

**MEDICINA Y SOCIEDAD: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES**

**¿Cómo es el colonialismo un determinante socioestructural de la salud en Puerto Rico?**

José G. Pérez Ramos, PhD, MPH, Adriana Garriga-López, PhD y Carlos E. Rodríguez-Díaz, PhD, MPH

**Resumen**

Puerto Rico atraviesa una crisis de salud pública debido a los efectos y procesos del colonialismo estadounidense en el archipiélago, como la aplicación excluyente de la política sanitaria federal, el éxodo de los profesionales de la salud y los efectos a largo plazo de la distribución desigual de la financiación sanitaria en los territorios no incorporados. Los efectos combinados de múltiples catástrofes, como el huracán María, los repetidos terremotos y la pandemia del COVID-19, así como la constante privatización y fragmentación del sistema de atención médica, han propiciado resultados de salud muy deficientes. El caso de Puerto Rico muestra claramente los efectos negativos del colonialismo en la salud pública. Este artículo especifica lo que requiere la descolonización desde el punto de vista de la salud pública para promover la equidad sanitaria.

**Salud pública en Puerto Rico**

Desde la década de 1990, Puerto Rico atraviesa una crisis de salud pública como consecuencia de la limitada asignación de recursos para la atención médica preventiva de los residentes de Puerto Rico, las políticas de austeridad en respuesta a una enorme crisis de la deuda y la privatización de la atención primaria.<sup>1,2,3</sup> En comparación con otras jurisdicciones de Estados Unidos, Puerto Rico tiene peores resultados de salud, por ejemplo, mayores tasas de nacimientos prematuros, asma, diabetes, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, violencia de género, inseguridad alimentaria, encarcelamiento y falta de vivienda, entre otros resultados.<sup>4,5</sup> El colonialismo está matando literalmente a los puertorriqueños.

Está comprobado que los **impactos del colonialismo** a nivel social, político y económico afectan negativamente a la salud de las comunidades.<sup>6,7</sup> Algunos especialistas han argumentado que el colonialismo es un determinante social de la salud, lo que genera un estado de dependencia forzada y falta de autodeterminación ante los problemas estructurales que afectan de manera negativa a las condiciones de vida.<sup>8,9</sup> Puerto Rico es un caso ejemplar de esto, ya que su historia demuestra cómo los procesos sociales asociados al colonialismo, como las actividades económicas extractivas, las formas de



ciudadanía desigual y la explotación laboral extrema que han formado parte tanto del colonialismo español de 1493 a 1898 como del colonialismo estadounidense posterior, han socavado la salud pública, así como los derechos humanos y civiles, tales como la educación y la ayuda en caso de desastres.<sup>10</sup> En particular, la subordinación política de Puerto Rico a la política federal de EE. UU. ha llevado a la degradación del sistema de atención de salud pública a través de medidas como la falta de financiación crónica (por ejemplo, a través de su exclusión de las disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio) y a través de la fragmentación y la privatización de los sistemas de salud locales. Las inequidades sanitarias en Puerto Rico tienen sus orígenes en formas de inequidad social que fueron generadas por ideologías e instituciones coloniales. Como consecuencia de la falta de representación política plena y de autodeterminación de Puerto Rico (es decir, del colonialismo estadounidense), la salud pública en el archipiélago no es equitativa, ni por lo general responde a las necesidades de la población a la que sirve. Afirmamos que el colonialismo estadounidense es el principal determinante socioestructural de la salud en Puerto Rico.

### **Injusticia histórica**

El sistema de salud de Puerto Rico fue ejemplar en su día. La regionalización de los servicios de salud estatales en la década de 1960 aumentó el acceso a la atención y la calidad de vida para muchos.<sup>11</sup> En las décadas de 1970 y 1980 hubo un retroceso cada vez más significativo del Estado en las políticas de bienestar social, como también ocurrió en Estados Unidos en esa época. Desde principios de los 90 hasta la primera década del siglo XXI, el sistema regional de atención médica de Puerto Rico fue sustituido por un sistema organizado en torno a las nociones de eficiencia y la conveniencia de la privatización como forma de mejorar los servicios.<sup>1,3,12</sup> Los modelos de privatización se han aplicado ampliamente en todas las infraestructuras socioeconómicas de Puerto Rico (por ejemplo, el transporte, las telecomunicaciones, la educación y la energía), pero en gran medida con efectos perjudiciales.<sup>13,14,15,16</sup> El modelo de privatización de la atención médica y los esfuerzos subsiguientes han funcionado como una forma de extracción intensiva de valor para las corporaciones estadounidenses, así como una oportunidad de asimilación política y económica a los Estados Unidos para aquellos cuya ambición es ver que Puerto Rico se convierta en un estado de los Estados Unidos al imitar los procesos de salud pública de los Estados Unidos. Los esfuerzos del gobierno puertorriqueño para facilitar la asimilación política a través de la reforma de las políticas públicas reflejan la dinámica colonial que indujo a las instituciones puertorriqueñas a ajustarse a los estándares de eficiencia estadounidenses. A diferencia de un sistema público digno y eficaz, la atención médica en Puerto Rico se ha convertido en un servicio comercial según el régimen colonial del sistema de salud capitalista estadounidense. Estos cambios han empeorado la inequidad sanitaria en Puerto Rico, sobre todo en las comunidades marginadas y con pocos recursos, y han resultado en una salud pública ineficaz.<sup>9</sup>

Históricamente, las relaciones políticas entre Estados Unidos y Puerto Rico no han favorecido al archipiélago. El sistema de salud pública imperialista ha actuado en contra de los puertorriqueños, como lo demuestran los conocidos ejemplos de enfoques discriminatorios, racistas,<sup>17,18</sup> y abusivos, incluidos los programas de esterilización forzada y los experimentos malthusianos con anticonceptivos entre las décadas de 1930 y 1970,<sup>19</sup> los experimentos de radiación en los puertorriqueños en la década de 1950,<sup>20</sup> las pruebas con el Agente Naranja y otros agentes de deforestación,<sup>21,22</sup> y los intentos de probar métodos dudosos de insecticidas durante el brote de Zika de 2015.<sup>23</sup> En particular, la catastrófica respuesta del gobierno estadounidense al huracán

María en 2017 causó un exceso de muertes estimado en 2,975 en los seis meses posteriores al huracán<sup>17</sup> y empeoró gravemente las inequidades sanitarias que ya existían.<sup>18,19,24,25</sup> Con el tiempo, muchas comunidades desatendidas han sido privadas de sus derechos, lo que ha facilitado la continuación de las políticas excluyentes y ha puesto en riesgo la vida de varias generaciones.

La alteración del clima a causa del ser humano, que provoca catástrofes ecológicas más frecuentes, complica este panorama: una temporada de ciclones cada vez más activa, tormentas más grandes y más fuertes, y mareas de tempestad mucho más altas representan un grave peligro para las comunidades costeras.<sup>26</sup> Por ejemplo, el **huracán María**, que devastó Puerto Rico en 2017, fue solo uno de los seis fuertes huracanes de ese año.<sup>27,28</sup> Además, la región del Caribe oriental es muy activa en términos sísmicos y desde diciembre de 2019 se han producido múltiples terremotos que han desplazado a cientos de personas. La propagación del virus SARS-COV-2 a Puerto Rico a principios de 2020 provocó una tensión adicional en la infraestructura social y las instituciones de salud deficientes que ya están lidiando con los efectos de los desastres agravados, la vida pandémica después del huracán en medio de los terremotos en curso.<sup>29,30,31</sup>

### **Falsas promesas**

A pesar de que Puerto Rico pretendía ser un “ejemplo de democracia” de la Guerra Fría<sup>32,33,34</sup> y del capitalismo al estilo estadounidense, los más de 120 años del archipiélago como territorio de Estados Unidos han contribuido en gran medida a la crisis de salud contemporánea, que se caracteriza por el cierre de hospitales, el éxodo masivo de profesionales de la salud, los deficientes resultados de salud y la imposición de medidas de austeridad fiscal para limitar el gasto público en salud y educación.<sup>35</sup> En respuesta a la gran deuda pública, y dado que Puerto Rico no está amparado por la protección de la quiebra en virtud del capítulo 9 del Código de Reglamentos Federales de los Estados Unidos, el Congreso autorizó la Ley para la Supervisión, Administración y Estabilidad Económica de Puerto Rico de 2016 (PROMESA, por sus siglas en inglés),<sup>36</sup> que exigía la creación de una Junta de Supervisión y Administración Financiera (FOMB, por sus siglas en inglés) para Puerto Rico con el fin de supervisar las finanzas de esa isla. La FOMB, conocida coloquialmente en Puerto Rico como *La Junta*, ha aplicado medidas de austeridad que favorecen a los grandes inversionistas con sede en Estados Unidos a través de acuerdos de deuda muy especulativos por encima del gasto público para apoyar la salud de la población.<sup>18,19</sup>

El régimen de austeridad de PROMESA es uno de los aspectos más perjudiciales del colonialismo estadounidense contemporáneo en Puerto Rico, ya que agrava los impactos de los desastres naturales, como los terremotos y los huracanes, así como las alteraciones climáticas de origen humano. En combinación con los efectos de las restricciones al transporte marítimo contenidas en la Ley Jones (promulgada en 1920) y la corrupción generalizada, las políticas de austeridad han propiciado el despojo de los activos sociales (por ejemplo, los recortes a las pensiones de los jubilados del gobierno, incluido el seguro de salud, que agravan las inequidades en el acceso a la atención médica)<sup>37</sup> y el abandono de la esfera pública.<sup>38</sup> Los efectos de la austeridad en la salud pública son evidentes, incluidos los problemas de salud mental sin gestionar que pueden desembocar en violencia interpersonal, así como una alta prevalencia de diabetes y enfermedades cardiovasculares.<sup>12,39,40,41</sup> Los residentes de Puerto Rico, en particular las personas con discapacidades mentales y físicas, los residentes de los municipios de la isla, los residentes rurales, las minorías sexuales y de género, las

mujeres, los afropuertorriqueños, los indígenas puertorriqueños y los dominicanos y otros migrantes, luchan para conseguir un acceso digno a la atención médica.<sup>42</sup>

Estos programas de austeridad representan una forma imperialista de gobierno que sacrifica y destruye la salud de los puertorriqueños en favor de asegurar las ganancias de los inversionistas acaudalados. Las falsas promesas de PROMESA responden a una prolongada dependencia de las ambigüedades jurídicas y las inequidades racializadas consagradas en la doctrina del Congreso sobre la desincorporación (es decir, un estado de confusión social, económica y política permanente o un estado de nada), que afecta no solo a Puerto Rico sino también a las Islas Vírgenes, las Islas Marianas, Guam y Samoa Americana de Estados Unidos.<sup>43,44,45</sup>

### **Pandemia del COVID-19**

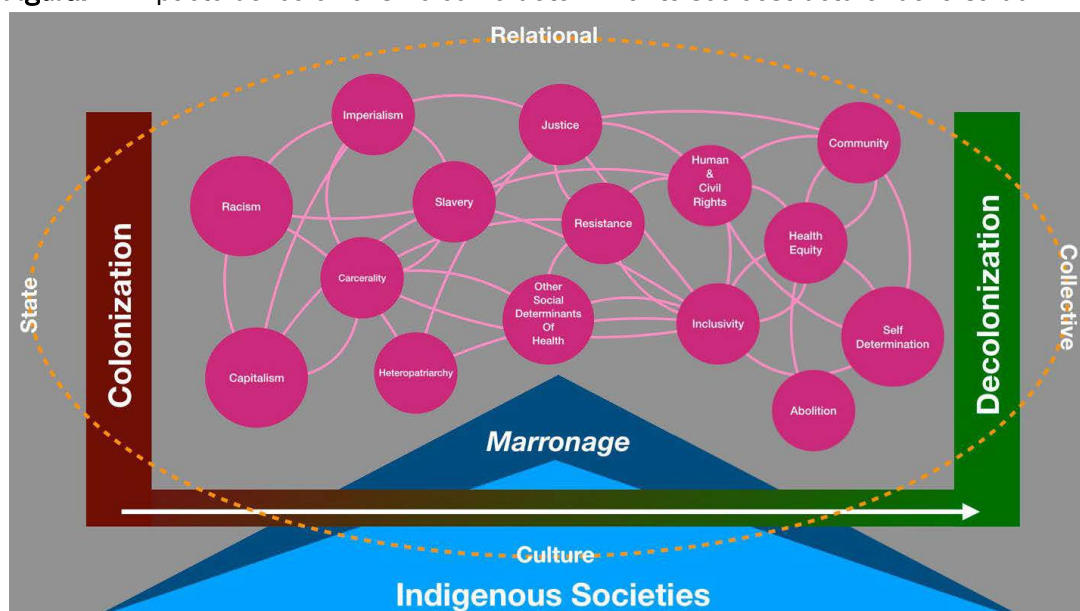
Las medidas que impulsó PROMESA también han dejado a Puerto Rico en una posición precaria con respecto al manejo de la pandemia del COVID-19, ya que aumentaron los riesgos de salud existentes y empeoraron la inequidad sanitaria.<sup>38</sup> Además, Puerto Rico se ha enfrentado a varios desafíos en la lucha contra la pandemia, incluido el hecho de tener que competir con los otros estados para conseguir equipos de protección, kits de pruebas y vacunas durante un tiempo en el que el gobierno federal no se preocupaba por el impacto de la pandemia en la jurisdicción.<sup>46</sup> Las inequidades estructurales y la discriminación racista y colonial del gobierno de los Estados Unidos contra las comunidades de Puerto Rico representan un grave riesgo para la población ante futuras emergencias de salud pública.

### **Descolonización**

La infraestructura de salud pública en Puerto Rico ha empeorado de manera significativa debido a las decisiones socioeconómicas y políticas y a la aprobación de PROMESA, que empeoró las inequidades sanitarias en el archipiélago.<sup>47</sup> No obstante, la gobernanza de la salud pública se podría mejorar mediante la aplicación de un modelo de justicia social reparadora y de los marcos y estándares internacionales de derechos humanos. Asimismo, se podría lograr la descolonización mediante la reincorporación de Puerto Rico a la lista de territorios no autónomos que necesitan descolonización de las Naciones Unidas.<sup>48</sup> Este esfuerzo podría apoyar la autodeterminación y la autonomía política de Puerto Rico a través de mecanismos descolonizadores reconocidos a nivel internacional (por ejemplo, la independencia o la libre asociación como estado independiente).<sup>48,49</sup>

¿Cómo se puede solucionar esta situación perjudicial al servicio de una mejor salud pública y un mayor poder social? Como se indica en nuestro diagrama (véase la figura), la colonización está integrada en todos los aspectos de la sociedad y representa una fuerza constante que genera condiciones opresivas para los pueblos y lugares colonizados. Aun así, la descolonización como proceso y práctica sociocultural siempre ha estado presente en la resistencia al colonialismo y la esclavitud. De hecho, continúa hasta el día de hoy, en especial como proceso social, económico y cultural.<sup>28,49,50</sup> Aunque la descolonización es sin duda complicada, no deja de ser necesaria y posiblemente inevitable como proceso colectivo de democratización.

**Figura.** El impacto del colonialismo como determinante socioestructural de la salud



El colonialismo es el determinante socioestructural más importante de la salud y constituye el origen de las inequidades sanitarias en Puerto Rico. El colonialismo impide el derecho fundamental a la autodeterminación y ofende la dignidad de los colonizados, lo que afecta a la salud pública y al bienestar. La falta de ética de *La Junta* en Puerto Rico refleja el carácter esencialmente antidemocrático del poder colonial estadounidense en el archipiélago. La solución a la colonización es la reparación y el proceso de autodeterminación, que se requieren para obtener el pleno disfrute de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

### References

1. Diaz Cl. *Historia de los Servicios de Salud en Puerto Rico*. Calaméo; 2015.
2. Kim C. A 13-year-old's death highlights Puerto Rico's post-Maria health care crisis. *Vox*. February 27, 2020. Accessed December 2, 2021. <https://www.vox.com/identities/2020/2/27/21150176/puerto-rico-health-care-hospital-access-hurricane-maria>
3. Santos-Lozada AR. Transformations of public healthcare services in Puerto Rico from 1993 until 2010. Princeton University; 2013. Accessed February 17, 2022. <https://paa2013.princeton.edu/papers/132763>
4. Lafarga Previdi I, Vélez Vega CM. Health disparities research framework adaptation to reflect Puerto Rico's socio-cultural context. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):E8544.
5. *Informe de la Salud en Puerto Rico*. Departamento de Salud de Puerto Rico; 2015.
6. Turshen M. The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. *Int J Health Serv*. 1977;7(1):7-35.
7. Axelsson P, Kukutai T, Kippen R. The field of Indigenous health and the role of colonisation and history. *J Popul Res (Canberra)*. 2016;33(1):1-7.
8. Rodríguez-Díaz CE. Community resistance as public health activism in Puerto Rico. *Am J Public Health*. 2020;110(10):1454-1455.

9. Czyzewski K. Colonialism as a broader social determinant of health. *Int Indig Policy J.* 2011;2(1):5.
10. Figueroa OP, Rolón BA. Clashing resilience: competing agendas for recovery after the Puerto Rican hurricanes. *Science for the People.* 2020;23(1). Accessed February 17, 2022. <https://magazine.scienceforthepeople.org/vol23-1/clashing-resilience-competing-agendas-for-recovery-after-the-puerto-rican-hurricanes/>
11. Perez I. El sistema de salud arbona. *El Nuevo Día.* May 20, 2014. Accessed February 17, 2022. <https://www.pressreader.com/puerto-rico/el-nuevo-dia1/20140520/282183649085933>
12. Mulligan JM. *Unmanageable Care: An Ethnography of Health Care Privatization in Puerto Rico.* New York University Press; 2014.
13. Project profile: Luis Muñoz Marín International Airport privatization. US Department of Transportation. Accessed February 17, 2022. [https://www.fhwa.dot.gov/ipd/project\\_profiles/pr\\_lmm\\_airport\\_privatization.aspx](https://www.fhwa.dot.gov/ipd/project_profiles/pr_lmm_airport_privatization.aspx)
14. Interactive Journal News Roundup. Puerto Rico's governor approves \$1.9 billion phone company sale. *Wall Street Journal.* June 25, 1998. Accessed December 2, 2021. <https://www.wsj.com/articles/SB898711184186729000>
15. Cortes CR. Amplio impacto de privatizaciones en la isla. *El Nuevo Día.* March 4, 2017.
16. Morales E. Privatizing Puerto Rico. *Nation.* December 1, 2020. Accessed December 2, 2021. <https://www.thenation.com/article/world/puerto-rico-privatization-prepa/>
17. Lloréns H. The race of disaster: Black communities and the crisis in Puerto Rico. *Black Perspectives.* April 17, 2019. Accessed February 17, 2022. <https://www.aaihs.org/the-race-of-disaster-black-communities-and-the-crisis-in-puerto-rico/>
18. Rodríguez-Díaz CE, Lewellen-Williams C. Race and racism as structural determinants for emergency and recovery response in the aftermath of hurricanes Irma and Maria in Puerto Rico. *Health Equity.* 2020;4(1):232-238.
19. Lewis R, Mills S. *Feminist Postcolonial Theory: A Reader.* Routledge; 2003.
20. Nathan D. X-rays or X-files? The FBI and the independentistas. NACLA (North American Congress on Latin America). September 25, 2007. Accessed February 17, 2022. <https://nacla.org/article/x-rays-or-x-files-fbi-and-independentistas>
21. Massol-Deyá A, Pérez D, Pérez E, Berrios M, Díaz E. Trace elements analysis in forage samples from a US Navy bombing range (Vieques, Puerto Rico). *Int J Environ Res Public Health.* 2005;2(2):263-266.
22. Burger J, Gochfeld M. Lead, mercury, and cadmium in feathers of tropical terns in Puerto Rico and Australia. *Arch Environ Contam Toxicol.* 1991;21(2):311-315.
23. Rodríguez-Díaz CE, Garriga-López A, Malavé-Rivera SM, Vargas-Molina RL. Zika virus epidemic in Puerto Rico: health justice too long delayed. *Int J Infect Dis.* 2017;65:144-147.
24. Santos-Burgoa C, Sandberg J, Suárez E, et al. Differential and persistent risk of excess mortality from Hurricane Maria in Puerto Rico: a time-series analysis. *Lancet Planet Health.* 2018;2(11):e478-e488.
25. Vega Ocasio D, Pérez Ramos JG, Dye TDV. Conducting an immersive community-based assessment of post-hurricane experience among Puerto Ricans: lived experience of medical ecology in an environmental disaster and migration. *BMC Public Health.* 2020;20:1628.



26. Gould WA, Díaz EL, Álvarez-Berríos, NL, eds. US Caribbean. In: Reidmiller DR, Avery CW, Easterling, DR, eds. *Impacts, Risks, and Adaptation in the United States: Fourth National Climate Assessment, Volume II*. US Global Change Research Program; 2018:809-871. Accessed February 17, 2022. [https://nca2018.globalchange.gov/downloads/NCA4\\_Ch20\\_US-Caribbean\\_Full.pdf](https://nca2018.globalchange.gov/downloads/NCA4_Ch20_US-Caribbean_Full.pdf)
27. Tropical cyclones—annual 2017. National Centers for Environmental Information, National Oceanic and Atmospheric Administration. Accessed December 2, 2021. <https://www.ncdc.noaa.gov/sotc/tropical-cyclones/201713>
28. Garriga-López A. Puerto Rico: the future in question. *Shima*. 2019;13(2):174-192.
29. Garriga-López AM. Compounded disasters: Puerto Rico confronts COVID-19 under US colonialism. *Soc Anthropol*. 2020;28(2):269-270.
30. Pérez-Ramos JG, McIntosh S, Barrett ES, Vélez-Vega CM, Dye TD. Qualitative assessment of environmental health risk perceptions and community challenges in a Puerto Rican community: change and continuity in response to hurricanes Irma and María. *Behav Med*. 2020;46(3-4):231-244.
31. Perez-Ramos JG, McIntosh S, Barrett ES, Velez Vega CM, Dye TD. Attitudes toward the environment and use of information and communication technologies to address environmental health risks in marginalized communities: prospective cohort study. *J Med Internet Res*. 2021;23(9):e24671.
32. Córdova IM. *Pushing in Silence: Modernizing Puerto Rico and the Medicalization of Childbirth*. University of Texas Press; 2017.
33. Arbona G, Ramirez de Arellano AB. *Regionalization of Health Services: The Puerto Rican Experience*. Oxford University Press; 1978.
34. Lapp, M. The rise and fall of Puerto Rico as a social laboratory, 1945-1965. *Soc Sci Hist*. 1995;19(2):169-199.
35. Safa H. Changing forms of US hegemony in Puerto Rico: the impact on the family and sexuality. *Urban Anthropol Stud Cult Syst World Econ Dev*. 2003;32(1):7-40.
36. Puerto Rico Oversight, Management, and Economic Stability Act or “PROMESA,” Pub L No. 114-187, 130 Stat 549 (2016). Accessed February 17, 2022. <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-114publ187/pdf/PLAW-114publ187.pdf>
37. Slavin R. Puerto Rico board reiterates pension cuts position. *Bond Buyer*. September 17, 2021. Accessed November, 2021. <https://www.bondbuyer.com/news/puerto-rico-board-reiterates-pension-cuts-position>
38. Atilos Osoria J. The COVID-19 pandemic in Puerto Rico: exceptionality, corruption and state-corporate crimes. *State Crime*. 2021;10(1):104-125.
39. Canino G, Shrout PE, NeMoyer A, et al. A comparison of the prevalence of psychiatric disorders in Puerto Rico with the United States and the Puerto Rican population of the United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(3):369-378.
40. Petrosky E, Ertl A, Sheats KJ, Wilson R, Betz CJ, Blair JM. Surveillance for violent deaths—National Violent Death Reporting System, 34 states, four California counties, the District of Columbia, and Puerto Rico, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2020;69(8):1-37.
41. Lerman S. ¿Qué sistema de salud? Broken health care in Puerto Rico. *Med Anthropol*. 2019;38(3):210-223.



42. Ginzburg SL. Sweetened syndemics: diabetes, obesity, and politics in Puerto Rico. *J Public Health*. 2020;30:701-709.
43. Negrón-Muntaner F, ed. *Sovereign Acts: Contesting Colonialism Across Indigenous Nations and Latinx America*. University of Arizona Press; 2017.
44. Uperesa FL, Garriga Lopez AM. Contested sovereignties: Puerto Rico and American Samoa. In: Negrón-Muntaner F, ed. *Sovereign Acts: Contesting Colonialism Across Indigenous Nations and Latinx America*. University of Arizona Press; 2017:39-81.
45. Navarro T. *Virgín Capital: Race, Gender, and Financialization in the US Virgín Islands*. State University of New York Press; 2021.
46. Wiscovitch J, Pascual OS. Puerto Rico quedó fuera de los informes del Task Force sobre COVID-19 de la Casa Blanca de Trump. Centro de Periodismo Investigativo. January 26, 2021. Accessed February 17, 2022. <https://www.latinorebels.com/2021/01/26/puertoricocovidtaskforce/>
47. Mulligan JM, Garriga-López A. Forging *compromiso* after the storm: activism as ethics of care among health care workers in Puerto Rico. *Crit Public Health*. 2021;31(2)214-225.
48. The United Nations and decolonization: Special Committee on Decolonization. United Nations. Accessed November, 2021. <https://www.un.org/dppa/decolonization/en/c24/about>
49. Ora Bannan NL. Decolonization now: the United States has an obligation to decolonize, stabilize, and transition puerto rico to being a sovereign, sustainable nation. *NACLA Rep Am*. 2020;52(1):60-66.
50. Roque A, Wutich A, Brewis A, et al. Autogestión and water sharing networks in Puerto Rico after Hurricane María. *Water Int*. 2021;46(6):1-18.

**José G. Pérez-Ramos, PhD, MPH** es profesor asistente de ciencias de la salud pública, pediatría y obstetricia/ginecología en la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Rochester en Nueva York. Su trabajo se centra en el diseño y la aplicación de iniciativas de investigación tecnológicas orientadas a la comunidad para reducir las inequidades sanitarias y abordar los determinantes sociales de la salud en comunidades con pocos recursos a nivel mundial.

**Adriana Garriga-López, PhD** es profesora asociada de antropología en el Kalamazoo College en Kalamazoo, Michigan. Su trabajo se centra en las culturas del activismo sanitario, la descolonización, el cambio climático, la agroecología y el feminismo en Puerto Rico y el Caribe.

**Carlos E. Rodríguez-Díaz, PhD, MPH** es profesor asociado de prevención y salud a nivel comunitario en la Escuela de Salud Pública del Instituto Milken de la Universidad George Washington en Washington, D. C. Su trabajo se centra en la mitigación de las inequidades sanitarias y en el desarrollo de intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud.

**Cita**

AMA J Ethics. 2022;24(4):E305-312.

**DOI**

10.1001/amajethics.2022.305.

**Información de conflictos de intereses**

El Dr. Díaz declaró haber recibido financiación para la investigación procedente de los Institutos Nacionales de Salud, Gilead Sciences y AbbVie, así como financiación para colaborar con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en la aplicación de las intervenciones. El Dr. Pérez Ramos y la Dra. Garriga-López no tienen conflictos de intereses que informar.

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