (el número de casos totales).²⁴ Dependiendo del indicador que se escoge, la correlación entre la SES y la salud cambiaría. Por ejemplo, algunas enfermedades son difíciles de prevenir, pero, si los pacientes tienen acceso a una atención médica buena, el tratamiento es bastante eficaz. En estos tipos, el acceso al seguro médico no tendría un efecto en la incidencia ni la prevalencia, pero podría influir la supervivencia de la enfermedad.

Es claro que la correlación entre la SES y la salud es complicada. Es afectada por la enfermedad, el lugar, la raza, y la etnia. El hecho de que los latinos tienen mejores indicadores en ciertas áreas no necesariamente implica que estos resultados son paradójicos. Es necesario ver las enfermedades específicas y los indicadores antes de declarar una paradoja.

Cuando la prensa presenta las correlaciones entre la SES y la salud, llega a conclusiones sin fundación porque no se toma en cuenta toda la evidencia de manera cuidadosa. La declaración de esta correlación es solamente una manera en que la prensa

²³ Ibid.

²⁴ Lynch et al., “Is Income Inequality a Determinant of Population Health?”

generaliza áreas pertinentes a la paradoja hispana, y el resto de la tesis va a detallar varias otras generalizaciones fundamentales.

1.3 La diversidad de la población latina

La mayoría vasta de la literatura combina a todos los subgrupos latinos o, aun si trata de distinguirlos, lo hace en una manera confusa e incompleta. En realidad, los latinos son muy diversos, entonces es importante distinguir entre los muchos subgrupos que componen la población denominada “latina” de manera general.

El censo de los Estados Unidos define a la población latina como personas de orígenes cubanos, mexicanos, puertorriqueños, sudamericanos, centroamericanos, o cualquiera otra cultura/ origen latina, independientemente de la raza.²⁵²⁶ Los mexicanos representan una mayoría grande, el 66 por ciento de la población latina y el 8.9 por ciento de la población total. Los puertorriqueños representan el nueve por ciento de la población latina, los cubanos el cuatro por ciento, y los centroamericanos y sudamericanos el ocho por ciento.²⁷ Mientras que existen muchas diferencias entre los subgrupos, el número grande de mexicanos hace que tengan mucha influencia en las estadísticas generalizadas de la población latina.²⁸ Por eso, varias características muy presentes en la población

²⁵ Medina-Inojosa et al., “The Hispanic Paradox in Cardiovascular Disease and Total Mortality.”

²⁶ Por razones de claridad, por el resto de la tesis, voy a usar solamente el país de origen para referir a los latinos del cierto origen, a menos que específico algo diferente. Por ejemplo, referiré a los latinos con orígenes mexicanos como simplemente “mexicanos”.

²⁷ Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman, “Low Birthweight among US Hispanic/Latino Subgroups.”

²⁸ *Labor Force Characteristics by Race and Ethnicity, 2012.*

mexicana, como la falta de educación, aparecen mucho en las características de la población latina en general.²⁹

El término “Hispanic” fue creado por la Oficina de Gestión y Presupuesto en la década de los 70 y se usó en el censo de 1980 por primera vez.³⁰ Las razones por identificarse como “Hispanic” en los censos se varían. Por ejemplo, mientras que un latino puede identificarse como “Hispanic” porque nació en México y se mudó a los EEUU, otro latino de la tercera generación puede identificarse como “Hispanic” porque sus abuelos inmigraron de México y toda su familia es de origen mexicana. Por eso, una identificación como “Hispanic” o mexicano podría tener diversas implicaciones, las cuales no aparecen en los datos del censo.

Los latinos constituyen una mayoría de los inmigrantes en el país, pero la tendencia de ser inmigrante varía depende del grupo. Aunque el grupo más grande de inmigrantes en el país viene de México, este grupo de inmigrantes mexicanos representa la minoría de latinos del origen mexicano en el país. En 2013, el 65 por ciento de los latinos del origen mexicano nacieron en los Estados Unidos.³¹ En contraste, la mayoría de los latinos de origen puertorriqueño y cubano nacieron en su tierra natal.³² Es necesario notar esta distinción porque los inmigrantes latinos pueden tener características de la salud muy diferentes que los latinos con los mismos raíces que nacen en los Estados Unidos.

²⁹ Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman, “Low Birthweight among US Hispanic/Latino Subgroups.”

³⁰ Martinez-Tyson et al., “Looking Under the Hispanic Umbrella.”

³¹ Gonzalez-Barrera and Lopez, “A Demographic Portrait of Mexican-Origin Hispanics in the United States.”

³² *Labor Force Characteristics by Race and Ethnicity, 2012.*

Los subgrupos también se varían mucho con respecto a factores socioeconómicos. El 60 por ciento de los mexicanos en el país tienen empleo, en comparación con el 53 por ciento de los puertorriqueños, el 59 por ciento de los cubanos, y el 63 por ciento de los centro-sudamericanos.³³ Aunque todos los subgrupos tienen porcentajes bastante similares de empleo, los mexicanos constituyen la mayoría de los latinos en la fuerza laboral, a causa del número grande de mexicanos en el país. Los mexicanos representan el 62 por ciento de los latinos en la fuerza de trabajo (el grupo de gente que o tienen empleo o buscan empleo). Aunque los centro-sudamericanos solamente constituyen el 8 por ciento de la población latina, ellos representan el 20 por ciento de los latinos en la fuerza laboral.³⁴ También se varían los niveles de educación. Por ejemplo, los mexicanos muestran el logro educativo más bajo en comparación con los otros subgrupos de latinos.³⁵ La variedad del empleo y la educación es vital explorar para entender la variedad de la salud en la población latina.

La educación y el empleo puede facilitar el acceso al seguro médico, entonces también existe mucha variación entre los subgrupos en esta categoría. Por ejemplo, estudios muestran que los puertorriqueños y cubanos tienen más acceso al seguro médico en comparación con los mexicanos y centro-sudamericanos.³⁶ Es posible que los puertorriqueños tengan tasas altas de seguro médico porque todos son ciudadanos estadounidenses por nacimiento, entonces pueden recibir beneficios de Medicaid.³⁷ De hecho, un impedimento grande de acceso es no ser ciudadano. En 2000, un estudio

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Martinez-Tyson et al., "Looking Under the Hispanic Umbrella."

³⁶ Escarce and Kapur, "Access to and Quality of Health Care."

³⁷ *Labor Force Characteristics by Race and Ethnicity, 2012.*

publicó que entre el 68 y el 84 por ciento de los inmigrantes sin documentaciones en el sur de California carecieron del seguro médico.³⁸ Por razones relacionadas, estudios muestran que los latinos nacidos en sus países de origen tienen menos seguro médico que los latinos nacidos en los Estados Unidos.³⁹ Los subgrupos suelen usar diferentes formas de atención médica. Por ejemplo, la mayoría de los mexicanos utilizan clínicas de la comunidad, mientras que la mayoría de los puertorriqueños, cubanos, y sudamericanos utilizan una oficina médica de un doctor en particular.⁴⁰ La variedad en acceso y tipo de seguro médico entre los latinos contribuye a una diversidad de resultados de salud.

Por un lado, la desproporcionalidad de los mexicanos en la población “latina” puede llevar a los investigadores de la paradoja hispana a afirmaciones sobre la paradoja que se basan en la situación de los mexicanos pero que se aplican, sin razón, a los otros grupos latinos. Por otro lado, la presencia en la población latina de grupos como los puertorriqueños que disfrutaban del seguro médico, de grupos que se identifican como latinos de la tercera o cuarta generación y que pertenecen a un estrato socioeconómico privilegiado, etc., puede afectar los datos que luego se aplican a los otros miembros de la población latina. Tales factores complican nuestros esfuerzos de entender y definir los elementos claves de la paradoja hispana.

³⁸ Escarce and Kapur, “Access to and Quality of Health Care.”

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Gretchen Livingston, Susan Minushkin, and D’Vera Cohn, *Hispanics and Health Care in the United States: Access, Information and Knowledge*.

Capítulo 2: La expectativa de la vida

Debido a la complejidad de la paradoja, voy a dividirla en sus subsecciones relevantes. Primero voy a describir las estadísticas y los estudios que muestran una correlación entre la SES y ciertos factores individuales. Después, voy a dar algunos ejemplos de las complejidades de cada sección para mostrar el peligro de la generalización.

2.1 La creación de la paradoja

En los Estados Unidos, las estadísticas proclaman que los latinos viven por más tiempo que los blancos no-latinos y afroamericanos no-latinos. Los latinos tienen la segunda más alta expectativa de la vida, solamente atrás de los asiáticos. En 2010, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) publicaron “tablas de la vida” que demostraron las tasas de mortalidad bajas de los latinos en el país.⁴¹

Muchas investigaciones encuentran correlaciones entre el ingreso, la educación, el seguro médico y la expectativa de la vida. En 2011, los CDC encontraron que la educación se asocia con un aumento de la expectativa de la vida para los hombres y las mujeres. En 2006, los hombres con 25 años con un título universitario podían anticipar vivir por 9.3 años más que los hombres que no se habían graduado de una escuela secundaria. Además, la diferencia entre estos dos grupos creció entre 1996 y 2006.⁴² La

⁴¹ Centers for Disease Control and Prevention

⁴² *Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health.*

Administración de Seguridad Social también descubrió una relación entre el ingreso y la expectativa de la vida.⁴³⁴⁴ En su estudio, durante un período de treinta años, la expectativa de la vida de los hombres con 65 años que se jubilaron en la mitad superior de la distribución de ingreso aumentó mucho más que la expectativa de los hombres en la mitad inferior.⁴⁵ Finalmente, hay mucha evidencia que los adultos sin seguro médico tienen tasas más altas de mortalidad, en comparación con los adultos que tienen seguro médico.⁴⁶ Por ejemplo, los adultos sin seguro tienen una probabilidad más alta de morir en los hospitales en comparación con los adultos con seguro.⁴⁷ Según estas estadísticas, los factores socioeconómicos siguen la expectativa de la vida. Desde una vista amplia, la longevidad de los latinos parece presentar una paradoja. Sin embargo, una examinación de los detalles revela excepciones y errores potenciales.

2.2 Las distinciones y metodología

En 2005, el Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud publicó un estudio que analiza los detalles de los certificados de las muertes para distinguir entre los diversos subgrupos de latinos.⁴⁸ En los resultados, los mexicanos, cubanos, y centro-sudamericanos muestran una tasa notablemente más baja de mortalidad en comparación con los blancos no-latinos, pero los puertorriqueños muestran una tasa más alta de

⁴³ U. S. Social Security Administration, “Trends in Mortality Differentials and Life Expectancy for Male Social Security–Covered Workers, by Average Relative Earnings.”

⁴⁴ Social Security Administration

⁴⁵ U. S. Social Security Administration, “Trends in Mortality Differentials and Life Expectancy for Male Social Security–Covered Workers, by Average Relative Earnings.”

⁴⁶ Kaplan and Inguanzo, “The Social Implications of Health Care Reform.”

⁴⁷ Ibid.

⁴⁸ National Center for Health Statistics

mortalidad que los blancos no-latinos.⁴⁹ Cuando se dividen los latinos en grupos así, los puertorriqueños no parecen ser parte de la paradoja.

Este artículo revela una distinción importante, pero todavía es necesario notar sus huecos y errores potenciales. Por ejemplo, no revela si los latinos nacieron en los EEUU o un país diferente, solamente la manera en que se indica su “origen” en los certificados de la muerte. Por eso, el “origen” puede ser diferente según los criterios individuales de la persona llenando el certificado. Aún más, este estudio utiliza la herramienta más común para medir la expectativa de la vida en los Estados Unidos – el Certificado de Defunción Estándar – y este certificado tiene muchas limitaciones. Hay mucha posibilidad de la clasificación errónea de la raza, el origen, y la edad de la población latina en el Certificado de Defunción Estándar.⁵⁰ Para poder entender los errores posibles, es necesario entender el cálculo de las tasas de mortalidad en los Estados Unidos.

Es muy difícil diseccionar la expectativa de la vida para mostrar los diferentes subgrupos a causa de la manera en que se coleccionan las estadísticas. Para calcular la expectativa de la vida, es necesario tener las tasas de mortalidad y las estimaciones de la población en consideración. Las tasas de mortalidad usualmente se basan en los certificados de la muerte y las estimaciones de la población se basan en los censos. Estos dos sistemas coleccionan sus estadísticas en maneras diferentes, y ambos tienen errores potenciales para los resultados de la población latina.⁵¹

⁴⁹ Hsiang-Ching Kung et al., *Deaths: Final Data for 2005*.

⁵⁰ Arias, *United States Life Tables by Hispanic Origin*.

⁵¹ Ibid.

La población latina presenta complejidades únicas porque antes de 1989 no había ninguna opción por “origen latino” en el Certificado de Defunción Estándar de los Estados Unidos.⁵² No fue adoptado por todos los estados hasta 1997. Sin embargo, el Certificado de Defunción Estándar todavía no representó a la gente que se identificó con múltiples razas o etnias. En 2003, una revisión arregló este problema e hizo que fuera posible indicar más de una raza (véase Figura 1).⁵³ Debido a esta transición, es importante notar la fecha de cada estudio para entender la manera en que fue posible representar la población latina en el momento.

<p>52. DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? Check the box that best describes whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. Check the "No" box if decedent is not Spanish/Hispanic/Latino.</p> <p><input type="checkbox"/> No, not Spanish/Hispanic/Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, Cuban</p> <p><input type="checkbox"/> Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Specify) _____</p>	<p>53. DECEDENT'S RACE (Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be)</p> <p><input type="checkbox"/> White</p> <p><input type="checkbox"/> Black or African American</p> <p><input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native (Name of the enrolled or principal tribe) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asian Indian</p> <p><input type="checkbox"/> Chinese</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Japanese</p> <p><input type="checkbox"/> Korean</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> Other Asian (Specify) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Native Hawaiian</p> <p><input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoan</p> <p><input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (Specify) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other (Specify) _____</p>
---	--

Figura 1.

Ahora, el Certificado de Defunción Estándar representa la diversidad mucho mejor, pero todavía existe confusión en las estadísticas porque los directores de las funerarias indican las características del difunto, y se notan la raza y el origen latino en lugares separados.⁵⁴ El hecho de que las características del difunto son escritas por una profesional en vez de por el paciente mismo o su familia puede contribuir a la

⁵² US Standard Death Certificate

⁵³ Arias, *United States Life Tables by Hispanic Origin*.

⁵⁴ Ibid.

clasificación errónea porque los directores no saben tantos detalles del difunto y son más probables cometer un error. Además, aunque la pública apoya la distinción entre la raza y el origen latino, este método puede confundir el análisis de la paradoja por varias razones. Por ejemplo, es importante notar que los estudios que comparan los blancos con los afroamericanos naturalmente incluyen los latinos-blancos y los latinos-afroamericanos. No se puede escoger un estudio así y compararlo con los latinos porque no son grupos distintos. Es posible que esta metodología haya contribuido a la confusión de la paradoja.

A causa de la complejidad de los certificados de la muerte, muchos estudios sugieren un efecto grande de la clasificación errónea de la raza y el origen. Específicamente, hay evidencia del subregistro de las muertes de los latinos porque o no había ninguna opción para “Hispanic” en la clasificación o el director del funeral indicaba el origen en una manera fallada. Un estudio del CDC ofrece evidencia para el subregistro en una comparación entre los resultados de un censo de la población (en que los ciudadanos mismos indicaron la raza y el origen latino) con los resultados del Certificado de Defunción Estándar.⁵⁵ Según los CDC, la clasificación errónea de la raza y del origen latino puede explicar una subestimación neta del cinco por ciento de las muertes de los latinos, en comparación con una sobreestimación del uno por ciento de las muertes de los afroamericanos no-latinos y el 0.5 por ciento de las muertes de los blancos no-latinos.⁵⁶ El subregistro de las estadísticas de los latinos es una explicación posible para su carencia de ciertas enfermedades y su longevidad aparente.

⁵⁵ Hsiang-Ching Kung et al., *Deaths: Final Data for 2005*.

⁵⁶ Arias, *United States Life Tables by Hispanic Origin*.

Existen artículos que coleccionan sus estadísticas en una manera diferente para superar los límites de esta metodología. Un estudio de miembros de Kaiser Permanente en California trata de evitar los errores del Certificado de Defunción Estándar así como incorporar un análisis de las generaciones de latinas. El estudio utiliza los registros de Kaiser para acceder a información sobre los subgrupos latinos.⁵⁷ Aunque el estudio se limita a los latinos con seguro médico de una área específica en el país, es más válido que los estudios que utilizan el Certificado de Defunción Estándar por múltiples razones. El estudio evite los errores de la clasificación errónea de edad y de origen porque los pacientes mismos notan sus características, en vez de una profesional médica después de la muerte del paciente. La metodología también hace que sea posible recibir información detallada de cada paciente cuando visita al médico, incluyendo el país del origen y muchas características de la SES y la salud. El estudio analiza la mortalidad de todas las causas y la ajusta por la edad. Este método es una buena manera de aproximar la expectativa de la vida porque, si más gente de cierta edad muere, significa que los que no mueren viven por más tiempo. Un análisis del estudio revela distinciones muy notables entre los subgrupos con respecto a la paradoja de la expectativa de la vida.⁵⁸

Es útil explorar los diversos factores de riesgo para poder entender las contribuciones a la expectativa de la vida de los subgrupos latinos y, por lo tanto, cuáles tasas realmente parecen paradójicos. Hay mucha variación de factores de riesgo: los blancos no-latinos, latinos nacidos en los EEUU, y latinos nacidos en América Latina (México, El Caribe, y Centro/Sudamericana). Los latinos nacidos en los EEUU tienen la

⁵⁷ Iribarren et al., “Birthplace and Mortality among Insured Latinos.”

⁵⁸ Ibid.

mayor tasa de obesidad (el 15 por ciento), y los latinos nacidos en México los siguen con el 11 por ciento. Los latinos nacidos en los EEUU también fuman más que ningún otro grupo, y la prevalencia de fumar es similar entre los otros grupos. Todos los subgrupos latinos tienen tasas más altas de hiperglucemia asintomática que los blancos no-latinos, y los mexicanos tienen las tasas más altas de todos. Los blancos no-latinos y los mexicanos tienen la más hipertensión (39%).⁵⁹ Después de examinar estos factores de riesgo, es más fácil diseccionar los resultados.

En el estudio, los latinos de cualquier origen tienen menos mortalidad en comparación con los blancos no-latinos. Sin embargo, hay mucha variación entre los resultados de los subgrupos. Entre los latinos, los mexicanos tienen las tasas más altas de mortalidad de todas las causas, solamente un poco más baja que los blancos no-latinos. Los otros subgrupos latinos tienen tasas mucho más bajas.⁶⁰ Los investigadores del estudio encuentran una “paradoja” con los latinos nacidos en los EEUU, porque ellos muestran más factores de riesgo pero experimentan menos mortalidad. Los centro-sudamericanos y los latinos del Caribe también tienen tasas muy buenas, pero ellos muestran menos factores de riesgo; entonces los investigadores concluyen que sus resultados son menos paradójicos. Con respecto a los mexicanos, los investigadores no encuentran ninguna paradoja porque la diferencia entre las tasas de mortalidad de todas las causas entre los blancos no-latinos y los mexicanos es bastante pequeña, y también los mexicanos no tienen tantos factores de riesgo como los latinos nacidos en los EEUU.⁶¹

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

Los resultados de este estudio revelan la variedad grande en la población latina, y la necesidad de explorar esta variedad para realmente entender la paradoja.

Es imposible comparar el estudio del CDC con el estudio de Kaiser porque los dos utilizan metodologías muy diferentes, pero un análisis de los estudios destaca las contradicciones, los errores, y las distinciones en la literatura sobre la paradoja latina con respecto a la expectativa de la vida. Según el estudio del CDC, los puertorriqueños no tienen la longevidad paradójica que tienen los otros latinos en los Estados Unidos. Según el estudio de Kaiser, el único subgrupo que parece tener resultados paradójicos son los latinos nacidos en los Estados Unidos porque ellos tienen muchos factores de riesgo pero todavía tienen una expectativa de la vida más alta que los blancos no latinos. Es necesario investigar este tema mucho más antes de llegar a conclusiones, pero estos estudios muestran que el primer paso tiene que ser la clarificación de los elementos reales de la paradoja de la expectativa de la vida.

Capítulo 3: La salud infantil

3.1 La creación de la paradoja

Según las estadísticas, varios grupos de los latinos en los Estados Unidos tienen tasas más bajas o equivalentes de mortalidad infantil y otros problemas de la salud infantil que los blancos no-latinos.⁶² Por ejemplo, dos estudios gubernamentales encuentran tasas muy similares entre los latinos y los blancos no-latinos con respecto a la mortalidad infantil y el peso bajo al nacer. Ambos grupos tienen tasas mucho mejores que los afroamericanos no-latinos.⁶³

La educación y/o la pobreza se correlacionan con la mortalidad infantil, según cierta literatura. Una investigación de la Revista Americana de la Salud Pública usa la línea de pobreza federal para proclamar una correlación entre la mortalidad infantil y la pobreza.⁶⁴ La investigación concluye que las familias que no tienen la habilidad de acceder los recursos y servicios básicos tienen mayor probabilidad de experimentar la mortalidad de un infante.⁶⁵ El Centro Nacional para las Estadísticas de Salud publicó que las madres con más de 20 años que no se habían graduado de la escuela secundaria tienen

⁶² “Differences in Health Behaviors of Hispanic, White, and Black Childbearing Women Focus on the Hispanic Paradox.”; United States, *Evidence of Trends, Risk Factors, and Intervention Strategies*.

⁶³ United States, *Evidence of Trends, Risk Factors, and Intervention Strategies*.; Hayes-Bautista, *Illness and Wellness: The Latino Paradox*.

⁶⁴ American Journal of Public Health

⁶⁵ Hillemeier et al., “Relative or Absolute Standards for Child Poverty.”

una probabilidad 90 por ciento más grande de tener hijos que mueren en su primer año en comparación con las madres que se habían graduado de la universidad.⁶⁶

La falta de atención prenatal tiene una correlación con el parto prematuro, el peso bajo al nacer, y la mortalidad infantil. Entre 1995 y 2002, los infantes de las mujeres que no recibieron la atención prenatal tenían un riesgo cinco veces más alto de experimentar la mortalidad infantil que los infantes de las mujeres que sí la recibieron. En 2002, el 79.7 por ciento de las latinas recibieron atención prenatal en el primer trimestre en comparación con el 88.6 por ciento de las blancas no-latinas; el 5.5 por ciento de las latinas no recibieron ninguna atención o atención muy tardía en comparación con el 2.2 por ciento de las blancas no-latinas.⁶⁷ Sin embargo, las latinas en cada nivel de atención prenatal experimentaron menos mortalidad infantil que las blancas no-latinas y las afroamericanas no-latinas en los mismos niveles.⁶⁸ Este estudio muestra una correlación entre la atención prenatal y la mortalidad infantil, la relativa falta de atención prenatal en la población latina, y las tasas favorables de esta población a pesar de sus desventajas.

Las latinas también tienen otros factores de riesgo específicos a la salud infantil que suelen seguir la SES, como el embarazo adolescente y la falta de atención prenatal. Las adolescentes experimentan la mortalidad de un infante 1.6 veces más que las mujeres que tienen más de 20 años. Sin embargo, las latinas parecen superar estos factores. En los Estados Unidos, las latinas adolescentes se quedan embarazadas con dos veces más

⁶⁶ National Center for Health Statistics; Meara and National Bureau of Economic Research, *Why Is Health Related to Socioeconomic Status?*.

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Ibid.

frecuencia que las blancas adolescentes, pero las latinas adolescentes experimentan menos mortalidad infantil.⁶⁹

Según estas estadísticas, la SES, la falta de atención prenatal, y el embarazo adolescente tienen influencia en la salud infantil. Desde una vista amplia, las tasas favorables de salud infantil de los latinos parecen presentar una paradoja. Sin embargo, es necesario notar la literatura que niega la paradoja.

3.2 Las negaciones de la correlación

Varios estudios niegan el impacto de la SES y el seguro médico en la salud infantil, y sugieren otros factores más importantes. Por ejemplo, un meta-análisis indica que la atención prenatal no tiene mucho impacto en los resultados de salud infantil.⁷⁰ Cuando se controla por la salud de las madres antes del embarazo y el acceso al seguro médico en todos los estudios, no hay ninguna correlación entre la atención prenatal y la salud infantil. En contraste, cuando se controlan por ciertos hábitos de las madres, hay un gran impacto. El acto de fumar tiene el impacto más grande.⁷¹ Hay mucha literatura que muestra el impacto entre el tabaquismo y la nutrición. La literatura indica que las intervenciones más eficaces para prevenir el peso bajo al nacer son psicosociales (para prevenir el tabaco), nutricionales, y la atención médica general.⁷² En este caso, el hecho

⁶⁹ United States, *Evidence of Trends, Risk Factors, and Intervention Strategies*.

⁷⁰ Meara and National Bureau of Economic Research, *Why Is Health Related to Socioeconomic Status?*.

⁷¹ Ibid.

⁷² Alexander and Korenbrot, "The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight."

de que las madres latinas no fumen con la frecuencia de las madres no-latinas explica la aparente “paradoja” de la baja tasa de mortalidad infantil.

La literatura que discute la salud infantil de los latinos suele usar el caso de los afroamericanos para generalizar la correlación entre los problemas de nacimiento y el nivel socioeconómico. La única evidencia que muchos estudios usan es la diferencia en los resultados entre los blancos y los afroamericanos, y dicen que tendría sentido si los latinos se pusieran en paralelo con los afroamericanos porque ambos grupos tienen promedios socioeconómicos más bajos que los blancos en el país. Por ejemplo, un artículo de la Asociación Americana de la Salud Pública explica que, en los 90s, la mortalidad infantil se consideró un problema de las minorías.^{73 74} La única evidencia que cita para el impacto desproporcionado de la salud infantil en las minorías es una investigación en que las madres afroamericanas tienen una probabilidad 145 por ciento más alta que las madres blancas de experimentar la mortalidad infantil.⁷⁵ La correlación entre un grupo minoritario y la salud infantil no es suficiente para asumir que todas las minorías deben tener peor salud infantil.

El meta-estudio muestra que el apoyo de la correlación entre la SES y la salud infantil es mezclado. Aún más, una gran porción de la literatura basa su evidencia en la existencia de esta correlación en la población afroamericana. De hecho, existe evidencia más sólida sobre el efecto de ciertos hábitos maternos en la salud de sus infantes. Es muy importante estudiar esta correlación con más detalle antes de proclamar una paradoja

⁷³ American Public Health Society

⁷⁴ Hogue and Vasquez, “Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality.”

⁷⁵ Ibid.

basada en evidencia tenue, lo cual es exactamente lo que varias publicaciones, tanto científicas como populares, han hecho.

3.3 La variedad dentro de la población latina

La mayoría de los estudios que citan la supuesta paradoja admite que hay muchas variaciones entre las etnias específicas y dice que la correlación entre el nivel socioeconómico y los resultados del embarazo varía mucho con las generaciones, etnias y razas diferentes. Una examinación de los detalles revela mucha diversidad, y es imprescindible reconocer y entender esa diversidad para llegar a una mayor comprensión de las condiciones de salud de los latinos en general y de la salud infantil en particular.

Una distinción importante existe entre las generaciones de los latinos. La mayoría de las latinas nacidas en el extranjero tienen menos infantes de peso bajo al nacer en comparación con las latinas nacidas en los EEUU, pero la ventaja no existe para todos los subgrupos, según muchos estudios.⁷⁶ Este efecto de protección es más fuerte para las mujeres con niveles bajos de educación. Los inmigrantes mexicanos tienen resultados del parto muy saludables (peso alto al nacer), pero esta ventaja desaparece en la segunda generación.⁷⁷ Aún más, el mero hecho de estar en los EEUU por un par de años parece tener un efecto detrimento. En un estudio, las mexicanas que han estado en el país por solamente cinco años muestran una reducción en resultados de parto saludable en

⁷⁶ Acevedo-García, Soobader, and Berman, “Te Diferencial Efecto of Foreign-Born Status on Low Birth Weight by Race/Ethnicity and Education.”

⁷⁷ Horevitz and Organista, “The Mexican Health Paradox Expanding the Explanatory Power of the Acculturation Construct.”; Hogue and Vasquez, “Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality.”

comparación con inmigrantes más recientes.⁷⁸ La ventaja de nacer en su país maternal existe también en las sudamericanas con poca educación. En comparación, las inmigrantes de Puerto Rico y Cuba no tienen tasas mejores de infantes con peso bajo al nacer que las puertorriqueñas y cubanas nacidas en los EEUU.⁷⁹ Este estudio revela que también hay mucha diversidad dentro de cada subgrupo latino.

La literatura también muestra variación entre los latinos de orígenes diferentes. Un estudio del Bureau de la Salud Maternal e Infantil encontró que, entre 1995 y 2002, los cubanos mostraron reducciones de mortalidad infantil mucho más grandes que los otros subgrupos de latinos, blancos no-latinos, y afroamericanos no-latinos. Los cubanos también tenían menos mortalidad infantil en 2002 que cualquier otro grupo, salvo los chinos. En el estudio, los afroamericanos, amerindios/nativos de Alaska, y puertorriqueños tenían las tasas más altas de mortalidad infantil.⁸⁰ Este detalle presenta una distinción importante. Cuando vemos las tasas generales de mortalidad infantil latina, es posible deducir que los puertorriqueños tienen tasas bajas porque se quedan en el grupo “latino”. Sin embargo, este grupo realmente tiene algunas de las tasas peores de mortalidad infantil, y no debemos incluirlo en esta sub-paradoja. Es importante notar distinciones así para llegar a conclusiones útiles. Por ejemplo, cuando el estudio se enfoca en la población puertorriqueña, puede estudiar sus factores de riesgo particulares

⁷⁸ Horevitz and Organista, “The Mexican Health Paradox Expanding the Explanatory Power of the Acculturation Construct.”

⁷⁹ Acevedo-Garcia, Soobader, and Berkman, “Low Birthweight among US Hispanic/Latino Subgroups.”

⁸⁰ United States, *Evidence of Trends, Risk Factors, and Intervention Strategies*.

y descubrir que el nacimiento prematuro es la contribución primaria a sus tasas altas de mortalidad infantil. Una generalización de la población latina escondería resultados así.⁸¹

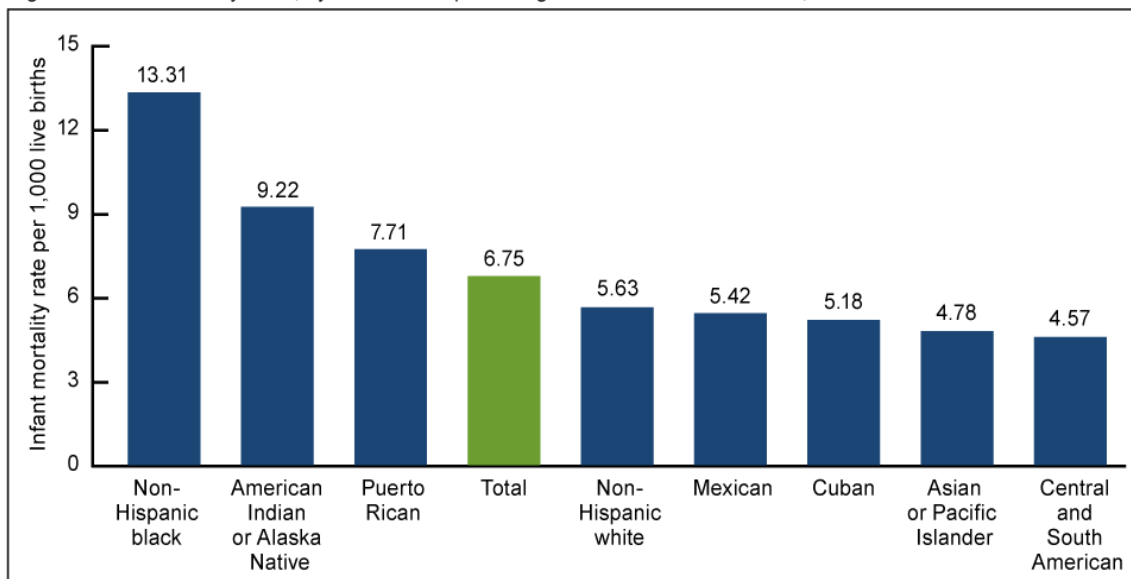
La desproporcionalidad de los mexicanos en la población latina también contribuye a la posibilidad de la generalización en este estudio. Por ejemplo, los mexicanos muestran una reducción en mortalidad infantil un poco más grande que los blancos no-latinos, entonces la reducción de mortalidad infantil latina es muy similar a la reducción de los blancos no-latinos, aunque los puertorriqueños y cubanos tienen resultados muy diferentes. La desproporcionalidad de la población mexicana puede llevar a los investigadores de la paradoja de salud infantil a afirmaciones sobre la paradoja que se basan en la situación de los mexicanos pero que se aplican, sin razón, a los otros grupos latinos.

Un estudio del Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud también revela variaciones entre los diferentes orígenes (véase Figura 2). Como el estudio anterior, los puertorriqueños tienen tasas más altas de mortalidad infantil que los otros subgrupos latinos mientras todos los otros subgrupos muestran tasas mejores que los blancos no-latinos.⁸²

⁸¹ Ibid.

⁸² MacDorman and National Center for Health Statistics (U.S.), *Understanding Racial and Ethnic Disparities in U.S. Infantmortality Rates*.

Figure 1. Infant mortality rates, by race and Hispanic origin of mother: United States, 2007



SOURCE: CDC/NCHS, linked birth/infant death data set, 2007.

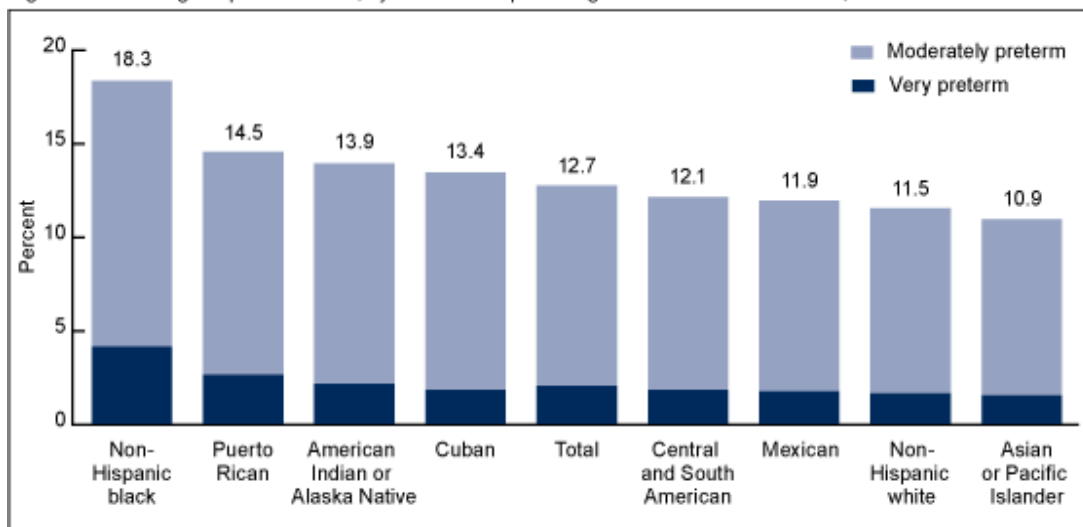
Figure 2.

Desafortunadamente, este estudio todavía generaliza a la población latina y contribuye a la confusión. La generalización es clara en Figura 3. El estudio usa el nacimiento prematuro como un factor de riesgo predominante para la mortalidad infantil y junta a los subgrupos para presentar la paradoja de que los latinos tienen más nacimiento prematuro pero menos mortalidad infantil. El artículo dice que el porcentaje de nacimientos prematuros de los mexicanos, centroamericanos, sudamericanos, cubanos, y puertorriqueños es entre 3 y 26 por ciento más alto que el de los blancos no-hispanos.⁸³ La diferencia entre el 3 por ciento y el 26 por ciento es grande, pero la combinación de estos números en una oración produce la conclusión general de que los latinos tienen más nacimiento prematuro que los blancos no-latinos. Por esto, la generalización de que los latinos tienen menos mortalidad infantil que los blancos no-latinos parece paradójica. Sin embargo, esta oración no especifica *cuáles* latinos muestran

⁸³ Ibid.

el 3 por ciento (los mexicanos) y cuáles el 26 por ciento (los puertorriqueños). Los resultados de la población mexicana presentan un ejemplo de cómo esta generalización puede ser engañosa.

Figure 2. Percentage of preterm births, by race and Hispanic origin of mother; United States, 2007



NOTE: Preterm is less than 37 weeks of gestation; very preterm is less than 32 weeks; and moderately preterm is 32–36 weeks.
SOURCE: CDC/NCHS, linked birth/infant death data set, 2007.

Figure 3.

Los mexicanos tienen tasas de nacimiento prematuro muy similares a los blancos no-latinos y tasas de mortalidad infantil solamente un poco más bajas que los blancos no-latinos. Los mexicanos no siguen la estructura común de la paradoja: más factores de riesgo y mejor salud infantil.⁸⁴ Un análisis de estos detalles revela que los resultados de los mexicanos no son muy paradójicos. Sin embargo, cuando el estudio se junta a los subgrupos, distorsiona esta distinción y, por consiguiente, las conclusiones reales. Un repaso breve por estos artículos podría promover las generalizaciones comunes, aunque estos estudios traten de evitar la generalización y analizar los detalles.

⁸⁴ Ibid.

Estos estudios revelan muchas distinciones importantes de notar. Por ejemplo, los estudios muestran un efecto beneficioso de nacer en el extranjero. Este efecto es particularmente fuerte entre las latinas con poca educación, pero no existe para las puertorriqueñas ni las cubanas. De hecho, la gran mayoría de los estudios muestran que los puertorriqueños tienen resultados mucho peores de la salud infantil en comparación con los otros latinos, especialmente con respecto a la mortalidad infantil. Un estudio revela que los cubanos tienen tasas más bajas de mortalidad infantil que todos los otros subgrupos, pero hasta ahora no existe suficiente evidencia para apoyar estos resultados. El efecto del subgrupo mexicano es muy aparente en estos estudios. El estudio que distingue entre los subgrupos y encuentra que los resultados mexicanos no son paradójicos es particularmente llamativo. Estos estudios demuestran que es esencial explorar la diversidad de la población latina para diseccionar la paradoja. Aún más, es necesario usar cuidado con el lenguaje en las conclusiones de los estudios para evitar la posibilidad de interpretaciones demasiadas generales.

Capítulo 4: La enfermedad cardiovascular

4.1 La creación de la paradoja

Otro factor que se considera al calcular la paradoja hispana es la enfermedad cardiovascular. La literatura proclama que los latinos tienen menos enfermedad cardiovascular o, si tienen la enfermedad, suelen vivir por más tiempo o sobrevivirla. Los latinos muestran tasas más bajas de enfermedad cardiovascular y enfermedad coronaria. En muchos estudios longitudinales, los latinos con enfermedades del corazón tienen una probabilidad 25 por ciento mayor de sobrevivir que los otros participantes.⁸⁵

Hay muchísimos estudios que muestran correlaciones entre la SES y las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, varios estudios proclaman que la SES es un predictor grande del desarrollo de la insuficiencia cardíaca.⁸⁶ En un estudio de la Universidad de California en Davis, el nivel socioeconómico bajo indica un riesgo 50 por ciento más alto de desarrollar la enfermedad cardiovascular.⁸⁷ Desafortunadamente, en los años recientes, el impacto negativo del nivel socioeconómico bajo ha durado, a pesar de un aumento en el acceso al seguro médico y adhesión a los protocolos.⁸⁸ La correlación es tan grande que varios médicos quieren que el nivel socioeconómico sea un factor de riesgo oficial para determinar los tratamientos para la prevención de

⁸⁵ Ruiz, Steffen, and Smith, "Hispanic Mortality Paradox."

⁸⁶ Hawkins et al., "Heart Failure and Socioeconomic Status."

⁸⁷ "Lower Socioeconomic Status Linked with Heart Disease despite Improvements in Other Risk Factors."

⁸⁸ Ibid.

enfermedades cardiovasculares. Un doctor específicamente sugirió que los médicos aumentaran la dosificación de los medicamentos para bajar el colesterol para pacientes del nivel socioeconómico bajo, un método usado con pacientes que tienen otros factores de riesgo establecidos.⁸⁹ La solicitud de este doctor muestra el sentido común de que hay una correlación muy fuerte entre la SES y la enfermedad cardiovascular.

En adición a la SES, hay otros factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares que son muy comunes en la población latina. Estos factores incluyen la obesidad, diabetes tipo 2 mellitus, dislipidemia con niveles altos de triglicéridos y bajos niveles de lipoproteína de alta densidad, y menos actividad física. La obesidad central es un riesgo grande para la enfermedad cardiovascular y un estudio en particular documenta su prevalencia en las latinas.⁹⁰ Estos factores de riesgo físicos también contribuyen mucho a la confusión.

Según estas estadísticas, la SES y ciertos factores de riesgo comunes en la población latina siguen la enfermedad cardiovascular.⁹¹ Desde una vista amplia, las tasas favorables de los latinos parecen presentar una paradoja. Sin embargo, la existencia de esta paradoja se basa en la selección intencional de los estudios que la apoyan y el descuido intencional de los estudios que la contradicen. Por lo tanto, es necesario corregir por este descuido.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Medina-Inojosa et al., “The Hispanic Paradox in Cardiovascular Disease and Total Mortality.”

⁹¹ Ruiz, Steffen, and Smith, “Hispanic Mortality Paradox,”.

4.2 Las negaciones de la correlación

Antes de discutir los resultados de los subgrupos específicos, es importante notar los errores posibles de la manera en que se calcula la mortalidad de causa cardiovascular en las estadísticas vitales. En adición a la falta de la categoría “Hispanic” en las clasificaciones federales antes de 1989, hay evidencia que la manera en que se escoge la causa de la muerte en el Certificado de Defunción Estándar pueden alterar los datos.

Para identificar la causa en los certificados de la muerte, se usa el Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones, y las Causas de la Muerte.⁹² En el caso de que una muerte no tiene causa identificada, existe una opción para “síntomas, signos y condiciones sin definiciones”.⁹³ Esta categoría puede influir las tasas de las enfermedades cardiovasculares porque cada muerte colocada en esta categoría vaga es una menos que está atribuida a una causa específica. Aún más, está implicada en la paradoja porque hay evidencia que las muertes de las minorías faltan una causa identificada en niveles desproporcionados, debido a un acceso disminuido al seguro médico. Por ejemplo, un estudio encuentra que los latinos en Nueva México tienen más muertes en esta categoría en comparación con los blancos no-latinos.⁹⁴ Si la falta de diagnósticos específicos en la población latina es la explicación para sus tasas bajas de enfermedades cardiovasculares, esta aparente paradoja no indica ninguna característica especial de la salud, sino un problema en la metodología.

⁹² the Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death

⁹³ Becker et al., “Symptoms, Signs, and Ill-Defined Conditions.”

⁹⁴ Ibid.

Otra influencia posible de la metodología es la incapacidad de notar más que una causa principal para cada difunto en los certificados de las muertes. El Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones, y las Causas de la Muerte tiene un esquema de clasificación para determinar cuáles enfermedades tienen precedencia. Esta clasificación puede influir la comparación entre las razas y etnias por varias razones. Por ejemplo, la prevalencia de la diabetes en la población latina puede esconder la prevalencia de la enfermedad cardiovascular porque el manual pone la diabetes como una causa que tiene prioridad sobre varias enfermedades cardiovasculares. La diabetes puede ser una causa de enfermedad cardiovascular, entonces es común que las personas que tengan diabetes también tengan enfermedad cardiovascular. Sin embargo, alguien que se muere a causa de la diabetes y la enfermedad coronaria solamente aparecería en las estadísticas de la diabetes.⁹⁵ La diabetes es dos veces más común en la población mexicana en comparación con la población blanca no-latina; entonces el impacto de esta enfermedad en las estadísticas de la población latina es grande.⁹⁶ Es decir, la prevalencia de la diabetes en las tasas de mortalidad esconde la presencia de enfermedad cardiovascular y da la impresión de que no sufren de la enfermedad cardiovascular. Este esquema de clasificación es otra manera en que las tasas favorables de los latinos se pueden atribuir a la metodología.

Varios estudios contienen evidencia de la influencia de esta metodología. Por ejemplo, La Escuela de la Salud Pública en la Universidad de Tejas encuentra muchos

⁹⁵ *Part 2c: Vital Statistics ICD-10 ACME Decision Tables for Classifying Underlying Causes of Death.*

⁹⁶ Mitchell et al., “Risk Factors for Cardiovascular Mortality in Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. San Antonio Heart Study.”

errores en la metodología de distintos estudios que aciertan tasas muy bajas de enfermedad coronaria en la población mexicana.⁹⁷ Los investigadores en la Universidad de Tejas crean un método calculado para corregir por los errores de clasificación, incluyendo la obtención de pruebas médicas y autopsias de los pacientes, y el análisis de expertos para confirmar las causas de la muerte. El estudio encuentra que los mexicanos americanos mueren más de enfermedad coronaria que los blancos no-latinos, y esta diferencia es especialmente fuerte para las mujeres.⁹⁸ Otros estudios analizan los informes de muchos hospitales y encuentran más hospitalización por infarto de miocardio y más fatalidad atribuida a los infartos miocárdios en la población mexicana en comparación con la población blanca no-latina.^{99 100} Es importante observar que estos estudios o verifican los certificados de las muertes o utilizan diferentes métodos de coleccionar sus estadísticas, y todos últimamente niegan la paradoja.

Una comparación entre estos estudios y otros que no verifican los certificados de la muerte revela resultados muy diferentes. Por ejemplo, dos estudios que utilizan el Índice Nacional para la Muerte (que se basa en el Certificado de Defunción Estándar) encuentran que los latinos tienen menos enfermedad cardiovascular en comparación con los blancos no-latinos.¹⁰¹ Esta comparación ilumina la posibilidad de que la metodología

⁹⁷ Goff et al., "Acute Myocardial Infarction and Coronary Heart Disease Mortality among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Texas, 1980 through 1989."

⁹⁸ Pandey et al., "Community-Wide Coronary Heart Disease Mortality in Mexican Americans Equals or Exceeds That in Non-Hispanic Whites."

⁹⁹ Goff et al., "Greater Incidence of Hospitalized Myocardial Infarction among Mexican Americans than Non-Hispanic Whites. The Corpus Christi Heart Project, 1988-1992."

¹⁰⁰ Goff et al., "Greater Case-Fatality after Myocardial Infarction among Mexican Americans and Women than among Non-Hispanic Whites and Men. The Corpus Christi Heart Project."

¹⁰¹ Sorlie et al., "Mortality by Hispanic Status in the United States."

es la razón principal para la aparente paradoja. Por lo menos, muestra que es necesario validar las clasificaciones de las muertes antes de llegar a conclusiones.

4.2 La variedad dentro de la población latina

Hay mucha variación entre las generaciones, etnias y razas diferentes con respecto a la enfermedad cardiovascular. Varios estudios se concentran en los factores de riesgo de diferentes subgrupos y otros se concentran en los resultados de los subgrupos.

Un estudio del Instituto Nacional de la Salud analiza la variedad de factores de riesgo entre latinas de orígenes diferentes que viven en Nueva Jersey. Este estudio no contiene los mismos errores que los estudios que utilizan las estadísticas vitales porque la data viene de un estudio longitudinal que sigue más de 3,000 mujeres y crea sus propias estadísticas. Este estudio es único porque compara a las mujeres latinas con diferentes países de origen, pero que viven en la misma locación en los Estados Unidos.¹⁰² Las puertorriqueñas tienen más factores de riesgo que las centroamericanas, las sudamericanas, las cubanas, las mujeres de la Republica Dominicana, y las blancas no-latinas. Incluso dentro de la misma comunidad, los latinos que vienen de distintos países muestran mucha variación con respecto a los indicadores salud.

Otro estudio longitudinal examina los factores de riesgo para los latinos de diferentes subgrupos y con diferentes tiempos de estancia en cuatro ciudades. En todas las ciudades, los latinos nacidos en los Estados Unidos tienen más factores de riesgo que los latinos nacidos en el extranjero y los puertorriqueños tienen más que todos los latinos.

¹⁰² Derby et al., “Cardiovascular Risk Factor Variation within a Hispanic Cohort.”

Aún más, el tiempo extendido en los EEUU y la SES bajo tienen una asociación con más factores de riesgo.¹⁰³

El estudio de Kaiser mencionado anteriormente revela una diversidad de resultados de la enfermedad cardiovascular en la población latina, dividida por país de origen.¹⁰⁴ Todos los subgrupos latinos muestran tasas mejores que los blancos no-latinos con referencia a la mortalidad circulatoria, pero hay mucha variación entre los resultados de los subgrupos. Entre los latinos, los mexicanos tienen las tasas más altas de mortalidad circulatoria, solamente un poco menos que los blancos no-latinos. Los investigadores no encuentran ninguna paradoja en la población mexicana porque la diferencia entre las tasas de mortalidad de los blancos no-latinos y los mexicanos es bastante pequeña y los mexicanos no tienen suficientes factores de riesgo para generar confusión con respecto a sus resultados.¹⁰⁵ Otra vez, el estudio solamente encuentra una paradoja para los latinos nacidos en los EEUU porque ellos muestran más factores de riesgo, pero experimentan menos mortalidad circulatoria.

Estos tres estudios muestran mucha diversidad de la población latina con respecto a la enfermedad cardiovascular. La diversidad incluye las tasas favorables de los latinos nacidos en el extranjero y la cantidad grande de factores de riesgo en la población puertorriqueña. Aún más, varios estudios niegan la paradoja en la población mexicana y solamente apoyan su existencia en los latinos nacidos en los EEUU. Otra vez, es claro

¹⁰³ Daviglius ML et al., "Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Cardiovascular Diseases among Hispanic/Latino Individuals of Diverse Backgrounds in the United States."

¹⁰⁴ Iribarren et al., "Birthplace and Mortality among Insured Latinos."

¹⁰⁵ Ibid.

que el estudio de la variedad de la población latina y los errores posibles de la metodología produce descubrimientos vitales para el entendimiento de la paradoja entera.

Capítulo 5: El cáncer

5.1 La creación de la paradoja

El cáncer es la última categoría ampliamente citada en la paradoja, aunque también hay unos estudios que discuten la salud mental. Aunque el cáncer es la segunda causa principal de la mortalidad de los latinos en el país, varios estudios encuentran que ellos tienen menos incidencia y mortalidad de cáncer.¹⁰⁶ Los latinos suelen tener tumores grandes o el cáncer metastásico cuando se diagnostican, pero aun así sobreviven más que los blancos no-latinos.¹⁰⁷

La SES baja tiene una correlación con menos exámenes y pruebas para el cáncer; por eso, muchas veces la gente pobre recibe los diagnósticos del cáncer en etapas avanzadas. La gente de nivel socioeconómico bajo y las minorías tienen una probabilidad más alta de recibir atención médica en hospitales de volumen bajo que no se especializan en el cáncer y no cuidan a muchos pacientes con el cáncer. Aún más, es más probable que miembros de minorías raciales y/o étnicas vivan en lugares cerca de carcinógenos, como fundiciones, fábricas de productos químicos, y las minas de carbón.¹⁰⁸

Según estas estadísticas, la SES baja y ser miembro de una minoría se correlacionan con menos acceso a las detecciones del cáncer y más exposición a los

¹⁰⁶ Martínez-Tyson et al., “Looking Under the Hispanic Umbrella.”; Huerta, “Cancer Statistics for Hispanics, 2003.”; Gillette, “Hispanic Paradox Evident in New Thyroid Cancer Study.”

¹⁰⁷ Martínez-Tyson et al., “Looking Under the Hispanic Umbrella.”

¹⁰⁸ *Cancer Facts and Figures for Hispanics/Latinos, 2012-2014.*

carcinógenos. Desde una vista amplia, las tasas favorables del cáncer de los latinos parecen presentar una paradoja. Sin embargo, hay mucha variación entre los diferentes subgrupos de latinos así como los diferentes tipos de cáncer.

5.2 La variedad dentro de la población latina

Las tasas de cáncer son muy diferentes entre los diferentes subgrupos de latinos en el país. Por ejemplo, un estudio de la mortalidad de cáncer en Florida entre 1990 y 2000 encontró que los cubanos tenían las tasas de mortalidad más altas (muy similares a las tasas de los blancos no-latinos) y los mexicanos las tasas de mortalidad más bajas de todos los cánceres (véase Figura 4). Aunque la mortalidad de cáncer para todos los latinos era 285 cada 100,000, cuando se especifican los subgrupos era 180 para los mexicanos, 262 para los puertorriqueños, y 328 para los cubanos.¹⁰⁹ Cuando se ven las estadísticas así, es claro que un promedio no revela la variación grande en la población.

¹⁰⁹ Martínez-Tyson et al., “Looking Under the Hispanic Umbrella.”

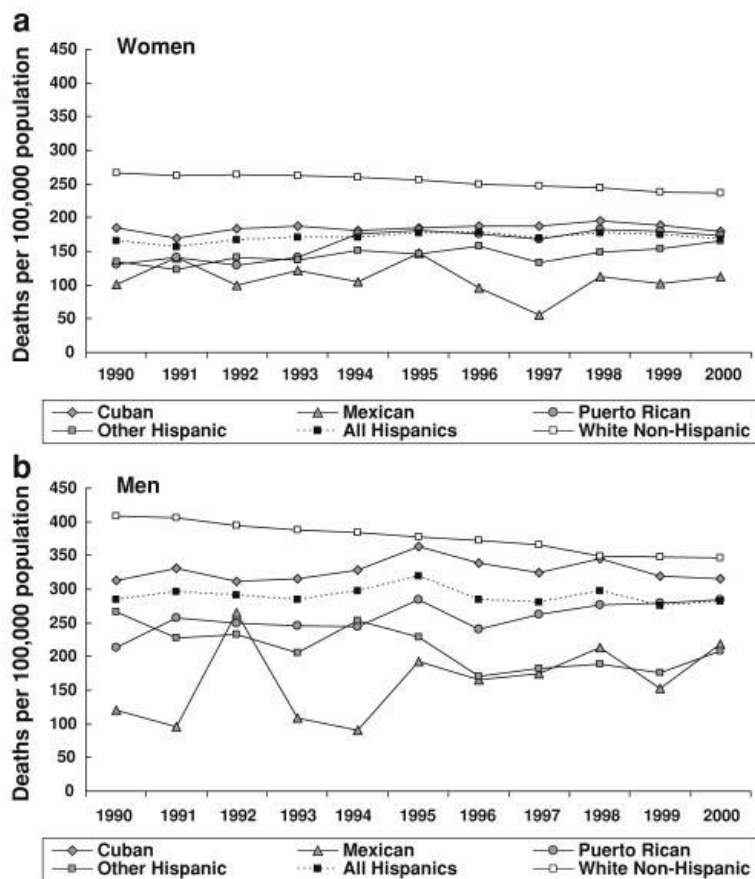


Figura 4.

El mismo estudio mostró una variación grande con respecto a la edad y el cáncer. Muchos más mexicanos murieron antes de la edad de 55 en comparación con los blancos no-latinos, puertorriqueños, y cubanos. En el estudio, la edad media de morir era 72 para las blancas no-latinas y 60 para las mexicanas.¹¹⁰ Sin embargo, este estudio utiliza data de las estadísticas vitales nacionales; entonces es necesario notar la posibilidad de la clasificación errónea de las edades.

Los factores de riesgo, incidencia, y mortalidad también varían según la duración del estado en los Estados Unidos. Por ejemplo, hay evidencia que la aculturación tiene

¹¹⁰ Ibid.

una correlación con tasas más altas de cáncer. Un estudio encuentra que las tasas de mortalidad de cáncer son el 22 por ciento más alto para los latinos nacidos en los Estados Unidos en comparación con los latinos nacidos en el extranjero.¹¹¹ Otro estudio encuentra que el riesgo de tener cáncer de la mama es más alto en las latinas nacidas en los EEUU, en comparación con las latinas nacidas en el extranjero (el patrón existe en todos los subgrupos salvo los puertorriqueños y cubanos).¹¹²

Estos estudios revelan mucha variedad entre los subgrupos, pero descuidan enfatizar una distinción muy importante: los diferentes tipos de cáncer.

5.3 Los diferentes tipos del cáncer

El cáncer es un término que describe muchas enfermedades muy distintas, entonces es necesario clarificar los tipos que deben ser incluidos en la creación de la paradoja. Cuando pensamos en el cáncer como sola una categoría, los latinos tienen resultados más favorables que los blancos no-latinos. Sin embargo, esta ventaja no se mantiene por todos los tipos del cáncer. Los latinos muestran menos incidencia y mortalidad de los cánceres más comunes, incluyendo cáncer de mama, próstata, pulmón y bronquios, y colon y recto. Al otro lado, muestran más incidencia y mortalidad de los cánceres que se relacionan con la exposición a agentes infecciosos, incluyendo cáncer de estómago, hígado, cuello uterino, y vesícula biliar. De hecho, los latinos tienen las tasas más altas de cáncer de vesícula biliar en los EEUU. El cáncer es una categoría muy

¹¹¹ *Cancer Facts and Figures for Hispanics/Latinos, 2012-2014.*

¹¹² Haile et al., “A Review of Cancer in U.S. Hispanic Populations.”

amplia y cada tipo se manifiesta en maneras muy diferentes, entonces es necesario distinguir entre los diferentes tipos para poder analizar la paradoja.¹¹³

Los subgrupos de latinos presentan factores de riesgo muy distintos para los diferentes tipos del cáncer, específicamente con respecto al uso de exámenes médicos.

En general, los mexicanos, centroamericanos, y sudamericanos reciben menos detecciones de cáncer en comparación con los otros latinos en el país.¹¹⁴ Un estudio de la Universidad de Columbia investiga el uso de detecciones de determinados tipos de cáncer a través de los diferentes subgrupos latinos.¹¹⁵ Las latinas de la República Dominicana tienen una probabilidad 2.4 más alta de recibir una mamografía en comparación con las otras latinas en el país. Los puertorriqueños y centro-sudamericanos reciben menos detecciones para el cáncer colorectal y los cubanos reciben mucho más detección para el cáncer de la próstata en comparación con los otros latinos.¹¹⁶

En adición al uso diferente de detecciones de determinado tipos de cáncer, hay diferencias en la prevalencia de los determinados tipos de cáncer. Por ejemplo, las mexicanas tienen el porcentaje más alto de mortalidad de cáncer cervical, en comparación con los otros subgrupos y las blancas no-latinas. Los mexicanos y puertorriqueños tienen menos cáncer gástrico que los centro-sudamericanos.¹¹⁷ Con más investigación, una comparación del uso de detecciones médicas y la prevalencia de las enfermedades correspondientes puede iluminar muchas cosas sobre el impacto de las detecciones médicas en la incidencia o mortalidad de distintos tipos de cáncer.

¹¹³ *Cancer Facts and Figures for Hispanics/ Latinos, 2012-2014.*

¹¹⁴ Ibid.; Martinez-Tyson et al., “Looking Under the Hispanic Umbrella.”

¹¹⁵ Gorin and Heck, “Cancer Screening among Latino Subgroups in the United States.”

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Haile et al., “A Review of Cancer in U.S. Hispanic Populations.”

Según estos estudios, hay mucha variación en la población latina con respecto a los diferentes tipos del cáncer. Por ejemplo, los latinos muestran menos incidencia y mortalidad de los cánceres más comunes y más incidencia y mortalidad de los cánceres que se relacionan con la exposición a agentes infecciosos. Aún más, la aculturación tiene el mismo efecto detrimental que se nota en las otras áreas de la salud. Debido a la grandeza de esta categoría, todavía no es posible profesar muchas distinciones claras. Estos estudios muestran la importancia de especificar el tipo del cáncer y crear más estudios antes de llegar a conclusiones temáticas sobre la salud de la población en general.

Conclusión

Un resumen de la literatura sobre la paradoja revela muchos errores, distinciones, y generalizaciones; y ninguna manera clara de resolverlos. Después de casi 50 páginas de análisis, quizás las únicas conclusiones que me siento cómoda proclamar son que los puertorriqueños no deben ser parte de la paradoja, y que la aculturación tiene un efecto detrimental en muchas áreas de la salud. Aunque es difícil llegar a conclusiones concretas, es posible notar ciertas tendencias. Por ejemplo, los resultados de varios subgrupos de latinos son muy similares a través de las diferentes áreas de la salud. Múltiples estudios que analizan la expectativa de la vida, la salud infantil, y la enfermedad cardiovascular niegan la existencia de la paradoja en la población mexicana y encuentran la evidencia más fuerte para una paradoja en la población latina nacida en los Estados Unidos. Aún más investigación es necesaria antes de llegar a conclusiones sobre estas similitudes.

Después de tres meses de investigación es más claro que nunca que mi plan original de poner fin a las generalizaciones de la paradoja fue demasiado ambicioso. He subrayado muchos diferentes tipos de errores y generalizaciones en la literatura existente y, durante el proceso de escribir, me he dado cuenta de lo difícil que es evitar estos errores en mi propio trabajo. De vez en cuando, me pregunto si es posible que la paradoja latina no exista porque “la población latina” como grupo coherente y cohesivo no existe.

Sobre todo, temo que yo mismo esté contribuyendo a las generalizaciones que quería eliminar.

Sin embargo, mis propios miedos revelan la necesidad de darse cuenta de los numerosos factores implicados en la creación de la paradoja, y, por lo tanto, en los discursos de las disparidades de la salud en general. En cualquier investigación que se base en las disparidades de la salud, es necesario considerar ciertos elementos definitivos.

Primero, es preciso entender la manera en que el tema ha llegado al conocimiento público. En este caso, me refiero a la creación de la paradoja. Es decir, analizar la correlación asumida que contradice los resultados a través de los medios de comunicación que suelen seguir el sentido común y la literatura que lo crea. Este análisis naturalmente incluye la examinación de la metodología de cada estudio. Es necesario subrayar cualquier error que se encuentre para evitar una investigación basada en una correlación que no realmente exista.

Después de examinar la creación del tema, el próximo paso es diseccionarlo y entender sus componentes distintos. En el caso de la paradoja, es urgente examinar las enfermedades distintas en cada área de la salud así como la diversidad de la población latina. Como hemos visto, cuando se separan los subgrupos así es más fácil encontrar lo que es paradójico y lo que no es. Esta separación puede iluminar conclusiones muy útiles. Por ejemplo, cuando se separan los cánceres, es claro que los latinos muestran las tasas más altas de los cánceres contraídos de la exposición a agentes infecciosos. Este descubrimiento podría promover los esfuerzos para reducir la exposición a los carcinógenos en la población latina. El enfoque en las explicaciones posibles para la supuesta paradoja amplia desvía el reconocimiento de distinciones así. Mucho más

investigación es necesaria para poder definir los criterios que verdaderamente constituyen elementos claves de la paradoja, pero el primer paso es el reconocimiento de esta necesidad. Es peligroso esconder las distinciones para tratar de llegar a explicaciones posibles de la paradoja porque promoverá confusión, desinformación, e ineficacia política.

Después de mucha investigación, encontré un artículo que me da un poco de esperanza para el futuro de la investigación de la paradoja. En 2014, Huffpost Voces, una subsección de la Huffington Post, publicó un artículo que debe servir de modelo para los otros medios de comunicación. El artículo, titulado “Los hispanos más y menos saludables”, aborda las capas distintas de la Paradoja Hispana Epidemiológica. Documenta la diversidad de esta población, cuyos resultados de salud dependen de múltiples factores, incluyendo el país de origen, el sexo, y la edad. Logra comunicar los hechos complicados de este problema a un público general, no especialista. Sobre todo, demuestra la necesidad de entender esta diversidad antes de discutir las explicaciones posibles para la paradoja más general.¹¹⁸

El artículo también da esperanza al futuro de las investigaciones sobre la paradoja porque describe un estudio gubernamental de magnitud nueva. El estudio empezó el año pasado y sigue las enfermedades crónicas y factores de riesgo en la población latina en cuatro ciudades. Larissa Avilés Santa, la directora del estudio, proclama la urgencia de investigar este tema complicado; “Con el rostro cambiante de la población hispana, necesitamos información más actualizada sobre su salud”.¹¹⁹

¹¹⁸ “¿De Qué País Son Los Hispanos Menos Saludables?”

¹¹⁹ Ibid

El estudio es una adición crucial al discurso sobre la paradoja y tiene la potencial de iluminar sus elementos claves.

En 2008, alrededor de la tercera parte de la población se identificó como miembro de una población racial o étnica, otra que blanca. La Paradoja Hispana Epidemiológica llama la atención a un trozo pequeño de esta diversidad nacional. Sin embargo, la paradoja puede servir de herramienta para cuestionar los discursos populares y promover las investigaciones futuras de las disparidades de la salud.

Bibliografía

- Acevedo-Garcia, Dolores, Mah-J. Soobader, and Lisa F. Berkman. "Low Birthweight among US Hispanic/Latino Subgroups: The Effect of Maternal Foreign-Born Status and Education." *Social Science & Medicine* (1982) 65, no. 12 (December 2007): 2503–16.
- Acevedo-Garcia, Dolores, Mah-J. Soobader, and Lisa F. Berkman. "The Differential Effect of Foreign-Born Status on Low Birth Weight by Race/Ethnicity and Education." *Pediatrics* 115, no. 1 (January 1, 2005): e20–30.
- Adler, N. E., and J. M. Ostrove. "Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't." *Annals of the New York Academy of Sciences* 896 (1999): 3–15.
- Alexander, G. R., and C. C. Korenbrot. "The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight." *The Future of Children / Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation* 5, no. 1 (1995): 103–20.
- Arias, Elizabeth. *United States Life Tables by Hispanic Origin*. DIANE Publishing, n.d.
- Becker, T. M., C. L. Wiggins, C. R. Key, and J. M. Samet. "Symptoms, Signs, and Ill-Defined Conditions: A Leading Cause of Death among Minorities." *American Journal of Epidemiology* 131, no. 4 (April 1990): 664–68.
- Cancer Facts and Figures for Hispanics/Latinos, 2012-2014*. Atlanta, Georgia: American Cancer Society, 2012.
- Daviglus ML, Talavera GA, Avilés-Santa M, and et al. "Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Cardiovascular Diseases among Hispanic/Latino Individuals of Diverse Backgrounds in the United States." *JAMA* 308, no. 17 (November 7, 2012): 1775–84.
- "¿De Qué País Son Los Hispanos Menos Saludables?" *HuffPost Voces*. Accessed April 23, 2015. http://voces.huffingtonpost.com/2014/02/25/hispanos-mas-menos-saludables_n_4850021.html.
- Derby, Carol A., Rachel P. Wildman, Aileen P. McGinn, Robin R. Green, Alex J. Polotsky, Kavitha T. Ram, Janice Barnhart, Gerson Weiss, and Nanette Santoro. "Cardiovascular Risk Factor Variation within a Hispanic Cohort: SWAN, the Study of Women's Health Across the Nation." *Ethnicity & Disease* 20, no. 4 (2010): 396–402.
- Disparities, Healthy People 2020*. Office of Disease Prevention and Promotion, n.d.

- Escarce, José J., and Kanika Kapur. "Access to and Quality of Health Care," 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19910/>.
- Gillette, Hope. "Hispanic Paradox Evident in New Thyroid Cancer Study." *Voxxi*. Accessed March 25, 2015. <http://voxxi.com/2014/01/24/hispanic-paradox-thyroid-cancer/>.
- Goff, D. C., M. Z. Nichaman, W. Chan, D. J. Ramsey, D. R. Labarthe, and C. Ortiz. "Greater Incidence of Hospitalized Myocardial Infarction among Mexican Americans than Non-Hispanic Whites. The Corpus Christi Heart Project, 1988-1992." *Circulation* 95, no. 6 (March 18, 1997): 1433–40.
- Goff, D. C., D. J. Ramsey, D. R. Labarthe, and M. Z. Nichaman. "Acute Myocardial Infarction and Coronary Heart Disease Mortality among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites in Texas, 1980 through 1989." *Ethnicity & Disease* 3, no. 1 (1993): 64–69.
- Goff, D. C., D. J. Ramsey, D. R. Labarthe, and M. Z. Nichaman. "Greater Case-Fatality after Myocardial Infarction among Mexican Americans and Women than among Non-Hispanic Whites and Men. The Corpus Christi Heart Project." *American Journal of Epidemiology* 139, no. 5 (March 1, 1994): 474–83.
- Gonzalez-Barrera, Ana, and Mark Hugo Lopez. "A Demographic Portrait of Mexican-Origin Hispanics in the United States." *Pew Research Center's Hispanic Trends Project*. Accessed April 9, 2015. <http://www.pewhispanic.org/2013/05/01/a-demographic-portrait-of-mexican-origin-hispanics-in-the-united-states/>.
- Gorin, Sherri Sheinfeld, and Julia E. Heck. "Cancer Screening among Latino Subgroups in the United States." *Preventive Medicine* 40, no. 5 (May 2005): 515–26.
- Gretchen Livingston, Susan Minushkin, and D'Vera Cohn. *Hispanics and Health Care in the United States: Access, Information and Knowledge*. A Joint Pew Hispanic Center and Robert Wood Johnson Foundation Research Report, n.d.
- Haile, Robert W., Esther M. John, A. Joan Levine, Victoria K. Cortessis, Jennifer B. Unger, Melissa Gonzales, Elad Ziv, et al. "A Review of Cancer in U.S. Hispanic Populations." *Cancer Prevention Research* 5, no. 2 (February 1, 2012): 150–63.
- Hawkins, Nathaniel M., Pardeep S. Jhund, John J. V. McMurray, and Simon Capewell. "Heart Failure and Socioeconomic Status: Accumulating Evidence of Inequality." *European Journal of Heart Failure* 14, no. 2 (February 2012): 138–46.
- Hayes-Bautista, David E. *Illness and Wellness: The Latino Paradox*. The Regents of the University of California, 2003.

Health, United States, 2011: With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2011.

Hillemeier, Marianne M., John Lynch, Sam Harper, Trivellore Raghunathan, and George A. Kaplan. "Relative or Absolute Standards for Child Poverty: A State-Level Analysis of Infant and Child Mortality." *American Journal of Public Health* 93, no. 4 (April 2003): 652–57.

History of the Office of Minority Health, n.d.

Hogue, Carol J. Rowland, and Cynthia Vasquez. "Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality." *American Journal of Public Health* 92, no. 4 (April 2002): 552–56.

Horevitz, Elizabeth, and Kurt C. Organista. "The Mexican Health Paradox Expanding the Explanatory Power of the Acculturation Construct." *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 35, no. 1 (February 1, 2013): 3–34.

Hsiang-Ching Kung, Donna L. Hoyert, Jiaguan Xu, and Sherry L. Murphy. *Deaths: Final Data for 2005*. National Vital Statistics Reports. Centers for Disease Control and Prevention, April 24, 2008.

Huerta, Elmer E. "Cancer Statistics for Hispanics, 2003: Good News, Bad News, and the Need for a Health System Paradigm Change." *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 53, no. 4 (July 1, 2003): 205–7.

Iribarren, Carlos, Jeanne A. Darbinian, Bruce H. Fireman, and Esteban González Burchard. "Birthplace and Mortality among Insured Latinos: The Paradox Revisited." *Ethnicity & Disease* 19, no. 2 (2009): 185–91.

Kaplan, Mitchell A., and Marian M. Inguanzo. "The Social Implications of Health Care Reform: Reducing Access Barriers to Health Care Services for Uninsured Hispanic and Latino Americans in the United States." *Harvard Journal of Hispanic Policy* 23 (January 2011): 83–92.

Kathleen Sebelius. *Report to Congress: Approaches for Identifying, Collecting, and Evaluating Data on Health Care Disparities in Medicaid and CHIP*. Department of Health and Human Services, September 2011.

Labor Force Characteristics by Race and Ethnicity, 2012. U.S. Bureau of Labor Statistics, October 2013.

- “Lower Socioeconomic Status Linked with Heart Disease despite Improvements in Other Risk Factors.” Accessed March 7, 2015.
<http://www.ucdmc.ucdavis.edu/publish/news/newsroom/5660>.
- Lynch, John, George Davey Smith, Sam Harper, Marianne Hillemeier, Nancy Ross, George A Kaplan, and Michael Wolfson. “Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review.” *The Milbank Quarterly* 82, no. 1 (March 2004): 5–99.
- MacDorman, Marian F., and National Center for Health Statistics (U.S.). *Understanding Racial and Ethnic Disparities in U.S. Infantmortality Rates*. DHHS Publication, no. (PHS) 2011-1209. Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2011. <http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo14723>.
- Martinez-Tyson, Dinorah, Elizabeth Barnett Pathak, Hosanna Soler-Vila, and Ann Marie Flores. “Looking Under the Hispanic Umbrella: Cancer Mortality Among Cubans, Mexicans, Puerto Ricans and Other Hispanics in Florida.” *Journal of Immigrant and Minority Health* 11, no. 4 (May 28, 2008): 249–57.
- “Más Evidencia de La ‘Paradoja Hispana’ En EE.UU.: Los Latinos Son Más Longevos.” *BBC Mundo*, n.d.
- Meara, Ellen, and National Bureau of Economic Research. *Why Is Health Related to Socioeconomic Status? The Case of Pregnancy and Low Birth Weight*. NBER Working Paper Series, Working Paper 8231. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2001.
<http://ccl.idm.oclc.org/login?url=http://www.nber.org/papers/W8231.pdf>.
- Medina-Inojosa, Jose, Nathalie Jean, Mery Cortes-Bergoderi, and Francisco Lopez-Jimenez. “The Hispanic Paradox in Cardiovascular Disease and Total Mortality.” *Progress in Cardiovascular Diseases* 57, no. 3 (December 2014): 286–92.
- Mitchell, B. D., M. P. Stern, S. M. Haffner, H. P. Hazuda, and J. K. Patterson. “Risk Factors for Cardiovascular Mortality in Mexican Americans and Non-Hispanic Whites. San Antonio Heart Study.” *American Journal of Epidemiology* 131, no. 3 (March 1990): 423–33.
- Page, Robin L. “Differences in Health Behaviors of Hispanic, White, and Black Childbearing Women Focus on the Hispanic Paradox.” *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 29, no. 3 (August 1, 2007): 300–312.
- Pandey, D. K., D. R. Labarthe, D. C. Goff, W. Chan, and M. Z. Nichaman. “Community-Wide Coronary Heart Disease Mortality in Mexican Americans Equals or

Exceeds That in Non-Hispanic Whites: The Corpus Christi Heart Project.” *The American Journal of Medicine* 110, no. 2 (February 1, 2001): 81–87.

Paola Scommegna. *Exploring the Paradox of U.S. Hispanics’ Longer Life Expectancy*. Population Reference Bureau, July 2013.

Part 2c: Vital Statistics ICD-10 ACME Decision Tables for Classifying Underlying Causes of Death. Centers for Disease Control and Prevention, 2013.

Ruiz, John M., Patrick Steffen, and Timothy B. Smith. “Hispanic Mortality Paradox: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Longitudinal Literature.” *American Journal of Public Health* 103, no. 3 (January 17, 2013): e52–60.

“Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act.” Accessed March 29, 2015. <http://www.hhs.gov/ocr/civilrights/understanding/section1557/>.

Sorlie, P. D., E. Backlund, N. J. Johnson, and E. Rogot. “Mortality by Hispanic Status in the United States.” *JAMA* 270, no. 20 (November 24, 1993): 2464–68.

United States. *Evidence of Trends, Risk Factors, and Intervention Strategies: A Report from the Healthy Start National Evaluation 2006: Racial and Ethnic Disparities in Infant Mortality*. Rockville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau, 2008.

U. S. Social Security Administration, Office of Retirement and Disability Policy. “Trends in Mortality Differentials and Life Expectancy for Male Social Security–Covered Workers, by Average Relative Earnings.” Accessed February 20, 2015. <http://www.ssa.gov/policy/docs/workingpapers/wp108.html>.

Lista de Figuras

Figura 1.

“NVSS - Vital Certificate Revisions.” Accessed April 21, 2015.

http://www.cdc.gov/nchs/nvss/vital_certificate_revisions.htm.

Figura 2.

MacDorman, Marian F., and National Center for Health Statistics (U.S.). *Understanding Racial and Ethnic Disparities in U.S. Infant mortality Rates*. DHHS Publication, no. (PHS) 2011-1209. Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2011. <http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo14723>.

Figura 3.

MacDorman, Marian F., and National Center for Health Statistics (U.S.). *Understanding Racial and Ethnic Disparities in U.S. Infant mortality Rates*. DHHS Publication, no. (PHS) 2011-1209. Hyattsville, MD: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2011. <http://purl.fdlp.gov/GPO/gpo14723>.

Figura 4.

Martinez-Tyson, Dinorah, Elizabeth Barnett Pathak, Hosanna Soler-Vila, and Ann Marie Flores. “Looking Under the Hispanic Umbrella: Cancer Mortality Among Cubans, Mexicans, Puerto Ricans and Other Hispanics in Florida.” *Journal of Immigrant and Minority Health* 11, no. 4 (May 28, 2008): 249–57.