



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



37.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003

Punto 11 del orden del día provisional

SPP37/10 (Esp.)

23 enero 2003

ORIGINAL: ESPAÑOL

GRUPO ÉTNICO Y SALUD

En la Región de las Américas, los pueblos indígenas y las comunidades afro descendientes representan más del 40% de la población. En la actualidad, este importante grupo de población presenta condiciones desfavorables e injustas en las condiciones de vida y en el acceso a los servicios de salud y de educación. En años recientes se ha avanzado significativamente en la toma de conciencia de la importancia de formular políticas públicas que respondan a las necesidades específicas de los grupos étnicos/raciales.

La movilización regional generada por la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, convocada por la Organización de las Naciones Unidas en agosto de 2001, abrió muchas posibilidades para un trabajo eficaz y coordinado entre los gobiernos y la sociedad civil. La Declaración de la Cumbre del Milenio, que fue aprobada durante el 55.º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000, establece como una de las metas el hacer respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos. Decidió además pedir a los Estados Miembros no escatimar esfuerzos para aumentar el respeto de los derechos humanos incluido el de las minorías y “adoptar medidas para garantizar el respeto de los derechos y la protección de los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migratorios y sus familias, eliminar los actos de racismo y xenofobia cada vez más frecuentes en muchas sociedades”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recopiló y analizó la información disponible para contribuir al debate y construcción de un diagnóstico de la situación de salud de las minorías étnicas. En esta oportunidad, se solicita al Subcomité de Planificación y Programación que examine este documento y formule sus observaciones con el objetivo de que el tema sea presentado al Comité Ejecutivo y se generen los mecanismos para asesorar a la OPS en la definición y aplicación de políticas de salud sensibles a los grupos étnicos minoritarios.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Los grupos étnicos en la Región	3
La importancia del reconocimiento de que la población de las Américas es multiétnica.....	4
Pobreza y etnicidad.....	5
Los grupos étnicos y la salud: áreas de mayor sensibilidad	6
Buenos ejemplos de programas y políticas dirigidos a dar respuesta a las necesidades vitales y sanitarias de los grupos étnicos.....	10
Actividades de la OPS en materia de salud y etnicidad.....	13
Áreas clave para la acción	15
Intervención del Subcomité de Planificación y Programación.....	15

Introducción

1. La Región de las Américas presenta una realidad demográfica compleja desde el punto de vista de su composición étnica/racial¹. En la mayoría de los países de la Región los grupos étnicos comparten características de alta vulnerabilidad y de exclusión social. El 43% de la población de América Latina está por debajo del umbral de pobreza. Estudios de varias fuentes, coinciden en que la población de origen étnico/racial está sobre-representada entre los carenciados. Estos resultados permitieron entender mejor la “etnicidad” como un factor macro determinante que restringe las posibilidades de ciertos individuos en el mercado de trabajo y el acceso a los servicios. La evidencia recogida por la OPS en los últimos años pone de manifiesto que aún a iguales niveles de ingreso, las minorías étnicas acceden menos a los servicios y tienen peores indicadores de salud.

2. El presente documento aspira a estimular la discusión entre los miembros del Subcomité de Planificación y Programación en relación a la incorporación de la perspectiva étnico/racial en la formulación de políticas públicas de salud a los efectos de que se recomiende su adopción en aquellos países que presenten grupos de población étnicos/raciales y se propongan las estrategias más apropiadas para fortalecer la cooperación técnica de la OPS en este campo. Para ello se presenta a continuación un diagnóstico de la situación de la salud y del acceso a los servicios de los principales grupos étnicos/raciales en la Región basándose en información desagregada por origen, en países seleccionados. Se presentan también los lineamientos sobre el tema emanado de foros internacionales que sirven de marco a los proyectos que ya en la actualidad algunos países de la Región están ejecutando.

Los grupos étnicos en la Región

3. La Región de las Américas alberga innumerables grupos étnicos que varían según los países. Existen diversos grupos que presentan culturas propias, algunos son numéricamente muy significativos, como los pueblos indígenas² (50 millones) y los afro descendientes (entre 150 a 200 millones), que sumados representan cerca del 25% de la

¹ En el marco del presente trabajo se usarán los términos étnico y racial como sinónimo. La Organización Panamericana de la Salud, como parte integrante del sistema de las Naciones Unidas, considera que la raza humana es una sola y que las diferencias entre los individuos son de carácter cultural y simbólico. De todas maneras, mantenemos los dos apelativos dado que en muchos países se opta por una distinción entre ambos conceptos que reserva raza para los afro descendientes y etnia para los pueblos indígenas.

² Siguiendo la definición adoptada por la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 169), se consideran pueblos indígenas o tribales: a) los pueblos que en países independientes presentan condiciones sociales, culturales y económicas que los distinguen de otros sectores de la colectividad nacional y estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial, y b) los pueblos de países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista, la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas culturales y políticas o parte de ellas.

población total de la Región. Otros son menos numerosos: los hindúes, fundamentalmente en algunas naciones del Caribe inglés, y los asiáticos, en Brasil, Perú y los Estados Unidos. También cabe destacar los gitanos, que están presentes en diferentes países. Deben incluirse también los hispanos en los Estados Unidos, ya que es una categoría que reagrupa a personas de origen hispano o que nacieron en algún país de América Latina y cuya lengua materna es el español, de primera y segunda generación. Se estima que para 2020 este grupo será la primera minoría de los Estados Unidos. En la actualidad suman 35 millones, el 12,5% de la población total de aquel país.

4. En el contexto del presente documento se tomarán en cuenta los pueblos indígenas y los afro descendientes, dada su importancia numérica y a que constituyen “minorías”, debido a su participación social y política restringida.

5. Los tres países que concentran el mayor número de población indígena en términos absolutos son México, Perú y Guatemala, con 13, 11 y 7 millones respectivamente. Bolivia y Ecuador presentan una población indígena por encima del 40%.³ Los países de América Latina con una proporción de población afro descendiente superior al 45% son: los países del Caribe inglés, Brasil, Colombia, Haití, República Dominicana y Venezuela. Brasil, con un cálculo oficial de casi 75 millones, es el primer país en población afro americana de la Región. Los Estados Unidos cuentan con 36 millones de afro descendientes (12,9%). Estos dos últimos países cuentan con los conglomerados más numerosos de afro descendientes fuera del Africa.

La importancia del reconocimiento de que la población de las Américas es multiétnica

6. Desde hace varias décadas⁴ se está trabajando sistemáticamente para superar la discriminación racial. El avance de las ciencias médicas durante el siglo pasado ha permitido superar las ideas sobre las que se fundamentaba el racismo, ya que en la actualidad existe consenso en la comunidad científica acerca de que las diferencias de fenotipo no constituyen diferencias significativas entre los seres humanos y que por tanto

³ Un grupo de nueve países —Belice, Chile, El Salvador, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, y Suriname— tienen una población indígena que oscila entre el 5% y el 20%. Unos 14 países presentan porcentajes menores del 4%: Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Guyana francesa, Paraguay, Venezuela, Uruguay y algunas islas del Caribe.

⁴ Las Naciones Unidas han tenido desde 1948 en su programa la problemática de la discriminación racial. En aquel año, la Asamblea General adoptó la Declaración Universal de Derechos Humanos, refrendada por 58 Estados Miembros, en donde se promueve la eliminación de todo tipo de discriminación racial. En 1965, la Asamblea General adoptó la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial y se reunió por primera vez el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. En 1978 se proclamó la Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales y posteriormente la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y de discriminación fundadas en la religión o las convicciones. En 1992 se adoptó la Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas.

es incorrecto hablar de razas sobre la base de la biología o la genética. Las principales diferencias entre los seres humanos y los pueblos radican en la cultura.

7. Raza es un concepto social, político, 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, memorias de un pasado colectivo, que regulan las relaciones de una comunidad humana. Aunque ambos conceptos aluden en última instancia al mismo fenómeno social, las comunidades y organizaciones sociales a veces se sienten incómodas bajo estas denominaciones genéricas y prefieren términos más específicos. En la Región de las Américas se utiliza la denominación pueblos indígenas para referirse a los descendientes de los pueblos precolombinos, según fue adoptada en el marco del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Algunos países continúan utilizando el término grupos raciales para denominar a los afro descendientes.

8. Mucho se ha avanzado en el reconocimiento de la riqueza étnica de la Región. Se ha pasado de un paradigma social de “homogeneización” a otro de “tolerancia de lo diferente” como un instrumento para la vigencia de los derechos humanos y la recuperación de valores culturales que le dan un perfil propio a la Región y aseguran el desarrollo de su capital humano.

Pobreza y etnicidad

9. Existe una marcada correlación entre los indicadores estadísticos que configuran los índices de pobreza desagregados por grupo étnico/racial y otros indicadores de desarrollo humano, como por ejemplo el acceso a la salud, a la educación o a las propias oportunidades de trabajo. La población indígena es una de las más susceptibles de ser pobre en América Latina, considerando como pobre a cualquier persona con un ingreso inferior a US\$ 2 por día. Un estudio realizado en 2001 por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) revela que, en Perú, el 80% de la población indígena era pobre en comparación con el 50% de la población no indígena. En el caso de México la brecha es aún mayor; más del 80% de la población indígena está por debajo del umbral de pobreza y solo el 18% de la población general comparte esta situación.⁵ Otro documento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) presenta situaciones similares para Bolivia, Guatemala y Paraguay.⁶

⁵ Quezada Ch. *Invisible Citizen*. Revista IDB América. IDB, Washington, D.C. Agosto, 2001.

⁶ Hopenhayn M, Bello A. *Discriminación étnico-racial y xenofobia en América Latina y el Caribe*. CEPAL, Chile 2001.

10. Puede discutirse que la pobreza se debe a razones estructurales y que el origen étnico/racial no tiene implicaciones en el nivel socioeconómico de las personas. Sin embargo, las estadísticas indican que existen diferencias en la distribución del ingreso entre los diferentes grupos étnicos al interior de cada estrato socioeconómico. Según datos de la Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1996 de Brasil, las minorías étnicas están sobre representadas en los niveles de ingreso más bajos; en el quintil I, el 27,88% son indígenas, el 52,5% afro descendientes y el 13,37% descendientes de europeos.

11. Las diferencias de ingresos según los grupos étnicos no son exclusivas de los países en desarrollo sino que también se observan en los países desarrollados de la Región, como los Estados Unidos. Según datos de la Oficina del Censo (1999) de ese país, el ingreso promedio por habitante en dólares estadounidenses para los afro-americanos era de \$14.397, para los hispanos, \$11.621 y para los blancos, \$24.109.

12. Tratando de responder a la pregunta de si las medidas económicas son suficientes para superar la situación de depresión de los grupos minoritarios, estudios recientes ponen de manifiesto que los niveles de pobreza están vinculados a los complejos fenómenos de exclusión social y por ello debe ser abordado desde un enfoque integral que incluya educación, salud y acceso a agua y saneamiento.

Los grupos étnicos y la salud: áreas de mayor sensibilidad

13. El análisis de las condiciones de salud desde la perspectiva del origen étnico a priori no parece ser apropiada porque desde el punto de vista biológico no existe, como se señaló anteriormente, más que una sola raza humana. Por ende, en el marco del desarrollo científico actual, si una persona se enfrenta a problemas de salud requiere los mismos tratamientos. Por tanto, la información del origen, a este nivel, no es pertinente.

14. No obstante, una mirada más amplia de la salud pública con un criterio de equidad permite identificar cuatro áreas en que el origen étnico tiene un impacto significativo en la salud, a saber, los diferenciales en la situación de salud y en la esperanza de vida al nacer; el acceso diferencial a los servicios de atención, prevención y promoción a la salud; los diferenciales en el momento de la consulta, y los diferenciales en la calidad de los servicios. A continuación se presenta información recogida de diversas fuentes en relación con las cuatro áreas mencionadas.

15. Para monitorear las brechas en la situación de salud entre grupos étnicos se tomarán algunos indicadores clásicos. Por ejemplo, los datos recopilados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) revelan que en Brasil en 1950 la esperanza de vida al nacer de los blancos era de 47 años, mientras que para los afrobrasileros era de 40 años. Cincuenta años después, a pesar de que se alcanzaron

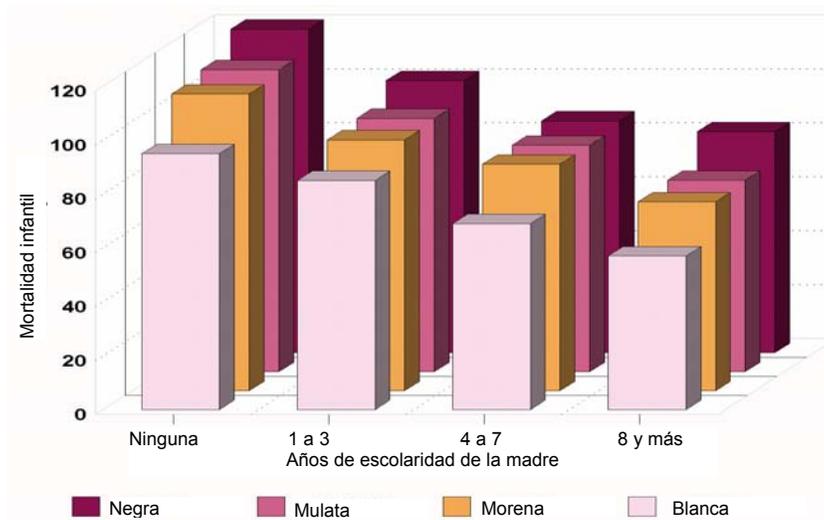
esperanzas de vida más altas, para ambos grupos se mantiene la misma brecha de siete años. En Guatemala se constata una fuerte asociación entre la esperanza de vida al nacer y la distribución de la población por grupo étnico. Existe un diferencial de casi diez años entre los que nacen en la capital y los que nacen en Totonicapán, departamento guatemalteco donde más del 96% de la población es indígena. En los Estados Unidos, según datos del 2000, los indígenas americanos y los nativos de Alaska tienen una esperanza de vida cinco años menor que la población en general. En ese país, la esperanza de vida de la población general es de 76,9 años, cuando para los afroamericanos, los indígenas y los blancos es, respectivamente, de 71,8, 71 y 77,4 años.

16. Otro indicador que nos permite medir brechas en la situación de salud es la mortalidad infantil. Si lo analizamos por origen étnico, en los países de los que se dispone de información se observa que existen brechas entre los grupos étnicos. En Colombia, por ejemplo, la mortalidad infantil es entre tres veces (para los niños) y cuatro veces (para las niñas) mayor en Chocó que en Antioquia. La mortalidad infantil masculina es de más de 90 por mil nacidos vivos en Chocó, mientras que en Antioquia está por debajo de la media nacional, o sea por debajo de 25.

17. Muchos especialistas se interrogan si el origen étnico es una variable pertinente o si las diferencias en la mortalidad infantil se correlacionan fundamentalmente con el nivel socioeconómico. En la figura 1 se pueden observar los resultados de cruzar los niveles de escolaridad, como una variable de aproximación a “nivel de vida”, con la mortalidad infantil y la raza de la madre.

18. 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 afro descendientes con mayor escolaridad (ocho años y más) tienen la misma mortalidad infantil que los hijos de las mujeres blancas analfabetas.

Fig. 1. Mortalidad infantil por raza y años de escolaridad de la madre en Brasil



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

19. Esto demuestra que la variable origen étnico tiene cierta independencia del nivel socioeconómico de las personas medido por el nivel de escolaridad.

20. Si se analizan otros problemas, como los homicidios y suicidios, que tienen que ver con la salud mental y la violencia, encontramos, por ejemplo, que en los Estados Unidos⁷ las tasas de homicidio son más altas en los afro descendientes, tanto varones como mujeres. Sin embargo, llama la atención que, aún en la población masculina con educación a nivel terciario (13>), la razón entre afro descendientes y blancos es de aproximadamente 11.

21. En cuanto a los homicidios, Esmeralda, una de las provincias de Ecuador con elevada población afro descendiente, presenta una tasa de mortalidad de 3,8 por 10.000 habitantes, mientras que la correspondiente tasa nacional es de 1,65.⁸ Por lo que se refiere a la tasa de suicidios y lesiones autoinfligidas, problemas que como se sabe se relacionan con los trastornos psicológicos, también se observa una diferencia sustantiva (8,8 para los afro descendientes y 4,8 para la población general).⁹ La salud mental es otro elemento que ocasiona diferencias entre los grupos. Diversos estudios revelan que los obstáculos para acceder a los servicios de atención mental pueden estar vinculados a la

⁷ La Veist Thomas, *Race, Ethnicity and Health*, Jossey Bass. Maryland (USA) 2002.

⁸ Indicadores básicos por región y provincia. Edición 2001. Ecuador: MinSalud, Instituto Nacional de Estadística y Censos y OPS.

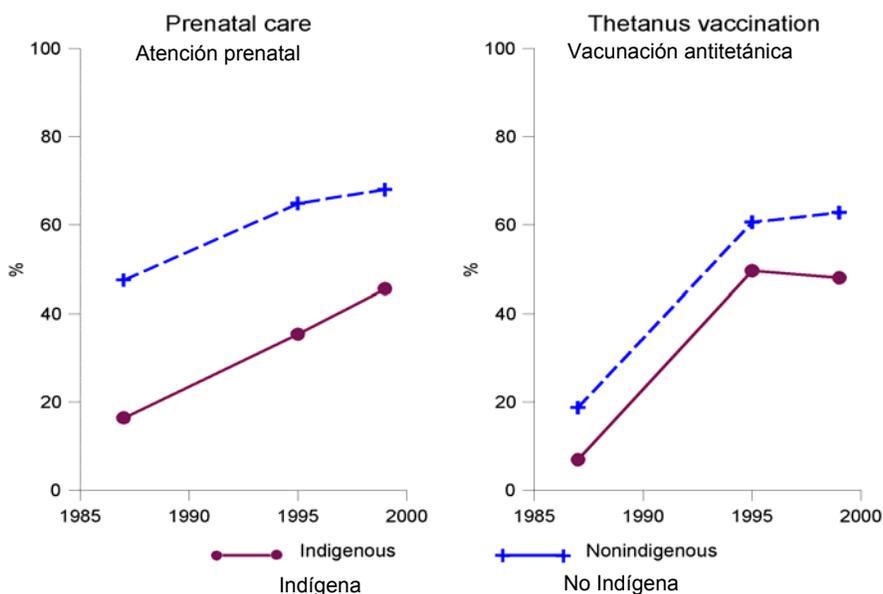
⁹ Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*. OPS, Washington D.C. 2002.

segmentación en la calidad de los servicios. Pueden deberse también a razones de orden cultural que llevan a los individuos a no solicitar determinados servicios.

22. El acceso a los servicios, la calidad de los mismos y el tipo de servicio utilizado son indicadores clave para medir inequidades de salud entre los grupos étnicos. Los grupos étnicos tienen un comportamiento diferencial frente a los servicios que no se explican solamente por dificultades económicas, ya que si se analiza el comportamiento dentro del mismo quintil de ingresos se observan diferencias. Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos¹⁰ señaló que los no asegurados se distribuían de la siguiente manera: blancos, 10,2%; afro descendientes, 19,7%; mexicano-americanos, 36,9%; puertorriqueños; 15,5% y cubano-americanos, 20,3%.

23. Un ejemplo donde se pueden observar las diferencias en la calidad de la atención proviene de un estudio de Guatemala donde se revela claramente la caída más acentuada de la vacunación en grupos indígenas que en la población general a partir de mediados de 1996. Es decir que, quizá por razones presupuestarias, decae la calidad de los servicios en alguna de las prestaciones. Este fenómeno es más marcado en los servicios a las poblaciones de origen étnico (véase figura 2).

Fig. 2. Tendencias en la atención prenatal y la vacunación antitetánica en Guatemala, por origen étnico, 1987-1999



Fuente: Valladares y Barillas. Inversiones en salud, equidad y pobreza: Guatemala. Banco Mundial. PNUD. OPS, 1998

¹⁰ Treviño F. et al. Quality of Health Care for Ethnic/Racial Minority Populations. *Ethnicity & Health* 1999; 4(3):153-164.

24. La cuestión del acceso ha sido muy estudiada en relación con los factores económicos limitantes. No obstante, la variable étnica parece afectar más allá de los niveles de ingreso. Según la encuesta de hogares de Brasil (PNAD) de 1998, se observa ese impacto entre los blancos y los afro descendientes. Entre las personas con mayor capacidad de pago, el 60% de la población blanca del quintil superior acude a consultar un médico privado en comparación con el 38% de los afro descendientes, lo que reduce el uso de servicios de emergencia para la población blanca de altos ingresos frente a la población afro descendiente. Este dato indica que la población blanca con determinado nivel de ingreso opta por visitar a un médico, lo que presupone un comportamiento de demanda de atención de salud, de promoción y de prevención. Es probable que estas personas protejan mejor su salud por medio de revisiones médicas y una prevención precoz. Esto coincide con la información disponible sobre los Estados Unidos que señala que una de las grandes diferencias en la capacidad de resolución de los problemas de salud es el momento en que la persona acude a la consulta.

25. La detección temprana o la detección tardía tendrán efectos radicalmente diferentes en la elección del tratamiento que es posible administrar. Si la detección es tardía, algunos tratamientos son imposibles porque ya no tendrían sentido. Por tanto, la población afro descendiente está expuesta a tratamientos mucho más radicales, como son extracciones y amputaciones, por no haber acudido a los servicios en el momento oportuno. Por ejemplo, si se comparan con los blancos americanos, los afroamericanos recurren a los servicios de emergencia para tratar el asma y tienen más posibilidades de ser hospitalizados. Esto indica que tienen un acceso reducido a los servicios de prevención y atención primaria. Comparados con los blancos, los afro descendientes con diabetes son más susceptibles de sufrir amputaciones.¹¹

26. En síntesis, la información expuesta en líneas anteriores pone en evidencia la existencia de brechas en detrimento de las condiciones de salud y del acceso a los servicios para las minorías étnicas. También hace evidente que el origen étnico/racial es un factor que trasciende el nivel socioeconómico de las personas y que, por último, los grupos étnicos minoritarios están sobre representados entre los “excluidos”.

Buenos ejemplos de programas y políticas dirigidos a dar respuesta a las necesidades vitales y sanitarias de los grupos étnicos

27. Muchos gobiernos y organismos internacionales han incorporado la cuestión étnica en sus agendas reflejando los lineamientos emanados de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de

¹¹ The National Academy of Sciences. *Guidance for the National Healthcare Disparities Report*. Institute of medicine of the National Academies, Washington D.C., 2002.

Intolerancia, realizada en Durban¹², de la Declaración de la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000 y la Cumbre de las Américas realizada en Québec, Canadá en 2001. Ejemplo de ello es el Proyecto de diversidad en la Universidad que Brasil con apoyo del BID aprobó a finales de 2002, como parte de las acciones para favorecer la educación de los grupos étnicos.

28. Colombia ha comenzado un proceso de titularización de tierras en el marco de los lineamientos legislativos y con el apoyo del Banco Mundial que permitirán que se reconozcan los derechos de las comunidades afro descendientes sobre las tierras que habitan desde tiempos ancestrales. Argentina ya ha terminado su plan de ejecución en cumplimiento de los lineamientos emanados de la Conferencia de Durban y lo ha sometido al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para su revisión y comentarios.

29. Varios países con el apoyo del Banco Mundial y del BID están produciendo cambios en el campo de los sistemas de información demográfica y socioeconómica que permitirá la desagregación de información con enorme impacto en el mediano plazo. En la Región de las Américas los censos de la Ronda 2000 que ya incorporan esta variable son los siguientes: Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Jamaica, México, Paraguay y Venezuela.¹³ Los Estados Unidos ya habían adoptado la variable previamente y continúan usándola. Perú está en proceso de adoptarla, mientras que Colombia y Guatemala ya la incluyeron en el censo anterior y es posible que la mantengan. El siguiente paso consiste en introducir la variable en las hojas de recolección de información de las Encuestas permanentes de hogares, a los efectos de completar la información con datos socioeconómicos. Ya lo hacen Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. En el caso de la salud, es muy importante introducir también la variable en los registros administrativos de natalidad, mortalidad, morbilidad y servicios de salud, pero esta es un área con menor desarrollo. En Uruguay se incluye la variable “origen étnico/racial” en los certificados de defunción. En Brasil se incluye en las enfermedades de notificación obligatoria como el VIH/SIDA.

¹² El punto 154 del Programa de Acción “alienta a la Organización Mundial de la Salud y a otras organizaciones internacionales pertinentes a que promuevan y realicen actividades que permitan reconocer el impacto del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia como importantes determinantes sociales del estado de salud física y mental, incluida la pandemia de VIH/SIDA y el acceso a la atención de salud, y a que preparen proyectos específicos, en particular de investigación, para que las víctimas tengan acceso a sistemas de salud equitativos”.

¹³ Información presentada por Juan Antonio Mejía en la reunión *Todos contamos*, organizada por el Banco Mundial en Lima (Perú), del 22 al 23 de octubre de 2002.

30. Se observan otros cambios en relación con salud. En la última década, por ejemplo, diversos ministerios de la Región (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras y Panamá) han ejecutado programas para la salud de los grupos étnicos por el momento orientados a la población indígena, que podrán abarcar a otros grupos étnicos en el futuro próximo. La acción de las ONG también ha sido muy positiva y los gobiernos nacionales o municipales, las han reconocido como contrapartes válidas. En Brasil, por ejemplo, se ha creado un grupo para el seguimiento de la Conferencia de Durban en el que participan representantes de diferentes ONG apoyadas por el PNUD con el objetivo de elaborar los lineamientos para un plan de acción a nivel nacional. Este grupo se ha organizado en subgrupos temáticos, uno de los cuales está dedicado a la salud y ha trabajado con la cooperación técnica de la OPS. Otro ejemplo de participación en el área de la salud lo encontramos en los servicios de salud de la Intendencia de Montevideo (Uruguay), en que se han abierto los cauces de colaboración entre los técnicos y la comunidad afro descendiente organizada a través de “Mundo Afro”, una red de ONG con alta capacidad de liderazgo.

31. Otras iniciativas se han concentrado en el área del desarrollo de sistemas de información sanitaria sensibles a la variable étnica (Nicaragua, Uruguay). Un área de enormes avances es la del desarrollo y revaloración de la medicina tradicional, tanto en lo que se refiere al marco jurídico para el ejercicio de estas prácticas (Bolivia, Colombia, Ecuador, México) como a la formación y capacitación de profesionales de salud para un enfoque intercultural.

32. En el campo de la investigación también se están realizando esfuerzos que han merecido el reconocimiento internacional, como por ejemplo el trabajo desarrollado por el Centro de Investigaciones de Enfermedades Crónicas de Barbados, que desde hace algunos años viene llevando a cabo estudios comparativos sobre la prevalencia de algunas enfermedades (ceguera, diabetes, hipertensión) en poblaciones de varios orígenes étnicos con el auspicio de la Stony Brook University de Nueva York y la London School of Medicine.

33. El Gobierno de Canadá reconoce que la pertenencia a un determinado grupo étnico es un factor determinante importante de la salud que se debe tener en cuenta cuando se elaboran programas y estrategias de salud. Esto se refleja aplicando a unos y otras el enfoque de salud de la población, por el cual se reconoce que cualquier análisis de la salud de la población debe ir más allá de la sola evaluación tradicional de la situación sanitaria. El mencionado enfoque tiene en cuenta una amplia gama de factores y situaciones relacionados con el bienestar mental y social, la calidad de vida, la satisfacción con la vida, los ingresos, el empleo y las condiciones de trabajo, la educación, la cultura, el género y otros factores que influyen comprobadamente en la salud de los subgrupos de la población canadiense.

34. El Gobierno de Canadá ha implantado numerosos programas, políticas e iniciativas de investigación para atender las necesidades multiculturales de la sociedad canadiense. Esto incluye divisiones y programas específicos en el Ministerio de Salud dedicados a las necesidades y los intereses de los miembros de las poblaciones indígenas, incluidos los inuit. En efecto, el Ministerio de Salud invierte más de Can\$ 1.300 millones por año en los servicios de salud destinados a las poblaciones mencionadas. Esta inversión complementa los servicios provinciales, como los hospitales y los médicos. Una meta a largo plazo del Gobierno es lograr reducir las brechas en el estado de salud de los indígenas.

35. Otra iniciativa que merece destacarse es “Healthy People 2010”, presentada por la Secretaría de Servicios de Salud de los Estados Unidos en enero de 2000¹⁴, que plantea como uno de sus objetivos centrales reducir las desigualdades en las condiciones de salud y de acceso y establecer áreas específicas de atención de la mortalidad infantil, detección temprana del cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, VIH/SIDA, e inmunizaciones. Esta iniciativa ha robustecido la recolección y análisis de información estadística desagregada por raza y etnia como instrumento para asegurar el desarrollo y éxito de la misma.

Actividades de la OPS en materia de salud y etnicidad

36. La OPS viene desarrollando actividades en este campo a través de su oficina central y de las oficinas de representación. Desde 1999, dos programas -Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSP/HSO) y Políticas Públicas y Salud (HDP/HDD)- comparten esta responsabilidad. El trabajo de HSP/HSO se centra en las poblaciones indígenas y trabaja desde 1993 en el desarrollo de la Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Esa Iniciativa representa el apoyo de la Región de las Américas al Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994-2004), que se centra en desarrollar la capacidad y construcción de alianzas, colaborar con los Estados Miembros en la ejecución de planes y proyectos nacionales y locales, contribuir en la formulación de proyectos de desarrollo en áreas de salud prioritarias, fortalecer la medicina tradicional y su armonización con los sistemas nacionales de salud, y producir y diseminar información científico-técnica. Las metas de HSP/HSO son mejorar la información disponible y aumentar la calidad del análisis de la situación sanitaria de los pueblos indígenas en los países.

¹⁴ La iniciativa “Healthy People” fue lanzada en 1979. En 1990 se redefinieron los objetivos en 22 áreas prioritarias bajo el nombre de “Healthy People 2000”. En el comienzo del nuevo siglo se presentó la actualización de la iniciativa con objetivos para ser alcanzados en 2010.

37. Por su parte HDP/HDD se ocupa de la salud de las comunidades afro descendientes en el marco de los mandatos emanados de la Conferencia de Durban y ambos programas han hecho esfuerzos para encontrar áreas de trabajo conjunto en las actividades desarrolladas en relación a la recolección de información, el VIH/SIDA y la desagregación de información estadística. También se invitó a participar al Programa Especial de Análisis de Situación de Salud (SHA).

38. Las oficinas nacionales en muchos de aquellos países donde la población de origen étnico es importante (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Uruguay) han tomado un papel dinámico en el desarrollo de propuesta y colaboración de diseño de programas y han cooperado activamente con los puntos focales nacionales y las organizaciones de la sociedad civil en las cuestiones relativas a la salud y etnicidad. Se destaca el esfuerzo de la Representación de Brasil para apoyar al grupo de delegados de la sociedad civil que preparó el primer documento nacional de seguimiento de la Conferencia de Durban en materia de salud.

39. Asimismo, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) ha producido un nuevo formulario de atención perinatal que pregunta el origen étnico/racial de las madres y el interés de las madres de beneficiar del examen de detección precoz de anemia falciforme al recién nacido. Estas modificaciones tendrán implicaciones no solo en beneficio de las madres sino en la generación de información desagregada fidedigna y en el adiestramiento de personal de salud en la forma de administrar el cuestionario.

40. Desde 1999, la OPS participa en un espacio de coordinación inter-organismos en Washington, D.C. conjuntamente con delegados del Banco Mundial, el BID, Diálogo Interamericano, la Fundación Interamericana, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, la Organización de Estados Americanos y representantes de la comunidad con la finalidad de compartir información y análisis sobre la situación en que viven los afro descendientes en las Américas, así como de promover actividades coordinadas.

41. Al mismo tiempo, la OPS coordina su trabajo con la Unidad Estratégica de Salud y Derechos Humanos de la OMS, con quien elaboró un documento sobre salud en un mundo libre de discriminación. Durante la Conferencia de Durban, la OPS y la OMS coordinaron un grupo de trabajo sobre esta misma cuestión. Por último, la OPS ha participado junto con representantes de los gobiernos de la Región, organizados por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en talleres de seguimiento del Plan de Acción adoptado por la Conferencia de Durban. Conjuntamente con el Proyecto de poblaciones indígenas de la Organización Mundial de la Salud, la OPS elaboró un protocolo que fue presentado a la cooperación internacional para solicitar fondos con miras a producir un manual metodológico que oriente a los países sobre la forma más adecuada de abordar la desagregación de la información de salud por grupo étnico/racial.

Áreas clave para la acción

42. A continuación se enumeran las áreas donde existe mayor consenso en cuanto a las acciones de salud necesarias para reducir la desigualdad entre los grupos étnicos:

- Trabajar coordinadamente con la CEPAL y las instituciones nacionales encargadas del seguimiento de la Cumbre del Milenio a los efectos de producir los indicadores con sensibilidad étnica que correspondan a los objetivos de desarrollo de la Declaración del Milenio.
- Trabajar con las instituciones encargadas de recabar información estadística y con los ministerios de salud a efectos de introducir la variable étnica en las estadísticas nacionales.
- Recolectar y sistematizar experiencias exitosas en el campo de la información y de la organización de servicios a los efectos de poder ser difusores de esas metodologías.
- Apoyar a los ministerios de salud en la reformulación de políticas, planes y programas de salud con sensibilidad étnica.
- Promover la introducción de la perspectiva étnica en los planes de salud de las estrategias de reducción de la pobreza en aquellos países que las estén aplicando.

Intervención del Subcomité de Planificación y Programación

43. Se solicita al Subcomité de Planificación y Programación que examine este documento y formule sus observaciones con el objetivo de que el tema sea presentado al Comité Ejecutivo y se generen los mecanismos para asesorar a la OPS en la definición y aplicación de políticas de salud sensibles a los grupos étnicos minoritarios.