

**Documento de la OMS para la
Conferencia
Mundial
Contra
el Racismo, la
Discriminación
Racial,
la Xenofobia
y las Formas
Conexas
de Intolerancia**

**Salud y
ausencia de
discriminación**

“Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. Muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales fundamentales, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad ... La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y a menudo constituye la raíz del mal estado de salud.”

El documento de la Organización Mundial de la Salud para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia insta a la Conferencia a que tenga en cuenta el vínculo entre la discriminación racial y la salud, señalando en particular la necesidad de mayores investigaciones para estudiar los vínculos entre los resultados de salud y el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.

***Serie de publicaciones
sobre salud y derechos
humanos, No. 2***

Para mayor información, comunicarse con:
Salud y Derechos Humanos
Globalización, Políticas Transectoriales y Derechos Humanos
Departamento de Salud y Desarrollo,
Organización Mundial de la Salud
20, avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Tel. (41) 22 791 2523 – Fax: (41) 22 791 4726
E-mail: nygrenkrugh@who.int

Cristina Torres Parodi
Asesor Regional en Desarrollo de Políticas de Salud
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud / Organización
Mundial de la Salud
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel. 202-9743217
E-mail : torrescr@paho.org

***Serie de publicaciones sobre
salud y derechos humanos,
No. 2, agosto de 2001***



Documento de la OMS para la
Conferencia mundial
contra el Racismo,
la Discriminación Racial, la Xenofobia
y las Formas Conexas Intolerancia

Salud y ausencia de
discriminación



Índice

1. *Introducción* página 5
2. *Antecedentes*
- 2.1 Derechos humanos en cuanto a salud, y discriminación página 6
 - 2.2 Desigualdades en la salud debidas a la discriminación página 7
3. *Factores determinantes de las desigualdades en la salud*
- 3.1 Factores determinantes del sector de la salud página 8
 - 3.2 Factores determinantes socioeconómicos página 11
4. *Conclusiones* página 12
- Anexo:* Variaciones de los indicadores sobre salud y acceso a los servicios correspondientes: perspectiva regional página 15



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

1 - Introducción

- 1- La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1948, declara que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...” 1, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y prohíbe la discriminación en su goce.²

(1) Documentos básicos. Cuadragésima tercera edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946.

(2) Id. Preámbulo.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

- 2- La Organización Mundial de la Salud reconoce a la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia como foro que brinda una oportunidad singular para la formulación y adopción de un nuevo enfoque para abordar el efecto sanitario del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

2 - Antecedentes

2.1 SALUD, DERECHOS HUMANOS Y DISCRIMINACIÓN

- 3 - Sobre los grupos vulnerables y marginados de la sociedad recae una proporción desmedida de problemas de salud. Muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales básicas, íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad. La mortalidad y la salud en general se apartan rara vez de la economía y las relaciones sociales, lo cual lleva a la conclusión de que para eliminar las diferencias en los resultados de salud se deben abordar las desigualdades sociales subyacentes que las producen como corolario directo.
- 4 - Los derechos humanos proporcionan un marco útil para individualizar, analizar y responder directamente a los factores determinantes sociales de la salud. La vulnerabilidad a la mala salud puede reducirse tomando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Los esfuerzos de los gobiernos para cumplir sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos deben ser deliberados, concretos y de objetivos trazados lo más claramente posible.
- 5 - La ausencia de discriminación por motivos de raza y grupo étnico, sexo y concepto de género, e idioma y religión, es una norma totalizadora y fundamental pertinente a todos los aspectos de la vida pública. Si bien el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dispone la realización progresiva y reconoce las restricciones debidas a los límites de los recursos disponibles, impone asimismo distintas obligaciones de efecto inmediato. En este sentido, reviste especial importancia el "...compromiso para garantizar..."

que los derechos pertinentes se ejerzan "...sin discriminación alguna..." .

- 6 - La discriminación explícita o implícita infringe uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y suele ser la causa de la mala salud. La discriminación contra la mujer; los ancianos; las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas; las personas con discapacidades; las poblaciones indígenas y otros grupos marginados en la sociedad provoca y agrava la pobreza y la mala salud.



Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

- 7 - El respeto de los derechos humanos se distingue y caracteriza por el principio de la ausencia de discriminación. La responsabilidad gubernamental en cuanto a la no discriminación incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformidad con la ley, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial obliga a los Estados partes de la misma a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de todas las personas, sin distinciones de raza, color de la piel u origen nacional o étnico, y la igualdad ante la ley, en particular en lo que hace al disfrute de esos derechos.

- 8 - Una observación general sobre el derecho al grado máximo alcanzable de salud, recientemente adoptada por el Comité de Vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, enumera los motivos de la no discriminación en la salud al proscribir “toda discriminación en el acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para obtenerlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, discapacidades de nacimiento o de índole física o mental, estado de salud (incluida la infección por el VIH/SIDA), orientación sexual, estado civil, político, social o de otra índole, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio del derecho a la salud”.³

(3) Comentario general sobre el derecho a la salud, adoptada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el 11 de mayo de 2000, párrafo 18. (E/C.12/2000/4 de CESCR Comentario general 14, 4 de julio de 2000.)

2.2 DESIGUALDADES EN LA SALUD DEBIDAS A LA DISCRIMINACIÓN

- 9 - Las investigaciones han demostrado que las desigualdades en cuanto a salud y asistencia sanitaria de los grupos étnicos y raciales son obvias⁴ y que, de las explicaciones de dichas desigualdades, el racismo es la más preocupante.⁵ Por consiguiente, se ha sugerido que se preste atención a los factores de género, ascendencia y grupo étnico, estado socioeconómico, discapacidad, orientación sexual y condiciones de vida en medios rurales que influyen en los resultados de salud, y que se preste asimismo atención a los efectos de salud que las instituciones, las leyes, las políticas y los programas pueden tener en los grupos étnicos y raciales.⁶

(4) Véase el anexo: Variaciones de los indicadores sobre salud y acceso a los servicios correspondientes: perspectiva regional.

(5) Bhopal R. Spectre of racism in health and health care: lessons from history and the United States. *British medical journal*, 27 de junio de 1998 316 (7149):1970–1973.

(6) Kurland J. Public health in the new Millennium II. Social exclusion, julio/agosto de 2000 115(4):298–301.

El respeto de los derechos humanos, cuyas normas están contenidas en numerosos instrumentos internacionales sobre derechos humanos, es una herramienta importante para la protección de la salud. Los grupos más vulnerables de la sociedad—la mujer, el niño, los pobres, las personas con discapacidades, los desplazados internamente, los migrantes y los refugiados—son los más expuestos a los factores de riesgo que provocan una mala salud. La discriminación, la desigualdad, la violencia y la pobreza exacerban su vulnerabilidad.

Por ende, es fundamental no solamente defender el derecho a la salud, sino también velar por que se respeten todos los derechos humanos y se aborden los factores determinantes económicos, sociales y culturales que condujeron a la mala salud.

Mary Robinson, Alta Comisionada de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Noveno Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, Pekín, 2 al 6 de septiembre de 2000.

- 10 - El género es un tema afín a todas las cuestiones relacionadas con la salud y el desarrollo, relativo a la manera diferente en que las políticas y los programas afectan a la mujer y al hombre. Otra dimensión importante que hay que tener en cuenta es la forma en que la discriminación racial se combina y multiplica en relación con otros motivos de discriminación, como el sexo y los roles de género, la edad (niñez y ancianidad), la orientación sexual, la religión, la afiliación política, la discapacidad física y mental y otros estados de salud. Por ejemplo, la combinación de discriminación racial y discriminación por motivos de género se ha traducido en una mayor vulnerabilidad para las mujeres de origen africano, muchas de quienes están sometidas a explotación y tráfico sexual en el continente americano. En muchos países latinoamericanos la infección por el VIH/SIDA tiene una incidencia elevada entre los hombres y las mujeres de origen afrolatinoamericano. Ello obliga a prestar especial atención a las mayores dificultades que plantea la discriminación múltiple.

3 - Factores determinantes de las desigualdades en la salud

3.1 FACTORES DETERMINANTES DEL SECTOR DE LA SALUD

11 - A la hora de explicar las discrepancias en los indicadores sobre situación sanitaria y acceso a los servicios correspondientes, los factores más pertinentes, relacionados con el sector de la salud, son los siguientes:

◆ **Acceso a los servicios de salud.** Las barreras al acceso a los servicios de salud son un factor clave en la diferenciación de los resultados de salud entre los distintos grupos dentro de una sociedad. Hay varias razones prácticas al respecto, incluidas la ubicación y el costo. Históricamente, la segregación física sobre la base de la raza y el grupo étnico se verificó en vecindarios y regiones. Coincidentemente, los servicios públicos en esas áreas, incluidos los de salud, pueden ser de menor calidad y eficiencia. Por ejemplo, los médicos, los equipos y los servicios están muy concentrados en las zonas urbanas. Se requieren servicios críticos para garantizar el acceso a los servicios de salud, como por ejemplo, transporte subvencionado.

Comentario general sobre el derecho al grado máximo de salud alcanzable, adoptada por el Comité de Vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mayo de 2000:

“Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos. Esto incluye el requisito de que dichos establecimientos, bienes y servicios estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de

la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales”.

◆ **Sensibilidad cultural.** Hay otros factores excluyentes relacionados con el idioma y los valores culturales. La visión cósmica de la salud y las enfermedades forman parte de los sistemas de creencias, que varían con cada grupo étnico. Según algunos, las enfermedades pueden ser provocadas por seres humanos con grandes poderes, por fuerzas sobrenaturales, o por accidentes, excesos o carencias. Dichas creencias pueden provocar en las personas una reticencia a usar servicios de salud modernos de base científica. En esos casos, la medicina tradicional desempeña una función importante en la prevención y curación de enfermedades. En consecuencia, la prestación de servicios de salud modernos debe tener muy en cuenta las distintas creencias culturales, con una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso de las minoría étnicas por ese motivo.

El Convenio (No. 169) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la OIT (1991), obliga a los gobiernos que la ratificaron a velar por que:

1. “... se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”.

2. “Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales”.



Photo: WHO/PAHO/Dana Downing

3. “El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria”.

4. “La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”.

◆ **La calidad de los servicios** es otro aspecto que se debe tener en cuenta al explicar las diferencias entre los indicadores de salud de los grupos mayoritarios y minoritarios. Se deben analizar dos dimensiones de la calidad de la atención. En primer lugar, la relación entre el médico y el paciente, en la que pueden entrar en juego los sesgos ideológicos del personal y los servicios, traduciéndose en diferencias en la calidad de atención dentro de la misma institución asistencial. En segundo lugar, el adiestramiento y el tamaño del equipo profesional y la disponibilidad y el empleo de tecnología, además del modelo de salud utilizado por el equipo sanitario: las prácticas orientadas a la prevención de enfermedades y promoción de la salud (o la falta de dichas prácticas) conducen a diferencias en los indicadores sanitarios.

Comentario general sobre el derecho al máximo nivel posible de salud, adoptada por el Comité de vigilancia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, mayo de 2000:

Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

◆ **Lo oportuno** del acceso a los servicios es otro aspecto pertinente que hay que tener en cuenta. Las personas pueden tener acceso a servicios de salud, pero en algunos casos sólo los pueden aprovechar en forma tardía, lo que elimina las posibilidades de éxito en el tratamiento médico. Ello podría explicar las diferencias entre los indicadores. Las razones que llevan a las personas o los grupos a demorar el momento de la consulta se relacionan en parte con los aspectos ya mencionados, es decir, costo, ubicación e idioma; pero también se vinculan con la comprensión del proceso de salud/enfermedad por parte de las personas y con los conocimientos y la información a su disposición sobre el papel de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Se busca ayuda con mayor presen- teza cuando el sector sanitario tiene una perspectiva integral, étnica y sensible más amplia sobre la forma de organizar y suministrar los servicios.

La medición de la OMS sobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud reconoce a la atención inmediata como una “atención inmediata en situaciones de urgencia y tiempos de espera razonables para situaciones que no son de urgencia”.

Además, los principios internacionales de derechos humanos incluyen la obligación de los gobiernos de respetar el derecho de las personas para buscar, recibir e impartir información e ideas sobre cuestiones de salud. El suministro de información sobre la salud, y el acceso a dicha información, también se considera un “factor determinante básico de la salud” y, como tal, parte fundamental del logro del derecho al máximo nivel posible de salud.

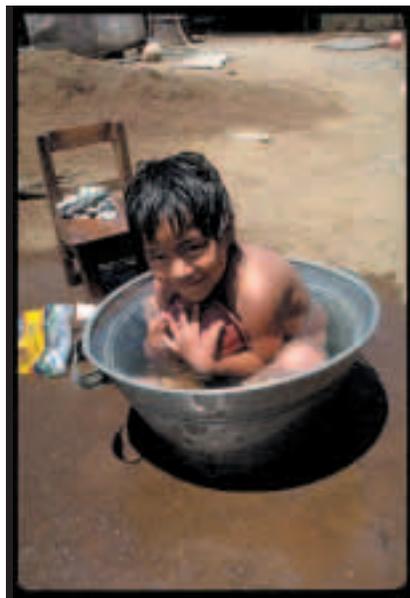


Photo: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

◆ La discriminación en el sistema de salud.

Por último, está el efecto de la segregación y la discriminación practicadas por los propios servicios de salud contra los pacientes minoritarios. Este es un ámbito menos analizado en la bibliografía disponible. Sin embargo, es posible que en algunos casos los sistemas de salud también caigan en el mismo estereotipo que existe en el conjunto de la sociedad, reforzando así, cuando no agravando, la discriminación. En este sentido, se reconoce cada vez más la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales de la salud acerca de los derechos humanos, haciendo hincapié en la ausencia de discriminación, y acerca de la forma de abordar este asunto en todas sus dimensiones en las situaciones prácticas.

- 12 - La discriminación ha provocado la exclusión social y la marginación de grupos de población específicos. A su vez, ese proceso puede volver a dichos grupos aún más vulnerables a la pobreza y la mala salud. Por lo tanto, esos factores determinantes más amplios de la salud, a menudo arraigados en la discriminación, se generan a partir del desarrollo histórico, cultural y socioeconómico, que ha introducido sesgos en la igualdad de oportunidades para las personas provenientes de poblaciones minoritarias e indígenas.⁷

(7) Thomas VG. Explaining health disparities between African-American and white populations: where do we go from here? *Journal of the National Medical Association*, 1992 84(10):839-840; Navarro V. Race or class versus race and class: Mortality differentials in the United States. *Lancet* 1990 336:1238-1240.

La Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial dice en su Artículo 1 que: “...la expresión «discriminación racial» denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico” que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos, incluidos el derecho a la asistencia sanitaria, la educación, el trabajo y una vivienda adecuada.

3.2 FACTORES DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

- 13 - Las investigaciones indican que las tasas de mortalidad son mayores para los pobres que para los ricos en todas las edades. Esta diferencia es particularmente elevada en la lactancia y la niñez.⁸
- 14 - La segregación relega a ciertos sectores de la población a vecindarios con menos recursos, servicios más deficientes y un entorno humano y material degradado. Las poblaciones sometidas a discriminación tienen mayores probabilidades que otras de habitar en zonas afectadas por la contaminación y el deterioro medioambientales, y también de verse afectadas negativamente por factores que hacen al modo de vida

como el régimen alimentario, el uso indebido de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y drogas) y el comportamiento social (violencia y accidentes).

- 15 - La situación educacional tiene una repercusión no sólo en cuanto a los límites que impone al acceso equitativo al mercado del trabajo y la perpetuación de la pobreza, sino también en términos de sus consecuencias para la salud. Los estudios revelan que la educación de la madre es un factor importante en la asistencia sanitaria de la familia (nacimientos en un centro de salud, controles médicos, etc.)



Foto: OMS/H. Anenden

No es casual que la idea de establecer una organización mundial de la salud haya surgido del mismo proceso que identificó el valor universal de los derechos humanos. El mandato de la OMS también es universal. Nuestra constitución ...afirma: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, París, Francia, 8 de diciembre de 1998, quincuagésimo aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

(8) Gwatkin, 1999, Informe sobre la Salud en el Mundo, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.

4 - Conclusiones

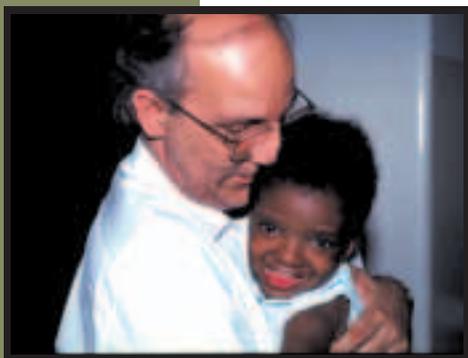


Foto: WHO/Armando Waak

- 16 - Se ha determinado que los principios fundamentales de la igualdad y la ausencia de discriminación son componentes clave de todos los asuntos relativos a la salud. Ello incluye la no discriminación en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, prestando especial atención a los sectores más vulnerables o marginados de la población. Significa también que, en lo posible, dichos establecimientos, bienes y servicios deben estar al alcance geográfico de todos los segmentos de la población. También deberían ser culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías y las poblaciones indígenas, además de sensibles a las necesidades propias del género y el ciclo de vida.
- 17 - Las diferencias en la situación sanitaria de los grupos minoritarios e indígenas, en comparación con la población en general, se relacionan con factores estructurales como la pobreza, con factores directamente atribuibles a la organización de los servicios de salud y su calidad y con el nivel de información al alcance del público en lo referente a salud y asistencia sanitaria.
- 18 - Los sesgos en el tratamiento de las minorías indígenas y étnicas deberían corregirse con esfuerzos sistemáticos y con distintos mecanismos como el adiestramiento, el desarrollo de aptitudes y la elevación del grado de conciencia entre los profesionales de la salud en cuanto a las implicaciones que su trabajo tiene en el ámbito de los derechos humanos, todo ello con el respaldo de políticas y leyes apropiadas.
- 19 - Las políticas y programas nacionales deberán planificarse y ejecutarse teniendo debidamente en cuenta los intereses legítimos de los miembros de las minorías.⁹ Ello incluye el respeto de las creencias, los conocimientos y el idioma de los beneficiarios, y requiere asimismo que se preste atención a su derecho a participar en los asuntos relacionados con su salud y desarrollo. Además, las autoridades del sector sanitario deben elaborar instrumentos y programas de políticas sanitarias con una perspectiva intersectorial para lograr un enfoque eficaz en los pueblos indígenas y las comunidades de minorías étnicas, a fin de reducir las desigualdades de salud y a la luz de las obligaciones internacionales de derechos humanos que se le dirigen al gobierno como entidad en la que recaen principalmente esos deberes.
- 20 - La OMS toma nota con interés de las recomendaciones relacionadas con la discriminación y la salud, dirigidas a los gobiernos, que han surgido del proceso preparatorio de la Conferencia Mundial. En particular, la OMS desea llamar la atención sobre lo siguiente:
- ◆ **La importancia** de mayores investigaciones sobre la repercusión de la discriminación en el acceso a la asistencia sanitaria. La vigilancia corriente de la situación de los grupos raciales y étnicos marginados se podría instituir por medio del muestreo periódico y la compilación de información estadística desglosada por raza o grupo étnico, particularmente con respecto a indicadores sanitarios fundamentales como la tasa de mortalidad infantil, la esperanza de vida y el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la OMS llega a la conclusión de que se requieren mayores investigaciones para estudiar los vínculos entre los resultados de salud y el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas

(9) Artículo 5

Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, adoptada por la Asamblea General por medio de la Resolución 47/135 del 18 de diciembre de 1992, Asamblea General.

conexas de intolerancia. Dichas investigaciones informarían a los países y sentarían las bases para que estos tomaran medidas adecuadas, y también ayudarían a diferenciar el aporte relativo de la raza frente a la pobreza en lo que hace a las causas de los resultados de salud deficientes.

- ◆ **La necesidad** de legislación integral que prohíba específicamente todas las formas de discriminación y contemple sanciones civiles y penales y recursos en todas las esferas de la vida pública, incluso en relación con la salud y la asistencia sanitaria. Además, la necesidad de fortalecer la capacidad de los gobiernos para examinar las leyes y las políticas relacionadas con la salud para determinar si su texto o su aplicación encierran una discriminación intrínseca. De igual manera, los gobiernos deberían contar con apoyo a la hora de formular leyes sanitarias nacionales afines con sus obligaciones en el ámbito de los derechos humanos.
- ◆ **La necesidad** de que el gobierno central, junto con las autoridades del sector sanitario, asigne en el presupuesto nacional recursos financieros suficientes para asegurar la existencia de programas de prevención, promoción y atención de la salud adecuados, dirigidos a los pueblos indígenas y las comunidades de minorías étnicas.
- ◆ **La importancia** de que las instituciones encargadas de proporcionar información estadística sobre la población tomen en cuenta en forma explícita la existencia de pueblos indígenas, personas de distinto linaje y otros grupos étnicos, reflejando los componentes de su diversidad según sus necesidades y características, elaborando estrategias para evaluar las políticas de derechos humanos relativas a grupos étnicos e intercambiando experiencias y prácticas con otros Estados. Con ese propósi-



Foto: WHO

to, hay que encontrar la forma de elaborar estrategias participativas para dichas comunidades en el proceso de recopilación y empleo de información. Sobre la base de la información estadística existente se debe resaltar la importancia que reviste el establecimiento de programas nacionales, incluidas medidas de acción afirmativa.

- ◆ **La necesidad de instar** a que se tomen medidas dirigidas a eliminar para el año 2010 las disparidades en el estado de salud sufridas por los grupos raciales y étnicos desfavorecidos, incluidas las disparidades relativas a asuntos como la malaria, la tuberculosis, la infección por el VIH/SIDA, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el tabaquismo, la salud materna, la inocuidad de los alimentos, la salud mental, la sangre segura y los sistemas de salud.
- ◆ **El hincapié especial** que habrá de hacerse en las cuestiones relativas al género y a la discriminación por razones de género, particularmente en relación con el riesgo múltiple que se presenta cuando se entrecruzan el género, la clase, la raza y el origen étnico, y también en relación con la importancia de las políticas públicas que se adoptan en las que se da impulso a programas en nombre de las mujeres indígenas y de las pertenecientes a minorías étnicas, con miras a promover sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; poner fin a esta situación de desventaja por razones de género; abordar los problemas urgentes que las afectan en el ámbito de la salud, incluidas la salud reproductiva y la violencia por razón de género; y poner término a

la situación de discriminación agravada que sufren como mujeres en las manifestaciones de racismo y discriminación por razón de género.

- ◆ **La necesidad** de considerar las situaciones de los niños sometidos a discriminación racial, especialmente los que se encuentran en circunstancias de particular vulnerabilidad, como los niños abandonados, los que viven o trabajan en la calle, los que son víctimas del tráfico y la explotación económica, los explotados sexualmente, los afectados por conflictos armados y los que son víctimas de la pobreza



Foto: WHO/PAHO/Carlos Gaggero

y, en este contexto, la importancia de recopilar y analizar datos estadísticos para evaluar la forma en que las políticas y las leyes afectan a la vida de los niños. En todas las cuestiones relativas a la salud y la discriminación de los niños habrán de primar los mejores intereses de estos.

- ◆ **La necesidad** de adoptar medidas para proporcionar un entorno adecuado a los grupos desfavorecidos, incluidas las dirigidas a reducir y eliminar la contaminación industrial que los afecta en forma desproporcionada, y de tomar medidas para limpiar y volver a desarrollar los sitios contaminados ubicados en los lugares donde dichos grupos residen o en sus inmediaciones y, donde corresponda, reubicar a los grupos racial o étnicamente desfavorecidos a otras zonas, en forma voluntaria y tras haber consultado a los afectados, cuando no exista otra opción práctica para asegurar su salud y bienestar.

- ◆ **Se requieren** esfuerzos por parte de los sectores público y privado para poner a los representantes de los pueblos indígenas y de las comunidades minoritarias en mejores condiciones de ejercer sus derechos a la participación. Ello requiere el desarrollo de aptitudes sobre cómo negociar y cómo tener acceso a los procesos sociales y políticos. El derecho de las personas y los grupos a una participación activa, libre y significativa en el establecimiento de escalas de prioridades, la toma de decisiones, la planificación y la ejecución y evaluación de programas capaces de influir en su desarrollo es un componente fundamental de un enfoque de salud basado en los derechos.

- 21 - La OMS se complace en poder participar en la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, en Sudáfrica, e insta a la Conferencia a que considere el vínculo entre la discriminación racial y la salud. En general, en los documentos de la Conferencia, la OMS recalca la importancia que reviste la inclusión de la salud cada vez que se mencionen otros derechos económicos, sociales y culturales, como la educación, el trabajo y la vivienda.

Habitamos un universo caracterizado por la diversidad. No existe solamente un planeta o una estrella, sino galaxias de distintos tipos, una infinidad de especies animales, distintas clases de plantas y diferentes razas y grupos étnicos. ¿Cómo se puede tener un equipo de fútbol si todos sus miembros son arqueros? ¿Cómo podría haber una orquesta si todos sus integrantes tocaran el corno francés?

Arzobispo Desmond Tutu, hablando en el Debate Especial sobre Tolerancia y Respeto durante el 57.º período de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, marzo de 2001.

Anexo

VARIACIONES DE LOS INDICADORES DE SALUD Y DE ACCESO A LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES: PERSPECTIVA REGIONAL

La Oficina Regional de la OMS para las Américas estudió la cuestión de las variaciones de los indicadores de salud y de acceso a los servicios correspondientes entre los diferentes grupos étnicos en las Américas a la luz de información empírica disponible.¹

1. Ciertos estudios en los Estados Unidos revelan la existencia de disparidades de salud entre distintos grupos étnicos². Por ejemplo, la mortalidad es mayor en los afroestadounidenses que en la población blanca: las dos principales causas de muerte en dicho país son el cáncer, con una relación de 1:2, y las enfermedades cardiovasculares, con una relación de 1:6. Los afroestadounidenses también tienen tasas de mortalidad infantil mayores y una mortalidad más elevada por diabetes, homicidios e infección por el VIH/SIDA. De esos estudios también se desprende una mortalidad mayor por ciertas enfermedades en la población afroestadounidense que en otros grupos minoritarios como los indios estadounidenses y los hispanos. Otro estudio realizado recientemente confirmó una mortalidad más elevada en los afroestadounidenses en 107 ciudades del país.³

2. No se cuenta con información tan sistemática para el resto de la Región, y los estudios son más esporádicos, pero los resultados coinciden. Por ejemplo, ciertos estudios en el Perú revelan tasas de mortalidad infantil elevadas en las provincias con concentraciones mayores de

afroperuanos, como Piura (93 por 1.000 nacidos vivos), Lambayeque (68 por 1.000) y Tacna (64 por 1.000), mientras que las tasas más bajas se registran en Lima y El Callao (45 y 41 por 1.000, respectivamente)⁴. En Panamá, la probabilidad de morir antes de cumplir el primer año de vida es 3,5 veces mayor en los niños indígenas que en los niños no indígenas⁵. La mortalidad infantil en el Brasil, calculada con datos de 1996, revela grandes disparidades: 62 por 1.000 nacidos vivos para el grupo de origen africano y 37 por 1.000 entre los blancos⁶. Los indicadores de mortalidad infantil son muy reveladores: 16% de las mujeres mayores de 15 años han perdido por lo menos un niño nacido vivo. Analizada por grupo étnico, la distribución es la siguiente: 33% de las mujeres indígenas de más de 15 años de edad han perdido por lo menos un niño, mientras que esa cifra es de 19% para las mujeres negras y 12,83% para las blancas.

3. En Guatemala, los datos demuestran que la mortalidad entre los niños indígenas es mayor. La mortalidad neonatal, la registrada en niños de hasta 1 año de edad y la ocurrida en los de menos de 5 años son mayores en la población indígena (32 por 1.000, 64 por 1.000 y 94 por 1.000) que para la población de origen latino (27 por 1.000, 53 por 1.000 y 69 por 1.000). En cuanto a la mortalidad total en niños de menos de 5 años, 67,6% de dichas defunciones corresponden a la población indígena y 32% a la no indígena, hecho este atribuible al acceso limitado a los servicios de salud.⁷

4. En cuanto al acceso a la cobertura de seguros, los estudios muestran que para 1986, 39% de los hispanos en los Estados Unidos no tenían cobertura alguna, cifra esta tres veces más elevada que la de los blancos y dos veces superior a la de los afroestadounidenses.⁸ En Guatemala, más

de 70% de las mujeres reciben alguna forma de atención al parir, pero mientras la mitad de las de origen latino es atendida por médicos, tan sólo 14,46% de las indígenas reciben atención médica. Además, 87% de las mujeres indígenas dan a luz en el hogar, a una edad situada en promedio entre los 20 y los 25 años. En la mayor parte de la región latinoamericana y del Caribe los servicios de salud están sumamente concentrados. En los vecindarios alejados de Caracas y Maracaibo, la población afrovenezolana carece de servicios; a su vez, los trabajadores de salud no quieren trabajar en los vecindarios donde vive dicha población, debido a la violencia y la falta de seguridad que en ellos imperan⁹. Otros ejemplos de la falta de servicios y de aislamiento se encuentran en las comunidades negras de la costa colombiana del Pacífico, en el Valle del Chota o la provincia de Esmeraldas en el Ecuador y en las comunidades de garífunas y criollos de la Región Autónoma de Atlántico Sur (RAAS) en Nicaragua.

5. No hay que olvidar la importancia de los aspectos relacionados con el acceso a las tecnologías de la salud modernas. En cuanto a las personas ancianas, en los Estados Unidos las de origen afroestadounidense, en comparación con las blancas, consultan a menos especialistas, reciben menos atención preventiva (mamografías, pruebas de Papanicolaou), obtienen servicios hospitalarios más deficientes y carecen de acceso a tecnologías complejas (para problemas cardiovasculares, afecciones ortopédicas, trasplantes de riñón) y a programas de tratamiento intensivo para cáncer de próstata, inmunodeficiencias y depresión. Esas disparidades también se manifiestan en otros grupos minoritarios¹⁰. No hay ninguna prueba científica de que esas diferencias se deban a casos genéticos¹¹. La pobreza, la distancia a los servicios y



Foto: WHO/PAHO/Armando Waak

la falta de información posiblemente expliquen dichas disparidades y, a su vez, esos factores pueden tener sus raíces en la discriminación racial.

6. Los datos relacionados con el modo de vida y el grupo étnico también revelan una repercusión importante sobre la salud. En cuanto a la muerte atribuible a actos de violencia en Brasil, su incidencia es de 23,4% en la población negra (segunda causa de muerte), mientras que entre los blancos ocupa el cuarto lugar entre las principales causas de defunciones, con una incidencia de menos de la mitad de la cifra anterior (11,4%).¹²

7. En Guatemala, la Encuesta Nacional sobre Salud Materno-infantil de 1998 reveló la existencia de malnutrición crónica y aguda entre los niños indígenas de menos de 5 años. Asimismo, reveló una malnutrición crónica (talla para la edad) de 67,8% en la población indígena, pero de 36,7% para el grupo de población mestiza (los llamados "ladinos"). La malnutrición aguda (peso para la edad) asciende a 34,6% en la población indígena, pero a 20,9% entre los mestizos. Además, el porcentaje de bajo peso al nacer es de 9,94% para los niños indígenas y de 8,94% para los niños mestizos.¹³

8. En el marco del análisis de las disparidades de salud entre grupos étnicos, es interesante señalar también que dichos grupos están infrarrepresentados dentro de la profesión

médica. Por ejemplo, sólo 2% de los cardiólogos en los Estados Unidos son de origen afroestadounidense.¹⁴ En general, los datos brasileños sobre las profesiones de la salud, como médicos, dentistas y otros especialistas, revelan la siguiente distribución: 82,93% son blancos; 12,42%, de tez morena, y 1,01%, negros. La participación de los grupos minoritarios aumenta en el sector de los auxiliares médicos: blancos, 59,09%; personas de tez morena, 32,79%, y negros, 7,6%.

9. Por último, la medicina tradicional tiene una función importante que hay que tener en cuenta en los grupos étnicos. Por ejemplo, en Petit Goave (Haití) la mitad de la población recurre a curanderos (herbolarios, parteras o hechiceros practicantes de vudú). En esa zona hay 15 curanderos por 1.000 personas, mientras que la relación de médicos con respecto a la población es de 15 por 10.000.¹⁵

(1) Equity in Health: from an Ethnic Perspective. Dr. Cristina Torres, Regional Policy Advisor, WHO Regional Office for the Americas.

(2) U.S. Department of Health 1991; Nickens H. Race/ethnicity as a factor in health and health care. Health services research 1995 Part II; 151-177.

(3) Williams D. Race socioeconomic status and health: The added effects of racism and discrimination. Annals of the New York Academy of Sciences 1999 986:173-188; Williams D. Race and health: Trends and policy implications (paper). Conference: Income on Equality Socioeconomics Status and Health Washington D.C. 2000; Williams D House J. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health Atlanta Institute of Medicine of the National Research Council 2000.

(4) Cowater International Inc. Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica Honduras Nicaragua Argentina Colombia Ecuador Perú Uruguay y Venezuela. Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo 1996.

(5) Id.

(6) FOASE. Housing services child health all lag far behind. Latin news (12):2000.

(7) Valladares R Barillas E. Inversiones en salud equidad y pobreza: Guatemala. The World Bank PNUD y PAHO 1998.

(8) Bollini Siem. No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Social science medicine 1995 (41)6:819-828.

(9) Cowater International Inc. Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica Honduras Nicaragua Argentina Colombia Ecuador Perú Uruguay y Venezuela. Washington D.C. Banco Interamericano de Desarrollo 1996.

(10) Fiscella K et al. Inequality in quality: Addressing socioeconomic racial and ethnic disparities in health care. Journal of the American Medical Association 2000 283(19):2579-2584.

(11) Lillie-Blanton M LaViest T. Race/ethnicity the social environment and health. Social science and medicine 1996 43(1): 83-91.

(12) Barbosa da Silva MI. Racismo e saúde. São Paulo Tese de doutorado 1998.

(13) Valladares R Barillas E. Inversiones en salud equidad y pobreza Guatemala. The World Bank PNUD y PAHO 1998.

(14) This information was provided by the Association of Black Cardiologists (ABC) Washington D.C.

(15) Clerismé C. Medicina tradicional y moderna en Haití Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana OPS/OMS Washington D.C. Mayo 1985 98:5 431-439.

16 Foto: OMS/OPS, Armando Waak.