

## LA DISCRIMINACIÓN RACIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*Yolanda González-Rábago, Daniel La Parra-Casado y Constanza Jacques-Aviñó, en nombre del Grupo de Trabajo en Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología; y Mba Bee Nchama y Jaime Manzano Lorenzo, en nombre de la Plataforma para la Equidad Racial en Salud (PERSA) impulsada por la Fundación FÜNDEC*

### Introducción

El racismo tiene un gran impacto en la salud generando mayor morbilidad y mortalidad prematura en los grupos racializados<sup>1</sup>. El concepto de raza ha de entenderse más como un constructo social que como una categoría basada en la biología. Como tal, la raza es un concepto histórico y dinámico que varía según cada contexto social<sup>1</sup>, pero las consecuencias de la discriminación racial sobre una gran diversidad de indicadores de salud han sido ampliamente descritas en la investigación internacional en muy diferentes contextos<sup>2-5</sup>. De hecho, estas formas de inequidad en salud, se observan incluso cuando se ajusta por el efecto de las diferencias en el nivel socioeconómico entre grupos racializados<sup>2</sup>.

El sistema sanitario, como determinante de la salud, constituye una institución clave para comprender el efecto que el racismo tiene en la salud. Numerosos estudios, más abundantes en el contexto anglosajón, muestran que la discriminación por cuestión de raza, etnia y/o nacionalidad en el acceso y provisión de atención sanitaria constituye una barrera fundamental para disponer de acceso equitativo a los servicios de salud<sup>6-8</sup>. Desde el marco de la OMS sobre calidad en la atención se enfatiza que los servicios sanitarios deben estar disponibles, ser accesibles, aceptables y de alta calidad<sup>9</sup>. En este sentido, el racismo afecta los sistemas sanitarios a través de diferentes vías de discriminación entre las que se encuentran, las barreras idiomáticas, el no reconocimiento de las necesidades de personas con diferencias culturales, las barreras administrativas, los estereotipos y su influencia sobre diagnósticos y tratamientos<sup>10</sup>.

En Europa, y especialmente en el contexto español, el acercamiento a las desigualdades en salud y en la atención sanitaria de las personas racializadas se ha desarrollado fundamentalmente en torno a las desigualdades entre la población autóctona y migrante, tomando como referencia el estatus migratorio<sup>11</sup>. Sin embargo, la población racializada en España puede comprender no sólo a aquella población migrada (con su variabilidad y matices), sino también aquella población nacida en España que es, identificada como “no blanca”. Asimismo, la población gitana es también considerada una población racializada, que enfrenta discriminaciones en muy diversos ámbitos (por ejemplo, empleo, educación, vivienda, entre otros) y, en concreto también, en la atención sanitaria. Pese a la invisibilidad de estas poblaciones racializadas en el sistema estadístico, la dinámica social y demográfica nos interpela para conocer y abordar estos procesos de discriminación desde un enfoque de equidad en salud.

### ¿Qué es el racismo?

El racismo puede definirse como una construcción social resultado de la configuración de relaciones sociales, económicas y políticas que clasifican y ordenan jerárquicamente a grupos de personas a través de un proceso histórico y colonizador de racialización que se configura a nivel global y que produce formas de dominación social en favor de la población europea y/o de origen europeo blanca<sup>12</sup>. También se ha aludido al racismo como un sistema global de supremacía blanca, situada y dinámica, convirtiendo “lo blanco” en un asunto relacional y contextual jerárquicamente superior en cualquier contexto<sup>13</sup>. Por tanto, un enfoque que

pretenda analizar y comprender los mecanismos a través de los cuales el racismo es una causa fundamental de las desigualdades en salud, en términos de Phelan y Link<sup>5</sup>, debe comenzar por entender los procesos de racialización como sistemas de dominación de las sociedades modernas que crean y reproducen jerarquías raciales y, consecuentemente, desigualdades sociales<sup>14</sup>. El racismo se puede manifestar en distintos niveles, que van desde el nivel individual (observable, por ejemplo, en las relaciones interpersonales), a nivel meso, tanto en las instituciones formales (sistema educativo, mercado de trabajo, servicios de salud, sistema jurídico, etc.), como en espacios sociales regidos por normas sociales menos formalizadas (relaciones familiares, amistad, la calle, fiestas, etc.), caracterizados por poner en juego relaciones que benefician de forma sistemática a los grupos dominantes sobre los racializados; hasta el nivel global (configurando una ordenación del sistema-mundo que favorece a las poblaciones que ocupan posiciones centrales en el mismo, esto es, las poblaciones europeas o de origen europeo blancas). Todos estos niveles son con frecuencia omitidos en los análisis sobre las formas de inequidad en salud.

### **Racismo estructural: el papel del sistema sanitario**

El sistema de salud, como el resto de organizaciones sociales, tanto en su diseño, como en el modo de organizar su acción, valores, composición y, en general, en cualquiera de los elementos que lo caracterizan, es partícipe de procesos activos de racismo estructural. Por ejemplo, se puede hablar de situaciones de discriminación cuando un sistema de salud dedica más esfuerzos para atender las necesidades de salud de las personas pertenecientes al grupo dominante que al minorizado, siendo un ejemplo de ello las trabas administrativas para acceder al sistema de salud que encuentran las personas trabajadoras migrantes estacionales debido a sus pautas de movilidad. Estos procesos estructurales, además, se amplifican adoptando formas de racismo interpersonal, es decir, aquellas que se producen en la interacción con el personal sanitario mediante prácticas racistas, explícitas o implícitas. Estudios realizados especialmente en el contexto de Estados Unidos<sup>6</sup>, muestran más dificultades para contar con seguros sanitarios adecuados en la población racializada, pero también menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico por parte del personal sanitario, incluso a igualdad en las condiciones del seguro contratado, cuando la atención se dirige a personas racializadas<sup>15,16</sup>. Ello se deriva de actitudes de alienación de las personas racializadas, así como de procesos de etiquetaje social<sup>7</sup> basados en prejuicios raciales que finalmente se concretan en elementos de discriminación explícitos, como insultos racistas o trato ofensivo; o implícitos, tales como hacer sentir injustificadas las necesidades médicas o no ser tomado en cuenta en el proceso de decisión sobre diagnóstico y tratamiento<sup>6</sup>.

Asimismo, la experiencia de racismo en la atención sanitaria tiene efectos sobre el uso de los servicios sanitarios por parte de personas racializadas. Un meta-análisis<sup>8</sup> muestra que las personas con experiencias de racismo tenían de dos a tres veces más probabilidades de tener menor confianza en los sistemas y profesionales de salud, menor satisfacción con los servicios de salud, menor calidad de la atención percibida y peor comunicación y relación con el personal médico. De igual forma, otra revisión<sup>6</sup> muestra experiencias de temor y desconfianza hacia el personal sanitario, mayores necesidades médicas no cubiertas, menor adherencia a medicación, retraso en acudir a pruebas diagnósticas, pero también efectos sobre las decisiones clínicas del personal sanitario que incluyen menor prescripción de medicamentos, diferencias en el manejo del dolor, o menor derivación a atención especializada, entre otras. No obstante, la tendencia es poner el foco en las personas racializadas y no en las causas estructurales que favorecen un trato discriminatorio, tanto a un nivel global como interpersonal.

Hasta el momento en España, al igual que en el conjunto de la Unión Europea, resulta complejo, incluso puede haber falta de voluntad política para abordar el estudio de la discriminación racial, tanto en el ámbito

sanitario como en otros ámbitos. Esto se puede observar con la invisibilidad en el sistema estadístico de la información necesaria para ello, la falta de tradición, la escasa presencia de población racializada en las profesiones sanitarias, en equipos de investigación y en puestos de decisión, la limitada disponibilidad de fondos de investigación con este objetivo y de espacios institucionales públicos o privados que asuman esta responsabilidad. Por otra parte, desde las teorías críticas podemos asumir que la ciencia no está exenta de posicionamiento ideológico, por lo que la falta de diversidad racial en las estructuras de poder también permite comprender esta invisibilidad y el escaso interés que se ha mostrado sobre esta cuestión en la investigación en salud, no siendo hasta el momento una prioridad en la agenda científica. De igual modo, se suele observar una prevención respecto a este tipo de estudios por su potencial uso para la exacerbación de planteamientos racistas, tal y como ocurrió durante el holocausto y otros acontecimientos recientes de la historia europea. Sin embargo, como indica el propio Relator de Naciones Unidas sobre cuestiones de las minorías<sup>17</sup>, es importante superar este recelo, pues tiene consecuencias negativas para la salud de las personas racializadas al obstaculizar una identificación efectiva de las inequidades en salud y, por lo tanto, la formulación de políticas para la equidad racial.

### **¿Cómo abordar el racismo desde una óptica de equidad en salud?**

Por tanto, para abordar las consecuencias del racismo en la salud, resulta imprescindible emprender diferentes iniciativas para conocer su alcance y consecuencias. Los cambios precisos no se pueden limitar a programas de formación para la mejora de las relaciones interpersonales, ni a la de competencias interculturales<sup>18</sup>, si bien son absolutamente necesarios, se deben complementar con estrategias más ambiciosas que afectan al conjunto de las políticas, tanto del sistema de salud como del conjunto de políticas más allá del sector salud, con el fin de abordar los factores sociales determinantes de la salud en toda su complejidad, esto es, incidiendo en la naturaleza estructural del racismo<sup>12</sup>.

Asimismo, es necesario el desarrollo de evidencia científica que permita favorecer y orientar políticas en salud en pro de la equidad, desde una perspectiva que rompa con los binarismos y constructos sociales que en vez de favorecer a los grupos más racializados pueden perpetuar sus estereotipos. En este sentido, sería necesario deshomogeneizar la categoría de migrantes o colectivos racializados para considerar la gran diversidad que sustentan los sujetos, sea por trayectoria migratoria, situación administrativa, religión, clase social o género, por nombrar algunos elementos, aplicando de manera efectiva el enfoque interseccional<sup>19</sup>. Por último, realizar investigación en salud y proponer acciones que disminuyan la desigualdad debería comenzar por apostar por procesos más participativos en ciencia y generar espacios para reflexionar sobre los constructos que se utilizan a la hora de realizar un diseño de estudio o programa de salud.

De hecho, desde la OMS<sup>20</sup> se indica que desde un enfoque de equidad se debe hacer un replanteamiento global de cómo se plantean las estrategias, programas y acciones para la mejora de la salud. Se pone de manifiesto la relevancia de guiar todas las acciones en el desarrollo de los derechos humanos, incorporando la perspectiva de género, identificando las necesidades (invisibles) de todos los grupos sociales, adoptando políticas universales, con enfoque preventivo y anticipatorio, mediante la acción intersectorial, incorporando de forma inclusiva, efectiva y con influencia a los grupos minorizados y/o racializados en todas las fases de las políticas y acciones en salud (desde la definición del problema hasta su evaluación) y con estrategias de comunicación y deliberación que incorporen a la población y a las organizaciones civiles<sup>21</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Devakumar D, Selvarajah S, Abubakar I, Kim SS, McKee M, Sabharwal NS, et al. Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. *Lancet*. 2022;400:2097–108.
2. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105–25.
3. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, et al. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:1–48.
4. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32:20–47.
5. Phelan JC, Link BG. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annu Rev Sociol*. 2015;41:311–30.
6. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, Thapar-Björkert S. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*. 2022;22:1–22.
7. Sim W, Lim WH, Ng CH, Chin YH, Yaow CYL, Cheong CWZ, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: A qualitative systematic review. *PLoS One*. 2021;16:e0255936.
8. Ben J, Cormack D, Harris R, Paradies Y. Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0189900.
9. Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4 [Internet]. 2000. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=es#record-files-collapse-header>
10. Selvarajah S, Corona Maioli S, Deivanayagam TA, de Moraes Sato P, Devakumar D, Kim SS, et al. Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. *Lancet*. 2022;400:2109–24.
11. Bousmah M al Q, Combes JBS, Abu-Zaineh M. Health differentials between citizens and immigrants in Europe: A heterogeneous convergence. *Health Policy (New York)*. 2019;123:235–43.
12. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: Toward a structural interpretation. *Am Sociol Rev*. 1997;62:465–80.
13. Fuller N. The United-independent Compensatory Code/system/concept: A Textbook/workbook for Thought, Speech, And/or Action, for Victims of racism (white Supremacy). Washington, D.C.: CR Publishers; 1969.
14. Miles R. Racism. London: Routledge; 1989.
15. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Soc Sci Med*. 2018;199:219–29.
16. Institute of Medicine. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care [Internet]. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2003. Available from: <https://nap.nationalacademies.org/catalog/12875/unequal-treatment-confronting-racial-and-ethnic-disparities-in-health-care>
17. Naciones Unidas, Asamblea General. Visita a España. Informe del Relator Especial sobre cuestiones de las minorías, A/HRC/43/47/Add.1 (9 de marzo de 2020). [Internet]. 2020. Available from:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/063/91/PDF/G2006391.pdf?OpenElement>

18. Mahabir DF, O'Campo P, Lofters A, Shankardass K, Salmon C, Muntaner C. Experiences of everyday racism in Toronto's health care system: a concept mapping study. *Int J Equity Health* [Internet]. 2021;20:74. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01410-9>
19. Crenshaw KW. *On intersectionality: Essential writings* [Internet]. Faculty Bo. New York: The New Press; 2017. Available from: <https://scholarship.law.columbia.edu/books/255>
20. WHO. Regional Office for Europe. *How to equity proof your policies and interventions: a resource guide for planners and policy makers to leave no-one behind* [Internet]. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2023. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/368236>
21. Jacques-Aviñó C, Roel E, Medina-Perucha L, McGhie J, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E, et al. Are we leaving someone behind? A critical discourse analysis on the understanding of public participation among people with experiences of participatory research. *PLoS One*. 2022;17:e0273727.