

5. El racismo y la salud

Cristina Torres Parodi

[La Conferencia Mundial] insta a los Estados a que, individualmente y mediante la cooperación internacional, mejoren las medidas encaminadas a satisfacer el derecho de cada persona a disfrutar el máximo nivel alcanzable de salud física y mental, con miras a eliminar las diferencias en el estado de salud, que se reflejan en los índices de salud normalizados, que puedan ser resultado del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.

(Párrafo 109 del Programa de Acción de Durban)

Introducción

En el presente capítulo se estudian las repercusiones de la discriminación racial en el estado de salud de las personas, las comunidades y los pueblos de diferentes orígenes raciales, incluidos los inmigrantes, así como las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Aunque el capítulo se centra en las Américas, esta dimensión de la discriminación racial es una preocupación manifiesta en todas las regiones.

Los adelantos de la ciencia médica han posibilitado el rechazo de las ideas que se han empleado para racionalizar el racismo. Actualmente, la comunidad científica está de acuerdo en que las variaciones fenotípicas no presentan diferencias notables entre los seres humanos. Por consiguiente, no es correcto hablar de las razas fundamentándose en la biología o la genética. Las principales diferencias entre las personas y los pueblos radican en la cultura.

La raza es un concepto social, político y cultural. Recientemente se introdujo en el tratamiento de estos temas el concepto de etnicidad, entendida como un conjunto compartido de mitos, ancestros, religión, territorio, vestimenta, lenguaje y memorias de un pasado colectivo compartido por el que se rigen las relaciones de una comunidad humana. Aunque ambos se refieren en última instancia al mismo fenómeno social, los académicos prefieren emplear el vocablo de grupo étnico para referirse a todos los grupos humanos que se identifican con una cultura determinada. Algunas comunidades y organizaciones sociales no siempre están de acuerdo con estas designaciones genéricas y prefieren términos más concretos. En las Américas, por ejemplo, el vocablo de pueblos indígenas se emplea para referirse a los descendientes de los pueblos precolumbinos, conforme a la definición que se adoptó en el Convenio n.º 169 de la OIT¹. Los aborígenes o pueblos indígenas constituyen uno de los mayores grupos en el mundo, a saber, 300 millones de personas en todas las regiones. De estos, hay 150 millones en Asia y unos 40 millones en las Américas.

Por motivos históricos, las diferentes comunidades étnicas y raciales han quedado excluidas de los beneficios del desarrollo en las Américas. Hay que afrontar el acervo histórico y su legado.

«...los grupos de descendencia africana y otras etnias originarias atravesaron durante el proceso social y político de construcción de la región, etapas de extrema deprivación en términos económicos, jurídicos y sociales, marcadas por la sumisión político-militar y el esclavismo, que sin duda han dejado una impronta a lo largo de los siglos y se percibe una participación social y política restringida de las minorías y grupos étnicos, aún en la realidad social actual.»²

Estos antecedentes históricos se reflejan hoy en desequilibrios relativos al acceso a los servicios de salud y a la educación, así como a las disparidades en las oportunidades de participación en la vida política, social y cultural. Así pues, estos grupos han perdido la oportunidad de beneficiarse de antiguas políticas y programas sociales, quedando en desventaja en el mercado laboral y en cuanto al acceso a créditos, por lo que han mermado aún más las posibilidades de avance social de los mismos. Por consiguiente, el origen étnico se puede considerar como un factor en la exclusión estructural de ciertos grupos o pueblos.

Se suele hacer caso omiso de la etnicidad en las políticas de desarrollo, entre las cuales están las políticas de salud. En la región de América Latina y el Caribe, particularmente, el estudio de las desigualdades vinculadas al origen étnico es relativamente nuevo y se fomenta a través de la labor de las organizaciones regionales e internacionales³.

El empleo de la variante de «grupo étnico/raza» en el análisis de las disparidades puede servir para lograr mejores resultados en los programas de lucha contra la pobreza e iniciativas análogas. Estos programas podrían resultar más eficaces que las estrategias anteriores en que no se tomaba en cuenta el origen étnico en su definición de pobreza y se suponía que bastaba con abogar por aliviar la pobreza mediante el crecimiento económico. Las deficiencias de esta estrategia se han puesto de manifiesto pues, incluso en épocas de crecimiento económico, América Latina y el Caribe es la región que ha experimentado las mayores disparidades en los ingresos y en otros factores de calidad de vida como la atención médica y el acceso a los servicios de salud⁴.

1. Las minorías étnicas o raciales: la brecha de la salud

La Conferencia Mundial de Durban reconoció e instó a que se tomaran medidas urgentes ante la evidencia, en muchos países, de las graves desventajas en el estado de salud de los grupos raciales, incluidos los inmigrantes y los refugiados. El Programa de Acción recordó que el disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental es uno de los derechos humanos universales al que todos deben tener acceso, sin discriminación de hecho ni de derecho, por razones de condición étnica u otras⁵.

Las publicaciones al respecto evidencian que los efectos de las disparidades por razones de origen étnico, el acceso a los servicios y la calidad de la atención de salud se han venido estudiando en un número creciente de países y abarcan un amplio espectro de sociedades que difieren en cuanto a situación geográfica y desarrollo⁶.

La evidencia disponible acerca de las disparidades de salud – en que ahora figuran todos los países – deja en claro que la exclusión social es generalizada y refleja el legado de la antigua discriminación racial, así como la experiencia de la discriminación constante. Tanto en países industrializados como los Estados Unidos, Australia o el Canadá, al igual que en países en desarrollo como el Brasil, Sudáfrica o Colombia, las minorías étnicas o raciales, así como los inmigrantes y los refugiados sufren desventajas en las condiciones de vida y el estado de salud, independientemente del nivel de instrucción, ingresos, edad o sexo.

La esperanza de vida al nacer

En Brasil, un proyecto del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en colaboración con el Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas del Brasil (IPEA), registró que en la última mitad del siglo XX, la diferencia de la esperanza de vida al nacer entre los blancos y los afrobrasileños era de siete años. En 1950, la esperanza de vida al nacer era de 47 años para los blancos y de 40 para los afrobrasileños⁷, disparidad que no ha variado en medio siglo. Los brasileños experimentaron una considerable mejora en los índices de esperanza de vida al nacer a finales del decenio de los noventa pero, cuando se analiza por raza, persiste la disparidad de siete en detrimento de los afrobrasileños (63,5 años en comparación con 70 años para las personas de origen caucásico)⁸.

La información oficial del Servicio de Salud de los Aborígenes Australianos (datos correspondientes a 1996) evidencia que la esperanza de vida al nacer de los aborígenes (1,7% de la población) es de entre 20 y 25 años inferior a la de quienes no son aborígenes⁹.

En Guatemala hay una estrecha correlación entre la esperanza de vida al nacer y la distribución de la población por grupos étnicos, registrándose un diferencial de casi diez años entre las personas nacidas en la capital y los nacidos en Totonicapán, departamento de Guatemala donde más del 96% de la población es indígena.

En Panamá, la provincia de Boca de Toro tiene una población indígena considerable: la mortalidad debida a la diarrea en los últimos años fue de 34,4 por 100.000, en comparación con la media nacional de 6,4¹⁰.

En los Estados Unidos, los indígenas americanos y de Alaska tienen una esperanza de vida al nacer de cinco años menos que la población en general. La esperanza de vida de la población en general es de 76,9 años, de los cuales 71,8 para los afroamericanos, 71 para los indígenas y 77,4 para los blancos¹¹.

La mortalidad infantil

La mortalidad infantil es otro de los indicadores que sirve para medir los diferenciales en el estado de salud. En este capítulo se analiza este indicador por origen étnico en determinados países de los que se dispone de información.

Cuadro 1: Tasas de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos vivos, Sudáfrica, 1993

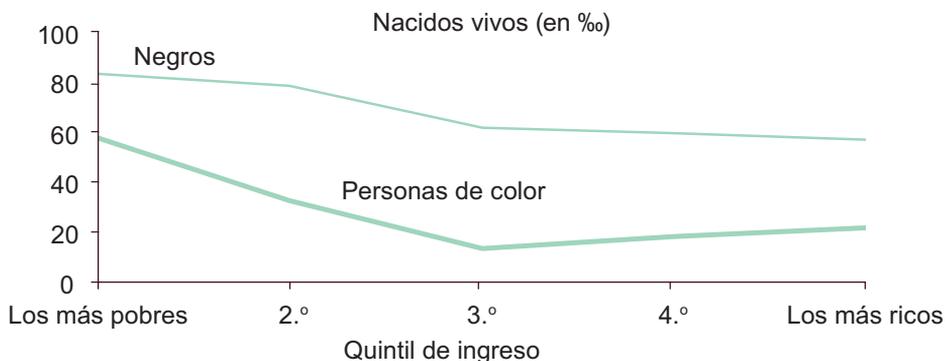
<i>Grupo</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil</i>
Negros	72
Gente de color	22
Indios	32
Blancos	13
Proporción: Blancos/Negros	5,5

Fuente: Gilson L. y Di McIntyre, «South Africa: addressing the legacy of apartheid» en *Challenging Inequities in Health*, Fundación Rockefeller/OPS, 2002.

En este cuadro se observa que la tasa de mortalidad infantil de los negros es cinco veces más elevada que la de los blancos. La proporción es superior a la de un análisis basado únicamente en el nivel de ingresos, en el que es aproximadamente tres veces mayor en el quintil más pobre que en el quintil más rico.

El estudio de este caso pone de manifiesto, sobre la base de los datos recabados en la Encuesta sudafricana del nivel de vida y desarrollo realizada en 1993, que es importante aislar la variable del origen racial o étnico, pues ésta evidencia las constantes desigualdades de aspectos diferentes al nivel de ingresos y a la educación.

Gráfico 1: Tasa de mortalidad infantil de negros y personas de color por quintiles de ingresos (Sudáfrica, 1993)



Fuente: Encuesta del nivel de vida y desarrollo, Sudáfrica, 1993.

El gráfico indica que la diferencia en las tasas de mortalidad infantil es superior a la de todas las variaciones en el nivel de ingresos y destaca que la proporción de los valores de las tasas correspondientes al grupo más pobre (quintil 1) es muy parecida a la del grupo de mayores ingresos (quintil 5).

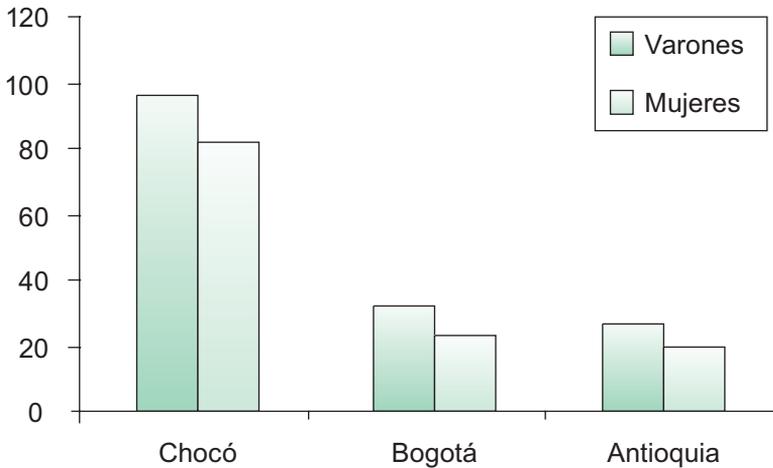
Cuadro 2: El riesgo relativo de mortalidad infantil de menores de 5 años (Sudáfrica, 1995)

Población	Riesgo relativo
Africanos	2,0
Gente de color	1,3
Indígenas	1,0
Blancos	1,0

Fuente: South African Health Review, Chapter 4: Health Status and Determinants, Sudáfrica, 2000.

Pese a la labor sistemática que el Gobierno de Sudáfrica viene realizando desde comienzos del decenio de los noventa a fin de estrechar la brecha de mortalidad infantil, el censo de 1996 indica que, en 1995, el riesgo de mortalidad de los niños africanos menores de cinco años continuaba siendo el doble que el de los niños blancos.

Gráfico 2: Mortalidad infantil en Colombia, en departamentos seleccionados, por sexo

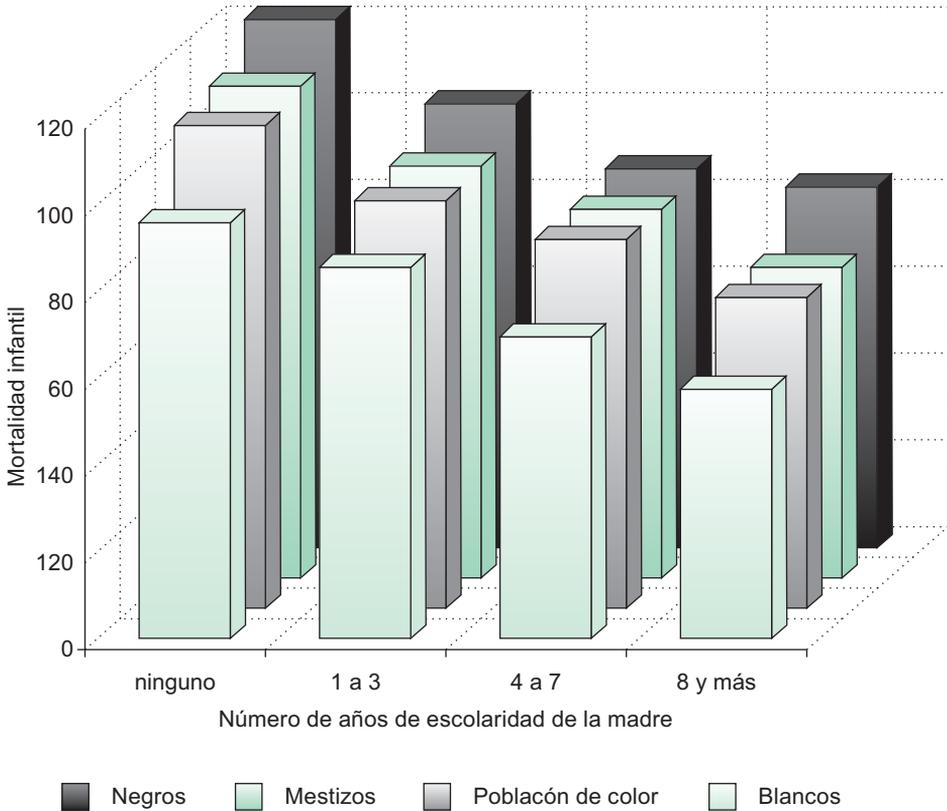


Fuente : Equidad en salud : desde la perspectiva de la etnicidad, OPS, Washington D.C., 2001.

Las cifras desglosadas por sexo en el gráfico 2 evidencian que la tasa de mortalidad infantil es tres veces mayor para los varones y cuatro veces para las niñas en el departamento de Chocó, donde la población es en su mayoría de origen africano, que en otros departamentos de Colombia, como Bogotá y Antioquia, donde es en su mayoría caucásica. La mortalidad infantil de los varones es superior a 90 por cada 1.000 nacimientos vivos en Chocó, pero inferior a la media nacional en Antioquia, donde es sólo inferior a 25.

Los especialistas se preguntan si el origen étnico es de hecho un macrofactor determinante de la salud o si las diferencias en las tasas de mortalidad infantil se correlacionan fundamentalmente con el nivel socioeconómico. El gráfico 3 corresponde al Brasil y en él se establece una correlación entre los niveles de escolaridad de las madres, desglosados por origen étnico, como medición indirecta del nivel de vida, y la mortalidad infantil.

Gráfico 3: Mortalidad infantil en el Brasil, por raza y años de escolaridad de la madre



Fuente: Pinto da Cunha, E., en Barata et al: *Equidade e saúde: Contribuições da epidemiologia*, Abrasco/FIOCRUZ, Río de Janeiro, 1997.

Si se compara la mortalidad infantil con los años de escolaridad de la madre, en cada grupo étnico se observa que los hijos de las mujeres afrodescendientes con mayor escolaridad (ocho años y más) tienen la misma mortalidad infantil que los hijos de las mujeres blancas analfabetas. Esto demuestra que la variable del origen étnico tiene cierta independencia del nivel socioeconómico de las personas medido por el nivel de escolaridad.

Tasas de homicidio

En los Estados Unidos las tasas de homicidio proporcionan otra medida de correlación entre la raza, la salud y las condiciones sociales.

Cuadro 3: Tasas de homicidio en los Estados Unidos de adultos entre 25 y 44 años, por raza y años de escolaridad (1994-1995)

Años de escolaridad	Hombres		Mujeres	
	Afro-americanos	Blancos	Afro-americanas	Blancas
< 12 años	163,3	25,0	38,2	10,2
12 años	110,7	10,6	22,0	4,7
> 13	32,4	2,9	9,4	1,6
Total (1995)	77,9	11,0	17,4	3,3

Fuente: LaVeist, Thomas, *Race, Ethnicity and Health*, Maryland, Jossey Bass, 2002.

En el cuadro 3 se observa que hay una diferencia constante entre las probabilidades de ser víctima de homicidio según la raza. Aun en la población masculina con educación terciaria, la razón entre afrodescendientes y blancos es de aproximadamente 11.

En cuanto a los homicidios, Esmeralda, una provincia del Ecuador con elevada población afrodescendiente, presenta una tasa de homicidio cuatro veces mayor que la media nacional, es decir, superior a 40%, en comparación con menos de 10%. Asimismo, se observa una diferencia considerable en el análisis de la tasa de suicidios, que es de 14 en la población afrodescendiente y de 5 para el total de la población. La tasa de suicidios se relaciona con la estabilidad emocional de las personas¹².

El acceso a los servicios médicos

El acceso a los servicios es un indicador clave para medir inequidades en la salud entre los grupos étnicos. Muchos estudios corroboran que el acceso se relaciona con la posición económica. Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos señaló que los no asegurados se distribuían de la siguiente manera: blancos, 10,2%; afrodescendientes, 19,7%; mexicano-americanos, 36,9%; puertorriqueños, 15,5% y cubano-americanos, 20,3%¹³. Cabe observar las minorías raciales y étnicas se encuentran en una situación mucho más precaria que los estadounidenses blancos en cuanto al acceso a los servicios médicos.

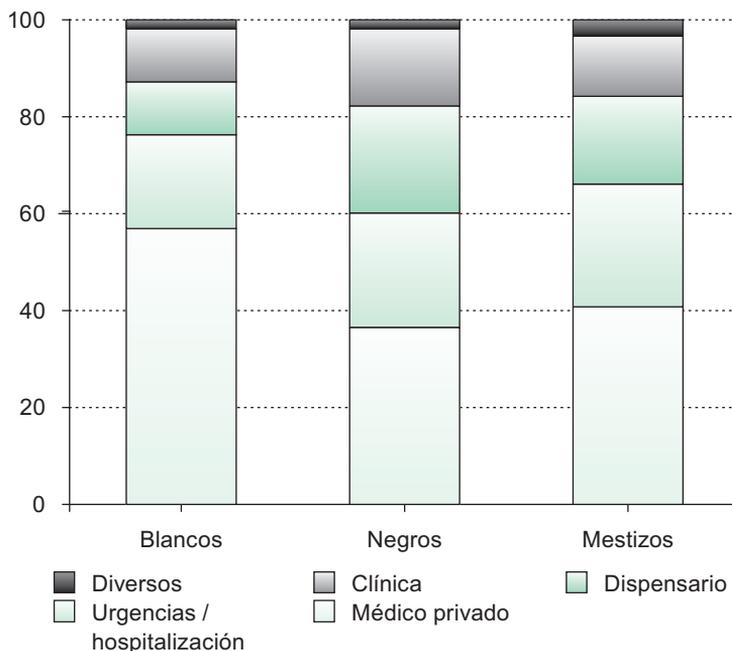
Mas cabe preguntarse si la respuesta a estas disparidades que se repiten en otros cuadros obedece más bien a la pobreza que al origen étnico. El cuadro 4 se basa en datos de la Encuesta de hogares realizada en el Brasil en 1998, en que figuran datos correspondientes al acceso a las diferentes clases de servicios de salud, diferenciando a los blancos de los afrodescendientes y desglosando esta última categoría en mulatos y negros. Los grupos étnicos tienen un comportamiento diferencial frente a los servicios que no obedece únicamente a las dificultades económicas, ya que se analiza el comportamiento dentro del quintil de ingresos más alto en las tres categorías (blancos, mulatos y negros).

Este comportamiento del quintil más alto, integrado por personas con el mayor poder adquisitivo, evidencia que quienes más recurren a la consulta médica privada son los blancos (la columna más alta), seguidos de los mulatos, que recurren menos, y de los negros, que recurren mucho menos. Ocurre lo contrario con las consultas a los servicios de urgencia a las que acude un porcentaje mucho más alto de personas afrodescendientes que de brasileños blancos.

Estas cifras ponen de manifiesto que los blancos con cierto nivel de ingresos optan por los servicios de salud de mejor calidad y dependen menos de los servicios públicos. Las visitas a las consultas médicas particulares implican también una actitud positiva ante la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Es probable que estas personas reciban mejores cuidados de salud debido a las frecuentes visitas médicas y a la prevención oportuna. Asimismo, los datos relativos a los Estados Unidos evidencian que la prontitud de las visitas médicas es uno de los factores clave para poder detectar a tiempo los problemas incipientes de salud¹⁴. El diagnóstico temprano o tardío incide sobremanera en la elección de las posibles clases de tratamiento. El diagnóstico tardío imposibilita el recurso a ciertos tratamientos por no tener ya objeto alguno la aplicación de los mismos.

Por consiguiente, las personas afrodescendientes se ven sometidas a tratamientos mucho más extremos, como extracciones y amputaciones, por no recurrir a tiempo a los servicios médicos. En comparación con los estadounidenses blancos, los afroestadounidenses tienen más probabilidades de padecer asma y recibir tratamiento en los servicios de urgencia y ser hospitalizados, lo que implica el acceso limitado a los servicios de prevención y de atención primaria de salud. Asimismo, es más probable que los afrodescendientes se tengan que someter a más amputaciones que los blancos¹⁵.

Gráfico 4: Clase de servicio que suele utilizar el quintil de ingresos per cápita más altos, por grupo étnico, Brasil, 1998



Fuente: Elaborado por la OPS con datos estadísticos oficiales de la Encuesta de hogares del Brasil, PNAD, 1998.

Muchos de los factores relacionados con el origen social pueden impedir o fomentar el acceso a los servicios de salud de los distintos grupos étnicos. Entre éstos se encuentran los ingresos, la educación, el sexo, la edad, las habilidades lingüísticas y cómo percibe una persona el propio estado de salud. Un estudio de la población de origen chino en Inglaterra demostró que este grupo poblacional indicó condiciones de salud análogas entre sí, pero eran pocas las personas que acudían a las consultas de médicos generalistas¹⁶. Se realizó una encuesta como parte del estudio, que evidenció que sólo un 19% de los miembros de la comunidad china en Inglaterra acudió al médico el mes anterior a la entrevista, en comparación con un 28% de la población en general. Asimismo, este porcentaje se mantuvo bajo durante un período prolongado. Durante los 12 meses anteriores a la entrevista, 64% de la población china había acudido a una consulta de un generalista, en comparación con 76% de la población en general. El estudio llega a la conclusión de que el idioma es un obstáculo para los miembros de la comunidad china que no hablan inglés y prefieren consultar a los médicos chinos tradicionales.

El acceso al tratamiento y a los cuidados de salud mental pone también de manifiesto las disparidades entre los grupos. Los estudios evidencian que las barreras que impi-

den el acceso a los cuidados de salud mental se pueden relacionar con factores tales como la segmentación en la calidad de los servicios o estriban en las diferencias culturales. Así pues, es posible que haya un estigma vinculado con las enfermedades mentales, lo que imposibilita que las personas recurran a pedir ayuda¹⁷. Un estudio de estadounidenses de origen mexicano que padecían trastornos de salud mental evidenció que éstos solían recurrir menos a consultar a los especialistas de salud mental que los blancos no hispanos¹⁸.

2. Equidad, etnicidad y políticas públicas

Hay consenso acerca de los valores fundamentales de las sociedades democráticas modernas con objeto de lograr una ciudadanía sin restricciones, a saber, la aplicación de los derechos humanos, la tolerancia, la equidad, el pluralismo y la igualdad étnica y racial.

En el siglo XX, el compromiso con el valor de la igualdad de ciudadanía se expresó en muchas sociedades para planificar e implementar el «acceso universal» a los programas de salud. En los últimos 50 años, el sector de salud en muchos países ha tenido dificultades para contrarrestar la mortalidad infantil y materna, mejorar las condiciones de salud en general y ampliar la cobertura. La iniciativa de la OMS para el año 2000, «Salud para todos» desarrolló estrategias relativas a la atención primaria de salud y la prevención de enfermedades centrándose en los grupos más desfavorecidos¹⁹.

En los últimos decenios del siglo XX, se comenzó a debatir si estas iniciativas de prevención eran o no suficientes para velar por la igualdad de acceso a los cuidados de salud. Las investigaciones realizadas en este ámbito confirmaron que siempre habían sido fructíferas. Los esfuerzos para mejorar las oportunidades a fin de que los ciudadanos pobres y desfavorecidos ejerzan los derechos políticos a través de los procesos electorales como votantes han sido más eficaces, aunque han tenido menos éxito por lo que se refiere a su acceso a los puestos representativos en la sociedad.

En otros ámbitos que reflejan la calidad de vida (como la salud, la educación, la vivienda, la sanidad) continúan persistiendo grandes brechas entre los grupos sociales de una misma sociedad. Uno de estos grupos son los inmigrantes. Los inmigrantes, que llegan a un país en busca de libertad, incluso en algunos casos para salvar su vida o poder disfrutar de mejores condiciones materiales de vida, descubren que al igual que la desventaja social que llevan consigo, se topan con barreras de otra índole y con el rechazo cultural (idioma, vestimenta, religión). Asimismo, se percatan de que comparten niveles análogos o inferiores que las minorías étnicas locales en cuanto a salud, instrucción, vivienda e ingresos.

Es sabido que el tropiezo más notable que sufren los inmigrantes para tener acceso a los servicios de cuidados de salud estriba directamente en su condición de inmigrantes y en su empleo frecuente en el mercado laboral no estructurado (labores agrícolas, tra-

bajo a destajo, etc.), lo que no les proporciona prestaciones sociales. No obstante, son pocos los países que disponen de estadísticas comparativas en relación con los grupos de inmigrantes y la salud.

En el pasado, las políticas sociales, como principal instrumento de acceso a la seguridad social de los desfavorecidos y los pobres, han tenido dificultades para hacer partícipes a ciertos sectores de la población, en particular, a las minorías étnicas y a los trabajadores migrantes. El enfoque universal, habida cuenta de variables como el sexo, el origen étnico/racial y el nivel de ingresos, ha dado lugar a grandes brechas entre los distintos segmentos de la población, al margen de la variable que se escoja²⁰. La discriminación racial como factor social propicia estas disparidades de salud entre la población. La discriminación en el ámbito de la salud reviste muchos aspectos, entre ellos, las dificultades de acceso a los servicios, la mala calidad de los servicios disponibles y la información inadecuada para tomar decisiones²¹. Asimismo, puede que la discriminación obedezca a factores indirectos como el estilo de vida, el lugar de residencia, el empleo, el nivel de ingresos y las condiciones individuales o familiares.

Hay una honda y tenaz relación entre la pobreza y la etnicidad, lo que dificulta el análisis por separado de estos dos procesos. Antes se mencionó someramente que hay pruebas de que la etnicidad es una variable que aumenta las desventajas y que puede operar al margen de la clase social o de los estratos socioeconómicos. Sin embargo, cabe preguntarse si las políticas para contrarrestar la pobreza, pensadas para los pobres en general, servirían también para poner fin a las disparidades étnicas. ¿Por qué las políticas, concebidas según el modelo de acceso universal, no han bastado para proporcionar, en el pasado, igualdad de oportunidades a los ciudadanos de diferentes orígenes étnicos? ¿Qué se puede hacer en el sector de salud para invertir esta tendencia a las disparidades?

Las respuestas a estas preguntas siguen aún sin ser lo suficientemente claras, mas quienes formulan las políticas en distintos países han tratado de encontrar soluciones y han implementado programas y proyectos cuyas pautas y lecciones serían de provecho.

Algunos países han instituido programas de salud especializados para las minorías étnicas y la población indígena como los Servicios de Salud de los Aborígenes de Australia y los Servicios de Salud de los Indígenas de los Estados Unidos. Asimismo, se han concebido programas especiales en los ministerios de salud, como es el caso en Bolivia, el Brasil, Colombia y el Ecuador. De esta experiencia se deducen ciertas pautas y consejos para satisfacer las necesidades de las minorías, entre ellos:

- la necesidad de desglosar los datos estadísticos por raza y grupo étnico;
- la perspectiva étnica se debe incluir en el modelo de los programas de salud específicos para indigentes;

- la participación de las minorías étnicas se debe propiciar al formular y evaluar los proyectos de salud;
- los servicios de salud deben superar las barreras culturales para posibilitar el acceso a los grupos étnicos y raciales;
- se debe fomentar el uso de la medicina tradicional como parte de los sistemas y de los programas de atención de la salud pública.

3. La importancia del desglose de datos

Uno de los problemas fundamentales que enfrenta la labor para formular, controlar y evaluar las políticas de salud pública, habida cuenta de las diferencias étnicas y raciales, radica en la falta de información²². A fin de luchar contra la discriminación y la desigualdad, debe ser más clara la composición étnica de la población. Sin datos fidedignos recabados de manera sistemática y paulatina, que se clasifiquen o desglosen por origen étnico, no se podrán solventar con eficacia los problemas y desafíos que plantea la discriminación étnica y racial, incluidos los relativos a la salud. Es pues necesario incluir preguntas acerca del origen étnico en el censo, en las encuestas por hogares y demás sistemas de recolección de datos públicos con objeto de formular políticas públicas basadas en los resultados. La Conferencia de Durban reconoció que esta clase de datos desglosados es fundamental para erradicar el racismo, la discriminación racial y la xenofobia e instó a que todos los países lleven a cabo la recolección de datos de esta manera²³. Estos datos se están recopilando en cierto número de países desarrollados y en desarrollo. Los Estados Unidos y el Reino Unido son buen ejemplo de ello, pues en estos países se llevan recolectando estos datos desde hace decenios. Más recientemente, muchos países de América Latina y el Caribe (la Argentina, Belice, Bolivia, el Brasil, Chile, Costa Rica, el Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Paraguay y Venezuela) incluyeron una pregunta relativa al origen étnico en el censo correspondiente a 2000²⁴. El siguiente paso sería incluir el origen étnico en las encuestas periódicas de hogares, de amplia utilización en la recopilación de datos socioeconómicos. En el ámbito de la salud, convendría añadir el origen étnico a los datos recabados por los sistemas de información de salud de cada país incluyendo, por ejemplo, los certificados de nacimiento y de defunción en los informes relativos a las enfermedades contagiosas. Muchas autoridades de salud pública no han adoptado todavía esta práctica y prevalece la falta de información en este ámbito.

El análisis de las condiciones de salud desde la perspectiva del origen étnico *a priori* no parece ser apropiado, porque desde el punto de vista biológico no existe, como se señaló anteriormente, más que una sola raza humana. Desde la perspectiva médica, un enfermo perteneciente a una minoría racial o étnica requiere un tratamiento similar al de cualquier otra persona de la misma edad y sexo con síntomas parecidos. Por tanto, la información del origen no es, o en principio no debería ser, pertinente.

No obstante, una mirada más amplia de la salud pública con un criterio de equidad así lo exige. Se pueden establecer ciertos indicadores en que el origen étnico tiene un impacto significativo. Estos diferenciales son los siguientes:

- la esperanza de vida al nacer;
- las tasas de mortalidad, en particular infantil y materna;
- las condiciones de salud en relación con ciertas patologías como las afecciones cardíacas, la diabetes, la hipertensión y la anemia deprimada;
- el acceso a la atención médica, la prevención de enfermedades y los servicios de promoción de la salud;
- la frecuencia de consultas para recibir atención médica, y
- la calidad en la prestación de los servicios.

Por consiguiente, no se puede hacer caso omiso de la importancia fundamental de la información étnica y racial si se pretende alcanzar logros en la igualdad y universalidad del disfrute de la salud y el acceso a los servicios de salud.

4. Conclusiones

Con esta breve exposición se evidencia el hecho de que hay disparidades reales en la prestación y en el acceso a los servicios de salud que repercuten en las personas de distinto origen racial y étnico, así como en otros grupos, como los inmigrantes. Esto se explica por el bajo nivel de representación política y la capacidad limitada para conformar el capital social, razones fundamentales para operar cambios en su situación social. Los hechos demuestran que también inciden las restricciones de ciudadanía y demás barreras para el pleno ejercicio de sus derechos. Los prejuicios raciales, pasados y presentes, así como la discriminación, influyen en estos factores.

La situación social, común a prácticamente todas las minorías étnicas, genera pobreza. Esto se traduce, día a día, en bajos niveles de ingresos, domicilios que suelen estar lejos y en zonas mal abastecidas, dificultades para instruirse y acceder a otros servicios, falta de herramientas adecuadas para resolver problemas, estructuras mal dotadas para la consulta y la coordinación con los organismos gubernamentales, así como falta de información acerca de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tan necesaria para operar un cambio de actitud y llevar un estilo de vida más sano. Algunas comunidades indígenas y étnicas se muestran reticentes a intercambiar información con las autoridades sanitarias debido al miedo a la estigmatización, pero hay que superarlo, pues del aislamiento se nutre el círculo de la pobreza.

Actualmente, quienes se ocupan de formular políticas y programas de cooperación técnica deben establecer prioridades, pero la decisión se debe tomar a nivel nacional o local con objeto de satisfacer de forma más idónea las necesidades de la población. Se pueden sugerir algunas pautas para tratar de eliminar las disparidades, vinculando la

pobreza con la etnicidad. La primera prioridad es la cooperación con las instituciones encargadas de las estadísticas nacionales que recaban datos estadísticos y con los ministerios de salud a fin de llevar a cabo el desglose de datos por origen étnico. La segunda es establecer y sistematizar las buenas prácticas que hayan dado resultado en relación con la organización de servicios específicos para los grupos étnicos. Por último, se deben desarrollar metodologías dirigidas específicamente a abordar las necesidades existentes. Los programas compensatorios de acción afirmativa para determinados grupos podrían ser una iniciativa positiva para contrarrestar las disparidades históricas, al menos durante una etapa transitoria. Esta clase de iniciativas se ha debatido sobremedida y ha dado lugar a controversias. Sin embargo, también ha ido en aumento el apoyo de nuevas políticas. Los estudios realizados en el Brasil llegaron a la conclusión de que si no se lleva a cabo una acción afirmativa para favorecer a los grupos étnicos será necesaria más que toda la vida de la generación actual para corregir las actuales disparidades sociales²⁵. Robert Martins, experto del ACNUDH escribió que «hay que diferenciar la población afrodescendiente en las políticas públicas para satisfacer la deuda histórica»²⁶. Es pues irrefutable que para lograr los objetivos de equidad de la salud habrá que poner en práctica medidas extraordinarias.

En 2002 tuvo lugar un seminario de seguimiento de la Conferencia de Durban, en el cual se resumió la labor futura en la región de América Latina y el Caribe. El seminario indicó lo siguiente:

«a pesar de la insuficiente información disponible en este campo [es sabido que] los grupos afrodescendientes, indígenas y migrantes de América Latina y el Caribe están afectados por desigualdades en el ámbito de la salud en proporciones considerablemente más elevadas que la población general de la región. Dichas desigualdades se refieren tanto a la situación de salud como al acceso, la utilización y el financiamiento de los servicios de salud. Su reducción exige la acción mancomunada de los Estados, las comunidades interesadas, la sociedad civil y la cooperación externa en el desarrollo de políticas y programas de salud que discriminen positivamente a dichos grupos.»²⁷

En el ámbito regional, incumbe ahora a los gobiernos, las instituciones financieras y los organismos de cooperación técnica la responsabilidad de formular programas, coordinar equipos y fomentar la participación de la sociedad civil con miras a lograr el objetivo de las mejores condiciones posibles de salud para todos los ciudadanos, al margen de su origen étnico.

Lecturas complementarias

Organización Mundial de la Salud, *Salud y ausencia de discriminación*, agosto de 2001.

Alderete (Wara) E., *The Health of Indigenous Peoples*, 1999.

Temas para debatir

¿Qué pruebas ofrece la autora por lo que respecta a la posibilidad de diferenciar la discriminación racial o étnica de la pobreza como variable para explicar las diferencias en las condiciones de salud? El Programa de Acción de Durban insta a que la recopilación de datos relativos al origen étnico se realice con el consentimiento explícito de las personas, teniendo en cuenta la forma en que se definan a sí mismas y de conformidad con las normas relativas a los derechos humanos y las libertades fundamentales, como las disposiciones sobre protección de datos y las garantías de la intimidad (párr. 92). ¿Prevén Uds. problemas al respecto?

Referencias

- ¹ Convenio n.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado el 27 de junio de 1989 por la Conferencia General de la OIT en su 76.ª reunión, en vigor desde el 5 de septiembre de 1991.
- ² Organización Panamericana de la Salud (OPS), «Etnia, pobreza y salud en la Región de las Américas: Una mirada histórica para entender esta relación», en *Equidad en Salud: desde la perspectiva de la etnicidad*, Washington D.C., 2001.
- ³ Véase, por ejemplo, la conferencia «La salud desde una perspectiva étnica», Organización Panamericana de la Salud, junio de 2001, y «Hacia una visión compartida de desarrollo: Diálogo de alto nivel sobre raza, etnicidad e inclusión en América Latina y el Caribe», Banco Interamericano de Desarrollo, junio de 2001.
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Disparidades de salud en América Latina y el Caribe*, Washington D.C., octubre de 1999. Kliksberg, Bernardo, «Inequality in Latin America: a key issue», INDES, BID, Washington D.C., 1998.
- ⁵ Véanse los párrafos 100, 101 y 109 a 111 del Programa de Acción de Durban.
- ⁶ Entre los países figuran: Australia, Barbados, Brasil, Canadá, Chile, China, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Noruega, Reino Unido, Sudáfrica, Suecia, Trinidad y Tabago, y Viet Nam.
- ⁷ Wood Ch. de Carvalho J.A., «Demografia da desigualdade no Brasil», IPEA (serie PNPE, 27), Río, 1994.
- ⁸ Oliveira F., «Saúde da população negra», OPS-SEPPPIR, Brasilia, 2001.
- ⁹ Trish, H., *Australian population health – a comparative analysis*, Aboriginal Health Services, Sidney, 2002.
- ¹⁰ Torres, C.: *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*, OPS, Washington D.C., 2001.
- ¹¹ Indian Health Services, News Letter, abril de 2001.
- ¹² Torres, C.: *Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad*, OPS, Washington D.C., 2001.

- ¹³ Treviño F. et al., «Quality of health care for ethnic/racial minority populations», *Ethnicity and Health*, 1999, 4(3), págs.153 a 164.
- ¹⁴ Smedley, B. D. et al., *Unequal Treatment*, Institute of Medicine, Washington D.C., National Academy Press, 2001.
- ¹⁵ *Ibid.*
- ¹⁶ Kerry A. Sproston et al., «The use of primary care services by Chinese population living in England: examining inequalities», *Ethnicity and Health*, 2001, 6(3/4), págs. 189 a 196.
- ¹⁷ Del Vecchio M.-J. et al., «The culture and racial/ethnic and class disparities in health care», en *Unequal Treatment*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington D.C., 2001.
- ¹⁸ Chamberlain D. et al., «Racial Differences in Attitudes toward Professional Mental Health Care and in the Use of Services», en LaVeist, T. A. (ed.), *Race, Ethnicity and Health*, National Research Council, 2002. Joah G. I. (ed.), *Emerging Issues in Hispanic Health: Summary of a Workshop*, Committee on Population, Division of Behavioural and Social Sciences and Education, Washington D.C., 2002.
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud, *Política de salud para todos para el siglo XXI* (resolución WHA51.7), Declaración Mundial de la Salud, 16 de mayo de 1998, 51.^a Asamblea Mundial de la Salud.
- ²⁰ En los Estados Unidos se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la salud a partir de mediados del decenio de los noventa. A resultados de esta revisión, el Gobierno del presidente Clinton comenzó a aplicar, en 1999, la iniciativa de salud popular 2020, cuya finalidad es reducir las disparidades de salud de los distintos grupos étnicos/raciales.
- ²¹ Bhopal, R., «Specter of racism in health and healthcare – lessons from history and the United States», *British Medical Journal*, 27 de junio de 1998, pág. 316.
- ²² Véase también el capítulo 6 sobre información relativa al VIH/SIDA.
- ²³ Párrafo 92 del Programa de Acción de Durban.
- ²⁴ Mejía Guerra, José Antonio, «El papel de los distintos actores en la inclusión de los grupos étnicos y poblaciones afrodescendientes en los censos», presentado en la reunión *Todos contamos: los censos y la inclusión social*, que celebró el Banco Mundial en Lima, del 23 al 25 de octubre de 2002.
- ²⁵ Jaccoud L. y Beghin N., «Desigualdades Raciais no Brasil: Um balanço da intervenção governamental», Brasilia, IPEA, 2002. Carneiro, S., «O mito de a desigualdade racial ser produto das diferenças educacionais também está em xeque». Documento da Articulação de Muleheres Negras Brasileiras-Rumo à III Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, Caros Amigos, julio de 2002. Reichmann, R. «Race in Contemporary Brazil: From Indifference to Inequality», *Canadian Journal of Sociology*, en línea, marzo-abril de 2000.
- ²⁶ Martins, R. «O peso da desigualdade racial», *Gerais Jornal Estado de Minas*, Belo Horizonte, 14-10-2003.
- ²⁷ Informe del Seminario regional de expertos para América Latina y el Caribe sobre el cumplimiento del Programa de Acción adoptado en Durban, México D.F., 1.º a 3 de julio de 2002.