

Ra Ximhai

Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo
Sustentable

Ra Ximhai
Universidad Autónoma Indígena de México
ISSN: 1665-0441
México

2012

SERVICIOS DE SALUD, DISCRIMINACIÓN Y CONDICIÓN ÉTNICA/RACIAL: UN ESTUDIO DE CASO DE LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO Y COLOMBIA

Teodora Hurtado-Saa; Rocío Rosas-Vargas y Alberto Valdés-Cobos
Ra Ximhai, enero - abril, año/Vol. 9, Especial 1
Universidad Autónoma Indígena de México
Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. pp. 135-151.



e-revist@s

SERVICIOS DE SALUD, DISCRIMINACIÓN Y CONDICIÓN ÉTNICA/RACIAL: UN ESTUDIO DE CASO DE LA PROBLEMÁTICA EN MÉXICO Y COLOMBIA

HEALTH SERVICES, DISCRIMINATION AND ETHNIC/RACIAL STATUS: A CASE STUDY OF THE PROBLEM IN MEXICO AND COLOMBIA

Teodora **Hurtado-Saa**¹, Rocío **Rosas-Vargas**², Alberto **Valdés-Cobos**³

Doctora en Estudios Sociales, Profesora Asociada Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra, E-mail: teodorahurtado@yahoo.es¹. Doctora en Desarrollo Rural, Profesora Asociada Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra. E-mail: atximba@yahoo.com.mx². Doctor en Ciencias Agrarias, Profesor Asociado Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra. E-mail: cobos_alberto@hotmail.com³. Los tres autores integran el Cuerpo Académico: Género y Políticas Públicas para el Desarrollo Social y Humano.

RESUMEN

Reflexionar y evidenciar la relevancia de la relación entre condición étnica/racial y uso de los servicios de salud motiva el presente trabajo. El abordaje que realizamos articula la información existente sobre cobertura, acceso y uso de los servicios médicos en Colombia y México, y su vínculo con los fenómenos de discriminación, acceso diferenciado y malas condiciones de salud de grupos específicos de la población, con base en las características étnica/racial que ostentan: afrodescendientes e indígenas. Para ello, este estudio evalúa la relación entre condición étnica/racial, nivel de ingreso y uso de servicios médicos de parte de las poblaciones racializadas, en comparación a sectores sociales con características étnicas/raciales diferentes. Realizamos esta tarea desarrollando varios aspectos fundamentales, el primero es la construcción del un marco teórico conceptual, con base en el cual se describen y plantean los diferentes modelos y enfoques que explican cuáles son los determinantes del uso de servicios médicos. Segundo, mostramos algunos de los elementos que integran el actual sistema de seguridad social en salud en México y Colombia; tercer, describimos las características socioeconómicas, demográficas y de salud más generales de la población, y valoramos algunos patrones de salud como las probabilidades de hacer uso o no de los servicios médicos en el caso de las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

Palabras claves: Servicios de Salud, discriminación, población afrodescendiente, población indígena

SUMMARY

Reflecting about and making evidence the relevance of the relationship between ethnic/racial status and use of health services motivated this academic work. We did an approach that articulates the information about coverage, access and use of medical services in Colombia and Mexico, and its link with the phenomenon of discrimination, differential access, and poor health conditions of specific populations groups, based on ethnic/racial characteristics that hold afrodescendant and indigenous people. For that reason, this study evaluates the relationship between ethnic/racial status, income level, and use of medical services from racialized populations in comparison to social sectors with different ethnic/racial characteristics. We carried out this task developing several fundamental aspects, the first, is the construction of a conceptual theoretical framework that describes and poses different models and approaches that explain which are the determinants of the use of medical services. Second, we show some of the elements that integrate the current system of social security of health in Mexico and Colombia. Third, we describe the more general socio-economic, demographic and health characteristics of the population, and we assess some patterns of health such as the probabilities of doing use or do not of the medical services in the case of afrodescendant and indigenous people.

Key words: Health services, discrimination, Afro-descendant population, indigenous population.

INTRODUCCIÓN

El Informe de las Naciones Unidas, Libertad Cultural y Desarrollo Humano (2004), considera que existe un estrecho vínculo entre las privaciones experimentadas por grupos étnicos/raciales, pobreza y discriminación. En efecto una carencia relativa de ingresos puede llevar a una privación social absoluta e impedir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades humanas, particularmente en el caso de las minorías étnicas/raciales y de otros sectores sociales que experimentan condiciones de exclusión y discriminación (Sen, 2000). Para el 2010, el informe de Desarrollo Humano pone en evidencia que la desigualdad de oportunidades, que prevalece entre las poblaciones indígenas y otras minorías étnicas/raciales, incide de manera negativa en los aspectos más básicos del desarrollo humano: la salud, la educación y el trabajo. No obstante, la desigualdad se torna más preocupante porque provoca un círculo de pobreza y desigualdad de oportunidades que condena a estas poblaciones, en condiciones de vulnerabilidad y desventaja, a permanecer en las mismas circunstancias a lo largo de sus vidas y de las generaciones futuras (Castles y Miller, 2004; Hurtado, 2012).

La determinante influencia de la pobreza y de la discriminación en las desigualdades en salud, se pone de manifiesto cuando se analizan los patrones de salud-enfermedad, los procesos de transición epidemiológica y el acceso a los sistemas de salud en países como México y Colombia. Algunos autores han señalado el riesgo de que se intensifique el rezago epidemiológico ya existente entre los grupos indígenas y afrodescendientes, los más pobres entre los pobres (Hurtado, 2006; PNUD, 2010), lo que favorece y agrava aún más la polarización epidemiológica: la desnutrición o mal nutrición, los problemas de salud mental, la drogadicción, el alcoholismo y la depresión; la mortalidad materno-infantil; la violencia doméstica, social y militar, los problemas de salud ambiental y laboral, así como la poca disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad a los servicios de atención médica y odontológica (Hurtado, 2006).

Organismos de apoyo multilateral y de salud como el PNUD y la OMS, han destacado la presencia de distintas e inaceptables brechas en salud, entre grupos étnicos/raciales (OMS, 1996). En 1993, durante la Reunión de Pueblos Indígenas y Salud en Winnipeg, Canadá, los participantes advirtieron que las malas condiciones de vida y salud de las personas indígenas y afrodescendientes de la región de las Américas se reflejan en una mortalidad excesiva y en una menor esperanza de vida al nacer debido a causas prevenibles, lo cual demuestra la persistencia e incluso la profundización de las desigualdades que experimentan estas poblaciones, en relación a otros grupos sociales no etnizados o con identidades étnicas/raciales más valoradas (Torres et. al. 2002).

Torres y su grupo de trabajo (en su cita a Jones y Cameron, 1984 y a Davey Smith et al., 1990) establecen que una forma tradicionalmente empleada para examinar las desigualdades médica ha sido revisar la relación entre factores sociodemográficos y socioeconómicos con el estado de salud. Por lo general, se aceptan como indicadores de bienestar o de condiciones de calidad de vida marcadores como los niveles de ingresos, la educación, la alimentación, el tipo de vivienda y el acceso a los servicios de salud. Entre los aspectos sociodemográficos destacan la edad, el género y el lugar de origen, como elementos que pueden influir positiva o negativamente en el estado médico (Torres, 2002; Hurtado, 2006). Es indiscutible el hecho de que estos factores determinan gran parte de los riesgos en salud de los individuos y los grupos sociales; sin embargo, pocos estudios han analizado la influencia de la características étnico/raciales en el estado de salud, más que por la influencia de esta condición biológica y cultural puede tener sobre la misma, por el efecto que los fenómenos de la marginación y discriminación pueden representar para estos grupos, construyéndose y recrudesciéndose socialmente las condiciones de riesgo en salud.

Dada la relevancia de la conexión entre condición étnica/racial, pobreza y salud, en este artículo evaluamos esas conexiones tomando como objeto de estudio el acceso y uso de los servicios médicos en el caso de las poblaciones negras o afrodescendientes en Colombia y de las indígenas en México, en comparación con otros sectores sociales con características socioeconómicas y demográficas similares, pero que poseen otras categorías étnicas/raciales. Metodológicamente en el presente estudio consideramos a estos dos países por el peso poblacional de los grupos indígenas¹ y afrodescendiente² (segunda mayoría), como por los procesos de exclusión que durante siglos han experimentado dichas comunidades, colocándolas

^{1/} Con base en los registros e información censal del 2000 y el conteo de 2005, el INEGI reportó que para el año 2000 México contaba con una población total de 97'483,412 habitantes, de los cuales 10'253,627 eran indígenas. Cinco años después, para el conteo del 2005, la población mexicana se había incrementado a 10'103,571 habitantes en tanto que para ese mismo periodo la población indígena descendió a 10'103,571, pasando de ser 10,5% a ser el 9,8% de la población mexicana. Por sexo el 49,1% de ese población eran hombres y el 50,9% mujeres (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2006).

^{2/} La población identificada como afrodescendiente en Colombia, de acuerdo con los datos del Censo de 2005 aportados por el DANE, representaba 4'261,996 habitantes, los cuales en cifras relativas representaban el 10,5% de la población total de Colombia, 41'468,384 habitantes. No obstante, representantes de organizaciones civiles, políticas y académicas manifestaban que dado los procesos de discriminación los datos del DANE no reflejaban la realidad, presentándose un fenómeno de invisibilidad estadística de la población afrocolombiana. Para estas organizaciones el tamaño de la población afro en Colombia era del 20% al 25% del total nacional, es decir entre 8'293.676,8 y 10'367,096 millones de personas afrodescendientes (Hurtado, 2008).

en una condición de indefensión y vulnerabilidad estructural. De igual forma, tomamos en cuenta aspectos teóricos como el concepto de salud, los modelos determinantes del uso de servicios médicos y los modos de aseguramiento de la población de parte de los sistemas de seguridad en Colombia y en México. Para la información empírica, recurrimos al uso de datos estadísticos primarios (para Colombia la Encuesta de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- para el 2003) y secundarios (Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México –PNUD- 2010), con el propósito de establecer e ilustrar las condiciones de acceso, los determinantes del uso o los factores que le permiten a los individuos –étnizados y no étnizados- hacer o no utilización de los sistemas de atención de la salud, tomando en consideración las condición étnica/racial, socioeconómica, género y edad entre otras variables sociodemográficas y económicas de nuestro interés, que nos permiten responder a los interrogantes planteados sobre las condiciones de salud y de acceso a los servicios entre las sectores de población afrodescendiente e indígena. De manera que podamos reflexiones sobre el problema de la discriminación en el acceso a los sistemas de salud y proponer algunas estrategias de políticas públicas, para reducir las desigualdades en la atención médica.

Salud algo más apreciable que la simple carencia o ausencia de enfermedad

Desde la antropología, la sociología, la medicina, la historia, la filosofía, la política e incluso desde la religión han sido innumerables las definiciones que se han establecido para aproximarnos a la noción de salud (Torres et. al. 2002; Hurtado, 2006). La realidad ha demostrado que aunque es un término equívoco y difícil de encuadrar en una sola y única definición posible, existen convenciones sociales instituidas para ayudarnos a entender el significado simbólico y objetivo de “ser saludable”, “tener salud”, “estar sano”, o al contrario “estar enfermo” o “indispuesto”. Pero independientemente del sentido particular o contextual en que pueda ser usado este concepto, para determinar el estado o la patología de un determinado organismo, en un momento y lugar dados, la salud más allá de la ausencia de enfermedad puede ser entendida como un estado de equilibrio físico, psicológico y espiritual (Torres et. al. 2002; Hurtado, 2006).

La OMS (2001: 2-3) establece que la noción de salud puede ser concebida como “el estado de bienestar físico, mental y social de individuos y colectivos con capacidad de funcionamiento y no sólo ausencia de enfermedad o achaque”, entendiéndose que el estado de salud no remite exclusivamente a la ausencia de enfermedad, debido a que existen condiciones objetivas y subjetivas, que van a determinar la condición médica y de bienestar de los individuos. Estas condiciones estarían dadas por aspectos estructurales como la economía, la cultura, la sociedad y la política; por tanto, es apropiado decir que la salud es uno de los anhelos más esenciales del ser humano, y constituye la cualidad previa para poder satisfacer cualquier otra necesidad o aspiración de bienestar y felicidad, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más. Igualmente, la salud es el medio que le permite a los seres humanos y a los grupos sociales desarrollar al máximo sus potencialidades; es decir, que es condición necesaria para posibilitar la realización de las potencialidades humanas de cualquier persona o colectivo.

La ampliación del concepto de salud y el reconocimiento de que éste va más allá de la condición biológica, motivó que los paradigmas modernos ya no consideran salud como la simple ausencia de enfermedad o malestar. Esta definición ha evolucionada hacia el principio de capacidad de funcionamiento, entendiéndose este principio como la capacidad de trabajar, estudiar y gozar de la vida, etc., y no sólo como carencia o ausencia. Por consiguiente, el estado de salud estaría determinado, entre otros factores, por la prevalencia o escasez de recursos como los servicios de atención médica de la salud y por las limitaciones u oportunidades de usarlo para mantenerla (OMS, 2001; Torres et. al. 2002; Hurtado, 2006). En especial, porque la salud no está asociada exclusivamente a las características individuales, también depende de factores como el contexto social en que se desenvuelven las personas y se instauran los sistemas de atención pública y/o privada de la salud (Piédrola, 2001: 3).

Conceptualizar la noción de salud desde esta perspectiva hace más operacional y práctico el manejo del concepto, así como la construcción de indicadores empíricos para medir el estado de salud y sus determinantes, los cuales deben ser fáciles de comprender e interpretar para ser susceptibles de medición, de precisión analítica y conceptual a partir de elementos observables, descriptibles y cuantificables en el contexto social o individual. Estos elementos servirán como indicadores de la presencia o ausencia de fenómenos que inciden en el estado de salud, como de los factores asociados con la aparición o la carencia de signos y síntomas de enfermedad, el acceso a la atención médica y el uso de servicios de salud (Beaglehole et al, 1994; Piédrola, 2001), e incluso para valorar la incidencia de factores discriminantes en el acceso y uso de los servicios de atención médica (Hurtado, 2006).

El interés de los investigadores por el tema ha favorecido la creación de metodologías y el uso de perspectivas analíticas, que facilitan la comprensión de las distintas representaciones de salud, establecen cuáles son sus determinantes y evidencian cuáles son los fenómenos que la afectan, con el propósito de reflexionar sobre el estado de salud ideal y las condiciones (objetivas y subjetivas) que lo propician o lo limitan. Estos modelos y enfoque teóricos, usados con base en las necesidades cognitivas y el criterio analítico del investigador, representan la estrategia metodológica más adecuada para entender y explicar los complejos procesos que integran la salud y sus diversas manifestaciones, y para establecer en el caso que nos compete, el de Colombia y el de México, la existencia de procedimientos que organizan, jerarquizan y regulan el proceso de cuidado de la salud, a partir de determinadas estructuras sociales y condiciones individuales, como los indicadores de sanidad, la existencia de sistemas de seguridad en salud, los procesos de búsqueda de atención, el uso de los servicios de salud y la calidad de la atención médica.

Factores que estructural y determinan el uso de los servicios de salud

La necesidad de comprender y explicar las interacciones entre actores sociales, fenómenos patológicos y servicios de salud, así como los desequilibrios que se aprecian en el acceso a los sistemas de atención médica ha propiciado el surgimiento de enfoques y modelos que intentan analizar dichos fenómenos. Por ejemplo, la epidemiología aborda el problema de búsqueda de atención y uso de los servicios médicos desde el enfoque de necesidades en salud, entendida esta necesidad como “cualquier alteración” objetiva de “la salud y del bienestar”, que requiera del uso de servicios y de recursos médicos para su atención (morbilidad, embarazo, muerte, etc.) (Donabedian, 1988; Arredondo y Meléndez, 1992; Beaglehole et al, 1994; Mendoza-Sassi et al, 2001).

La psico-sociología se basa en la perspectiva de los “comportamientos saludables”, es decir, en el estudio de las conductas sociales e individuales, como los elementos que inducen la búsqueda de atención médica y explican el uso de los servicios. Esta propuesta metodológica estudia el uso de los servicios médicos desde dos dimensiones, la primera es “el estado psicológico de alerta o aprehensión”, como señal de alarma para tomar una decisión y realizar una acción preventiva o curativa de un problema de salud; y la segunda, es “las creencias en salud y la valoración de los beneficios” que se reciben al buscar atención y usar los servicios médicos, tomando en cuenta que los individuos pueden verse impedidos para hacerlo, debido a la presencia de barreras que actúan en contra del deseo y de la necesidad de atención de parte de las personas que lo solicitan, como lo son las dificultades de accesibilidad geográfica, la carencia de servicios médicos o de personal especializado en la atención de la salud, etc. (Arredondo y Meléndez, 1992: 36-46). Esta última dimensión implica, asimismo, los factores de exclusión social como las barreras idiomáticas y discriminación racial, entre otros elementos que directa e indirectamente restringen o limitan el acceso a la atención en salud.

La perspectiva económica toma como eje las características de los individuos (demandantes), las de los sistemas prestadores de servicios de salud (ofertantes) y las de los mercados para investigar el funcionamiento de los sistemas de seguridad social en salud y las características de los mismos. De igual modo, analiza la relación “costo-beneficio” en el proceso de búsqueda de

atención y uso de los servicios, de parte de los individuos y grupos específicos de la sociedad, para valorar las fallas del mercado y de la política económica en salud (Arredondo y Meléndez, 1992; Hidalgo et al 2000; Rojas, 2003).

Otras posturas plantean la existencia de factores estructurales que habilitan o limitan la capacidad de individuos u colectivos para hacer uso efectivo de los servicios médicos; estos serían de dos ordenes: predisponentes y capacitantes. Los factores predisponentes son aquellos componentes sociales, culturales y demográficos que influyen en el estado de salud y en la necesidad de recibir atención médica. Pero mientras los elementos sociodemográficos los integran la composición familiar, el sexo, la edad, la condición étnica/racial y el estado civil, etc., los socioculturales serían definidos por el componente subjetivo de las creencias y de las prácticas socialmente construidas en torno a las nociones de salud, de enfermedad, de género, de identidad étnica/racial, de clase social, etc. Por su parte, los factores capacitantes son aquellos componentes que habilitan e inhabilitan a los individuos y colectivos, para que puedan o no hacer uso de los servicios, ya sea para prevenir o para curar un trastorno médico de la salud. Estos factores capacitantes estarían determinados por los factores de tipo personal y/o familiar como el nivel educativo, la ocupación y el nivel de ingresos, pero también comunitarios como el tipo de servicios disponibles, los seguros de salud y las características del personal paramédico (Andersen, 1981, Arredondo y Meléndez, 1992; Andersen, 1995). Factores de gran importancia son los fenómenos de exclusión y la discriminación, entre otros elementos externos a los individuos y colectivos sociales, pero que pueden incidir y determinar tanto la condición médica como el acceso a los servicios de salud (Hurtado, 2006).

En particular los factores externos a los agentes sociales indujeron que en el año de 1972, Andersen y Aday crean un modelo sociológico alternativo e integrador de las diferentes propuestas para estudiar los determinantes del uso de los servicios de salud, ampliando e incorporando a los modelos existentes otros componentes de significativa importancia. Los nuevos componentes serían aquellos asociados a los procesos que inciden en la búsqueda de atención y en el uso de los servicios, como las políticas públicas en salud, que definen las características de los servicios médicos, propician el acceso y garantizan el uso efectivo de los servicios de parte de la población, en general, y particularmente de los grupos vulnerables (Arredondo y Meléndez, 1992; Andersen, 1995). Igualmente, estos investigadores tomaron en consideración las variables asociadas a los resultados en salud, es decir la valoración de las consecuencias, previstas o no, que surgen como producto de los procesos médicos, debido a que estos resultados inciden positiva o negativamente en la utilización efectiva de parte de los usuarios y en el nivel de satisfacción de los mismos.

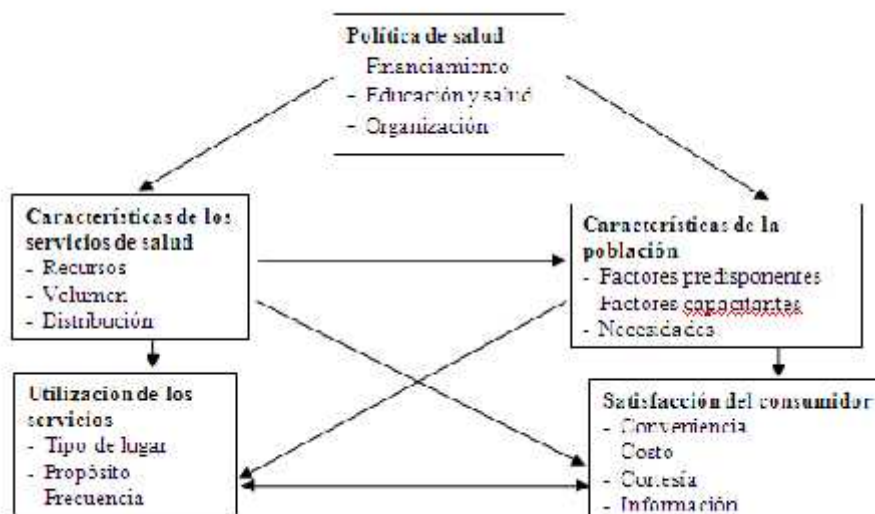


Figura 1. Modelo sociológico de Andersen y Aday (Arredondo y Meléndez, 1992; Andersen, 1995)

Esta propuesta metodológica de Andersen y Aday favoreció la reformulación de algunos paradigmas teóricos y la configuración de nuevas perspectivas, que abordan el tema de la salud y el uso de los servicios desde otros enfoques teóricos. El enfoque de políticas públicas en salud, por ejemplo, se basa en el análisis de los procesos jurídicos que promueven, organizan e implementan medidas dirigidas a garantizar la asistencia social, el acceso a los servicios y el cuidado médico de la salud, como los aspectos que determinan e inciden en el uso de servicios. Desde esta perspectiva la salud es percibida como un bien público o como un derecho cuyo acceso debe ser garantizado por el Estado, para que todos los ciudadanos puedan acceder a este derecho y desempeñarse “exitosamente” en el ámbito social.

Por su parte, el enfoque de equidad en salud, emplea cuatro categorías analíticas³: equidad, eficacia, efectividad y eficiencia, para entender y valorar los resultados, previstos o no, de la aplicación de estas políticas sobre el uso de los servicios y la atención de la salud⁴ (Andersen, 1995; CEPAL, 2001a y 2001b; Agudelo, 2003). Desde el punto de vista teórico de este enfoque, la búsqueda de la equidad es la estrategia más adecuada para obtener resultados positivos en salud y garantizar el acceso universal de la población a este servicio, sin distinción o discriminación de ningún tipo (económica, étnica / racial, de género, etc.) (Martínez, 1992; Laguna García, 1992).

Un tercer enfoque pone especial atención en el acceso y la cobertura de servicios de salud, los cuales, además de ser indicadores del grado de equidad, son indicadores de los procesos y resultados de las políticas públicas sobre la oferta y la demanda de servicios de salud. El concepto de cobertura, definido como “el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios de salud, que satisface las necesidades de la población” (Martínez, 1992), permite evaluar y calificar los procesos de satisfacción al cliente y de justicia social, a partir de dos elementos básicos; el primero, es la existencia de infraestructura física e innovación tecnológica necesaria para la atención de la salud; y el segundo, la presencia de programas que amplían la capacidad de respuesta y de atención de las necesidades en salud de la población (Aday y Andersen, 1974; Martínez, 1992; Restrepo, 2002).

Cobertura y acceso son concebidos como los principales indicadores de eficacia en la aplicación de políticas públicas en salud. No obstante, la cobertura no sólo remite al tamaño de población o de grupos sociales protegidos; igualmente hace referencia a la calidad, la cantidad y la disponibilidad de profesionales en salud y de equipos de asistencia médica, para la satisfacción de las necesidades de atención de la salud de la población. Los enfoques de equidad, cobertura y políticas públicas en salud están estrechamente relacionados entre sí, debido a que describen los procesos y evalúan los resultados en salud, su diferencia principal radica en los objetivos y en el punto de partida del análisis.

El enfoque de políticas públicas toma en cuenta, sobre todo, las decisiones de carácter legislativo, financiero y programático que se toman, para incidir en la solución de los problemas que afectan la salud, mientras que los enfoques de equidad y de cobertura se interesan por medir los resultados y el impacto de estas políticas sobre el uso de los servicios y sobre la salud de la población. Tomando en consideración las diferencias entre los beneficios esperados y los obtenidos, así como algunos aspectos no previstos por las políticas públicas, que vulneran la salud de grupos específicos de la población. Como lo plantean Aday y Andersen (1974),

^{3/} Equidad, eficacia, efectividad y eficiencia son las cuatro estrategias para valorar la aplicación de las políticas públicas y los resultados en salud. La eficacia es entendida como el uso de metodologías y tecnologías adecuadas para el cuidado de la salud; la eficiencia es el rendimiento de los recursos y el logro de los resultados previstos en salud; la efectividad se considera como el cumplimiento de los objetivos y de las actividades programadas, para alcanzar la cobertura y el impacto adecuado en salud; y, por último, la equidad es dar mayor atención médica a las personas que más lo requieran. Estas cuatro categorías se desprende de la idea de calidad, la cual implica excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, minimización de los riesgos para los pacientes, la satisfacción de los usuarios y el impacto positivo para la salud (IPAM, 2002).

^{4/} La perspectiva de equidad en salud parte del principio filosófico de igualdad en el acceso y justicia social en la distribución, la atención y la calidad de los servicios médicos recibidos, independientemente de la capacidad de pago, del estatus social y de las características individuales y de la población, limitándose única y exclusivamente a las necesidades sentidas y percibidas que conducen a buscar y recibir atención médica (ver Andersen, 1995; CEPAL, 2001a, 2001b y 2001c; Agudelo, 2003).

Andersen (1981), Hidalgo et. al. (2000) y Restrepo (2002), una falla o una adecuada implementación de la política pública tiene efectos directos sobre el cuidado de la salud y sobre la calidad de vida de la población, en particular de los grupos que se encuentran en condición de indefensión y vulnerabilidad por condición de etnia/raza y clase social.

Determinantes del uso de servicios de salud en Colombia

A finales de los años 70, momento clave en el desarrollo de nuevas políticas en salud y la aplicación de reformas a los sistemas de seguridad social en América Latina, Colombia busca implementar el proyecto “Salud para Todos”, con el objetivo de alcanzar la cobertura total en salud en el año 2000, con la participación del Estado como principal o único proveedor y financiador del servicio⁵. El proyecto contemplaba, a la vista del panorama epidemiológico que presentaban las clases desfavorecidas, la prestación de servicios gratuitos mediante la atención en salud de parte de personal paramédico calificado y un sistema de seguridad social de calidad y eficiente. Sin embargo, este proyecto de desarrollo fue abandonado debido a las dificultades económicas, como producto de la “Crisis de la Deuda”. Contexto en el cual los programas de seguridad social se alejan de la idea de servicios de salud estatales y se da paso a la reforma del sector de seguridad social en salud, con la implementación de programas de atención gerenciada más conocidos como “*mandaged care*”⁶ (Hurtado, 2006).

En Colombia, antes de la implementación del programa de atención gerenciada de la salud (en 1993), el sistema de seguridad social cubría y atendía principalmente la salud de los trabajadores pertenecientes al sector formal de la economía. El resto de la población no contaba con programas de aseguramiento, teniendo que recurrir al gasto de bolsillo para ser atendida en los hospitales públicos o privados. Sin embargo, se presentaba baja cobertura en el servicio, el cual llegaba a menos del 40% de la población total (CEPAL, 1997; GES, 2001a, 2001b y 2001c; Riveros, 2003), integrada por trabajadores con capacidad de pago y sus familias.

Al reglamentarse la Ley 100 de 1993 se reforma el sistema de seguridad social y se termina con la exclusividad del sector público, como único o principal proveedor de la asistencia en salud, abriéndose un espacio jurídico para la privatización del sistema, para participación del sector privado y para la conformación de sociedades mixtas, con la implementación de un mercado de oferta y demanda de servicios médicos. Este modelo propició el incremento tanto de la cobertura en salud como del número de proveedores del servicio; no obstante, Hurtado (2006) establece que esta política que facilitó que solo la población con capacidad de pago dispusiera de opciones y de libertad para escoger a los agentes prestadores de servicios de salud; aunque, con la reforma el gobierno creó un sistema de aseguramiento subsidiado para que la población de bajos recursos accediera al sistema, a través de programas encargados de auxiliar las demandas de atención de la salud de los más pobres .

Para ello la Ley 100 estipulaba dos modalidades de afiliación a los servicios de salud: el sistema contributivo o de afiliación obligatoria y el subsidiado. Los afiliados a través del régimen contributivo corresponden a la población formalmente vinculada a la actividad laboral: los servidores públicos, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus familiares, estos últimos reconocidos como beneficiarios del sistema.

⁵/ Programa de aseguramiento de la salud acorde con los modelos de seguridad social de países como Canadá, Francia, Inglaterra y Holanda, entre otros.

⁶/ El programa de atención gerenciada de la salud “es un sistema prepago de seguros de salud, en el cual el costo del riesgo (y la financiación del sistema) es transferido del ente asegurador al ente proveedor del servicio, e incluye una gama de modelos de financiación y administración del (sistema de) aseguramiento” (Patiño, 2002), este sistema fue importado de los Estados Unidos y promovido por la OMS y empresario norteamericanos en América Latina, con el supuesto objetivo de garantizar la equidad y la eficiencia del sistema en la región. Por otro lado, la IPAM (2002) define el sistema de atención gerenciada de la salud como, la provisión de servicios de atención, bajo el control administrativo de organizaciones privadas, con base en mecanismos de pagos capitados, que se caracteriza por poseer una red de servicios de atención, por ofrecer cuidados de salud para un determinado grupo de población o área geográfica y donde los costos del sistema son compartidos con el personal médico. Los afiliados a este sistema se inscriben voluntariamente e incurrir en gastos de bolsillo, cuando sus necesidades de salud son atendidas por fuera de la red de servicios, requieren servicios especializados o muy costosos.

En el régimen de seguridad social subsidiado o Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), la vinculación de los individuos y hogares se realiza a partir de la evaluación de la capacidad económica de las personas, medida en función de las condiciones de vida y de salud de cada uno de los miembros del hogar: sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de sus viviendas. Del resultado de dicha evaluación se eligen las personas factibles de ser amparadas por las entidades encargadas de organizar y brindar acceso a los servicios de salud a las personas pobres. Dichas entidades, llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARSS), pueden ser sociedades públicas, privadas o mixtas conformadas por Entidades Prestadoras de Servicios (EPSs), por Cajas de Compensación Familiar (CCF)⁷, por Empresas Solidarias de Salud (ESS) o por organizaciones comunitarias.

En este régimen, que subsidia la salud de las personas de bajos recursos, se destaca el hecho de que las personas identificadas como indígenas por Ley fueron vinculadas como beneficiarios del SISBEN, debido a su condición de grupo étnico/racial, mientras que la población de origen afro en similares condiciones no fueron reconocidas como beneficiarias pese a su carácter de grupo étnico/racial reconocido constitucionalmente. Otro aspecto importante de señalar es que, dadas las deficiencias en el proceso de selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado se encuentran afiliados sectores de población que dados sus niveles de ingresos, entre otras variables socioeconómicas, se encuentran lejos de ser considerados como pobres o grupos vulnerables (Hurtado, 2006; Losada y Rodríguez 2007).

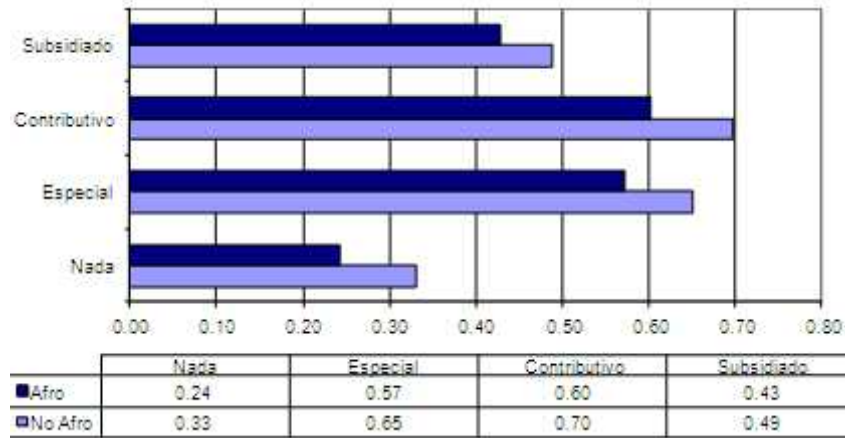
No obstante, la ejecución de dichas medidas no ha conducido a mejores resultados en la atención médica, se incrementó la cobertura pero al contrario, como lo manifiestan algunos investigadores entre ellos Hurtado (2006) y Losada y Rodríguez (2007), los costos de la atención y del cuidado de la salud se han elevando en comparación con regímenes anteriores, y se fomenta la exclusión al someter la prestación de servicios de salud a la lógica del mercado (CEPAL, 2000; GES, 2001; Hernández, 2003). Igualmente, manifiestan que, en sus inicios el mayor alcance de la Ley 100, frente a una población necesitada de atención médica, fue el rápido y exitoso incremento en la cobertura de servicios, ya que anteriormente existía un cubrimiento insuficiente y una demanda creciente por servicios médicos, que comienza a ser satisfecha al momento de entrar en vigencia la ley. De este modo el número de afiliados se ampliaría a partir de 1994 (GES, 2001), alcanzando en la actualidad la aparente cobertura universal como la figurada equidad o universalidad en el paquete de servicios que reciben los usuarios independiente de su afiliación.

La presencia de inequidades en la atención de la salud en Colombia

Los cambios registrados en el sistema de salud han permitido mejorar la cobertura, sobre todo en los estratos sociales más bajos; no obstante, ello no ha significado un acceso efectivo a los servicios de médicos. Estudios recientes de la CEPAL, publicados en el 2000, y de Hurtado, en el 2006, analizan los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida del DANE para 1997 y 2003⁸, con el propósito de evaluar las características de la utilización de los servicios de salud en Colombia. En particular el estudio de Hurtado señala que al ajustar los datos aportados por el modelo de regresión logística con base en el régimen de afiliación y la condición étnica/racial (gráfica 1), se aprecia que las personas que no tienen ningún tipo de aseguramiento poseen muy pocas posibilidades de utilizar los servicios de salud, en relación a las personas que disfrutaban de algún tipo de seguridad en salud. No obstante, aunque el estar asegurados mejora las probabilidades de uso de servicios las desigualdades en el proceso de afiliación al sistema de seguridad en salud por condición étnica/racial afectan más a la población afro en relación a la no afro.

^{7/} Las Cajas de Compensación Familiar son entidades con el mismo carácter de las Cajas de Previsión Social. Sin embargo, las últimas prestan sus servicios a los empleados públicos adscriptos a los regímenes especiales, mientras que las primeras atienden al resto de la población.

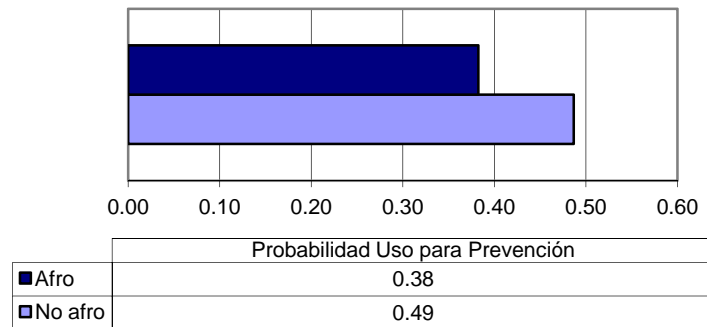
^{8/} El DANE ha realizado otras Encuestas de Calidad de Vida, para el 2007, 2008, 2010 y 2011; no obstante, la pregunta étnica/racial dejó de ser realizada o fue parcialmente incluida hasta el 2011. Por tanto empleamos los datos del 2003 para realizar este artículo.



Gráfica 1. Probabilidad ajustada de uso de servicios de salud según condición étnica/racial y régimen de afiliación.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 del DANE Resultados estimados con base en la ECV 2003 del DANE

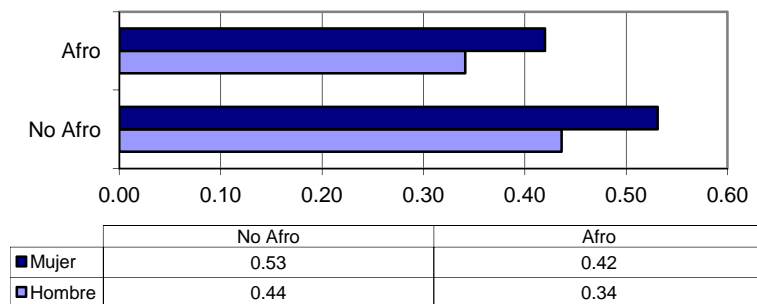
Otro hecho importante es que las personas de origen afro tienen una menor probabilidad de hacer uso del servicio, en relación con una persona no afro (gráfica 2). El nivel de esa diferencia es de 10 a 11 décimas porcentuales, lo cual es una constante en casi todos los registros.



Gráfica 2. Probabilidad ajustada de uso de servicios de salud con base en la condición étnica/racial.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 del DANE Resultados estimados con base en la ECV 2003 del DANE

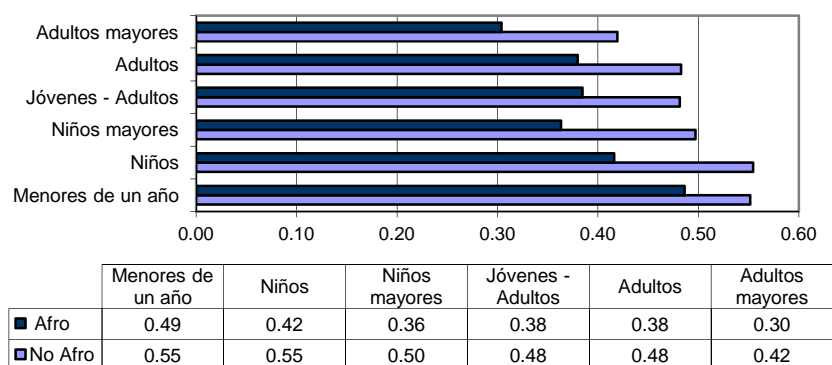
Por sexo (gráfica 3), se observa que existe una mayor probabilidad de uso de servicios de salud de parte de las mujeres que en el caso de los hombres, lo cual es un efecto asociado a la condición de género, al hecho de que las mujeres experimentan situaciones como el embarazo y a que tienen mejores hábitos de cuidado médico de la salud. Sin embargo, según la condición étnica/racial, tanto hombres como mujeres no afro presentan una mayor probabilidad de usar los servicios de salud, en relación con las personas afro de su mismo sexo.



Gráfica 3. Probabilidad ajustada de uso de servicios de salud según condición étnica/racial y sexo.

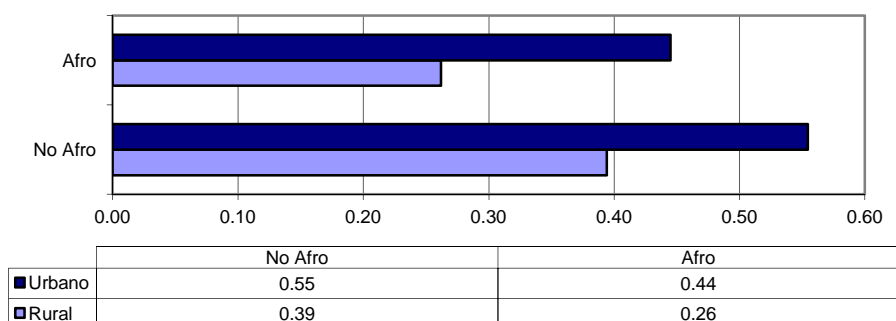
Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 del DANE Resultados estimados con base en la ECV 2003 del DANE.

Por edad (gráfica 4) se percibe que el uso de servicios es mayor entre los niños menores de un año y, a medida que se aumenta la edad disminuye la probabilidad de usar los servicios de salud. Sin embargo, las personas en edad de trabajar y en edad reproductiva acrecientan las probabilidades de uso de los servicios, aunque esa posibilidad se mantiene por debajo de los niveles registrados para el grupo de referencia, los menores de un año que, como se sabe, es un grupo altamente vulnerable. Asimismo, las personas de origen afro en todas las edades registran una menor probabilidad de uso de servicios en relación con las personas no afro.



Gráfica 4. Probabilidad ajustada de uso de servicios de salud según condición étnica/racial y grupo de edad.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 del DANE Resultados estimados con base en la ECV 2003 del DANE



Gráfica 5. Probabilidad ajustada de uso de servicios de salud según condición étnica/racial y zona urbana-rural.

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 del DANE Resultados estimados con base en la ECV 2003 del DANE

Tanto en zona rural como en la urbana (gráfica 5) las personas afro tienen una menor probabilidad de hacer uso de los servicios de salud. Sin embargo, cuando se observan las probabilidades por región, la menor posibilidad de usar los servicios se mantiene para el caso de las personas afro, siendo mucho menor en la región Pacífica y en San Andrés. No obstante, es importante destacar el peso específico que tiene el Colombia la región al estar asociada con la condición étnica/racial, debido a que las áreas de mayor concentración de población afro (costa Pacífica y San Andrés) presentan menor probabilidad de uso de servicios, lo que permite advertir que si bien la condición étnica/racial afecta, el peso de las formas sutiles de la discriminación y el uso diferenciado de los servicios de salud se incrementa cuando la persona vive en regiones consideradas como áreas de residencia de grupos étnicos/raciales⁹.

⁹ La manipulación, del SISBEN con fines políticos clientelistas y discriminatorios, también ha inducido a los resultados señalados. Por ejemplo, en Bogotá, una cantidad importante de pobres moderados, cuyas viviendas cuentan con paredes de ladrillo, piso y

Asimismo los indicadores de calidad de vida para la Región Pacífica siguen siendo muy bajos en comparación con el promedio nacional. Mientras Bogotá, Valle y San Andrés son consideradas las regiones con más desarrollo humano, Chocó, Cauca y Nariño, ubicadas en la región Pacífica, son los departamentos más atrasados de todo el territorio nacional, al punto que el departamento con la menor esperanza de vida es Chocó, cuyos habitantes viven en promedio de 66.6 años, en comparación con los habitantes de la costa Atlántica y Bogotá, quienes tienen una esperanza de vida al nacimiento de 72.9 años, contando con 6.3 años más de vida en comparación con los habitantes de la región chocoana. Por otro lado, las mayores tasas de mortalidad materna las tienen la costa Pacífica, en los departamentos del Chocó, Cauca y Nariño, con un promedio de 98.6 por cada mil mujeres en edad reproductiva, el cual puede llegar a ser hasta dos veces más altos que la media nacional¹⁰.

Inequidades en la salud en el caso de la población indígena mexicana

A diferencia de Colombia donde la prestación de servicios en salud está prácticamente privatizada, la atención médica en México es ofertada tanto por instituciones privadas como públicas; esto conlleva a que políticamente administrativamente el sistema de seguridad social en salud se encuentre estructurado de manera diferente. El sector público comprende instituciones que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, entre estas entidades se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), regímenes especiales como el de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y el de los organismos que prestan atención médica a las Fuerzas Armadas del Estado como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR).

Para proteger y cubrir a la población en condiciones de pobreza, sin seguridad social o que se encuentra por fuera de los regímenes anteriores, existen instituciones gubernamentales como la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y desde el 2002 el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), creado en 1979 y conocido anteriormente con el nombre de IMSS-COPLAMAR¹¹. En el año de 2003 fue estatuido el Seguro Popular de Salud (SPS) para ampliar la cobertura e implementar servicios mínimos de atención en salud, para un considerable porcentaje de población que no se encontraba inscrita a ningún sistema de seguridad social en salud, debido a su condición de no asalariados o beneficiarios, por su situación de pobreza y de marginalidad extrema. Por su parte, el sector privado lo integra un conjunto de instituciones o redes médicas que compiten incluso con las instituciones públicas por la oferta y demanda de atención médica, brindándole a sus usuarios -trabajadores del sector formal e informal, empleados autónomos y personas con capacidad de pago- un conjunto de servicios considerados como de gastos médicos mayores o de calidad: servicios de consultorio, clínicos, hospitalización y de los seguros médicos, permitiendo que incluso algunas instituciones públicas contraten con ellas el cuidado y la atención médica de la salud de sus dependientes.

Como estrategia de capitalización el sector privado se financia con los pagos que hacen las instituciones que contratan sus servicios, con las contribuciones que realizan los usuarios al momento de recibir atención médica y con el pago de los seguros médicos. En tanto que, los mecanismos de financiación de parte de las instituciones de seguridad social pública provienen fundamentalmente de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, del empleador y de los

techo de material, y conexiones a servicios públicos domiciliarios, han clasificado para el régimen subsidios, presentando niveles en los que no serían elegibles, en comparación con familias en condiciones de pobreza extrema de las zonas rurales de la costa Pacífica, región en la cual las familias habitan en viviendas construidas en madera y no existe conexión a servicios públicos, por lo cual la gran mayoría sería elegible para el régimen subsidiado. Sin embargo, no es posible para esta región otorgar subsidios a todos los elegibles, pues los recursos que posee y los destinados por el gobierno nacional son insuficientes (CEPAL, 2000; Retrepo, 2002).

^{10/} Fuente. Estudio del Sistema de las Naciones Unidas y la CEPAL: Las regiones colombianas frente a los objetivos del milenio.

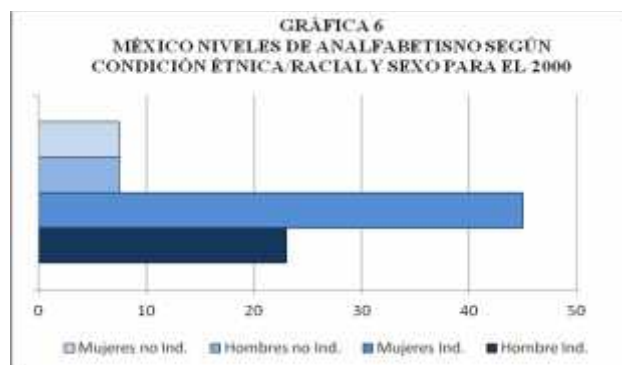
^{11/} Instituto Mexicano de Seguro Social y Consejo Técnico de Coordinación General de Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

empleados. Adicionalmente, en su calidad de usuarios los beneficiarios deben realizar pequeñas contribuciones o cuotas de recuperación que pagan por recibir atención (Gómez et. al 2011).

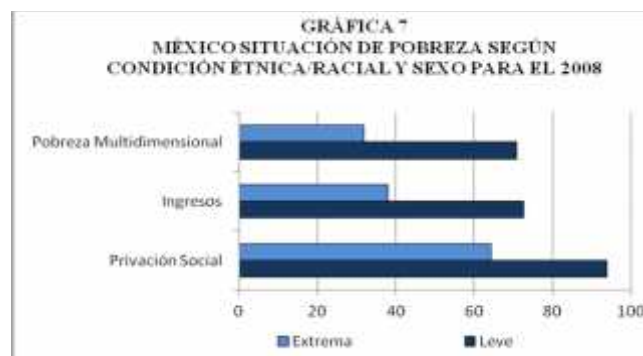
En su estudio sobre Salud Pública de México, Gómez y su equipo (2011) establecen que pese al nivel de cobertura y de las características del sistema de seguridad social en salud, para el 2008 el país contaba con una población total de 106'682.518 habitantes, de los cuales 48'368.414 personas estaban cubiertas por la seguridad social, 27'176.914 por el seguro popular y un número importante, 31'1367.190 de personas, estaba por fuera de los regímenes de atención médica de la salud. En este contexto los más afectados eran las poblaciones indígenas. El CDI-PNUD, para el 2009, sostenía que alrededor del 72% de la población indígena no era derechohabiente de ninguna de las instituciones de salud ni del Seguro Popular y, a pesar de que podían recibir atención médica en los centros de salud de la Secretaría de Salud (Ssa) y en el IMSS-Oportunidades, entre otros, el acceso a estos servicios se les dificultaba y/o imposibilitaba por los problemas de incomunicación geográfica, por el costos y calidad de los servicios médicos como por las barreras lingüísticas que implicaba la comunicación entre paciente y prestador de servicios de salud.

En México, como en otros países de la región, los pueblos y comunidades indígenas que han logrado preservar su identidad y su lenguaje, se han caracterizado por ser los grupos poblacionales con los mayores índices de rezago y marginación multidimensional. Su situación se debe tanto al acceso diferenciado y minoritario a los bienes públicos, como al efecto de la discriminación y de la exclusión de las que han sido objeto (PNUD, 2010: 6), condición que el sistema de seguridad social no logra solucionar.

Los resultados que presentamos en este artículo y los trabajos realizados por otros autores evidencian que la población indígena mexicana, al igual que la afrodescendiente en Colombia, se encuentra en clara desventaja en lo referente a sus condiciones de salud, educación e ingreso. Asimismo, ser indígena aumenta la probabilidad de ser una persona pobre, alcanzar menos años de educación y tener un menor acceso a los servicios de salud (Hall y Patrinos, 2005).



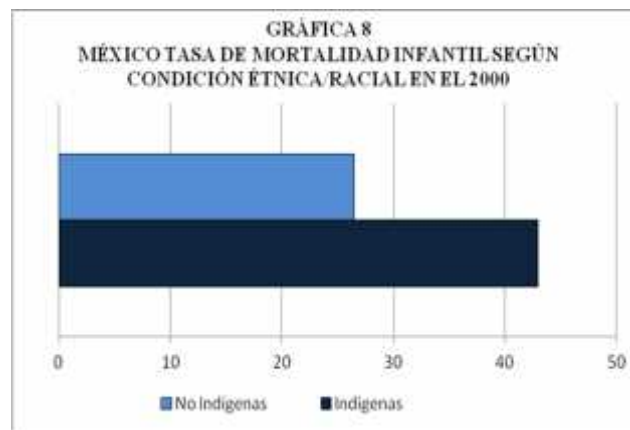
Fuente: SISPP/ PNUD, 2010



Fuente: Elaborado con base en la metodología definida por el Coneval con base en el MCS de la ENIGH (2008) / PNUD 2010.

La gráfica 6 nos permite observar los bajos niveles de escolaridad, lo cual es el reflejo de los bajos niveles de ingreso (gráfica 7) que afecta a este grupos específico de la población y a la falta de políticas públicas que favorezcas el acceso efectivo y eficiente de este sector de la población al sistema de educativo; no obstante, la importancia del rezago educativo y su efecto sobre la condición de salud se observa, asimismo, en el hecho de que éste, pudiendo contribuir a modificar las respuestas de los individuos y sus hábitos en salud de manera significativa, no logra incidir positivamente dado el bajo nivel de instrucción de la población; por ejemplo, un mayor nivel educativo de las mujeres, en particular de las mujeres pertenecientes a sectores marginados como las madres indígenas cabeza de hogar, quienes se encargan del cuidado de los miembros del grupo familiar, puede contribuir de manera importante a la reducción en las tasas de morbilidad/mortalidad, favorecer un mejor cuidado médicos de la salud y facilitar el incremento de la expectativa de vida con solo mejorar sus niveles de instrucción (Hall y Patrinos, 2005).

Al ilustrar esta realidad (en la gráfica 8) a partir de las diferencias en los patrones de mortalidad infantil, observamos que para el año 2000, entre los pueblos indígenas la tasa de mortalidad en niños menores de un año fue de 344 muertes por cada diez mil nacimientos, mientras que entre los no indígenas esta misma tasa llegaba a 216 muertes (PNUD, 2010).



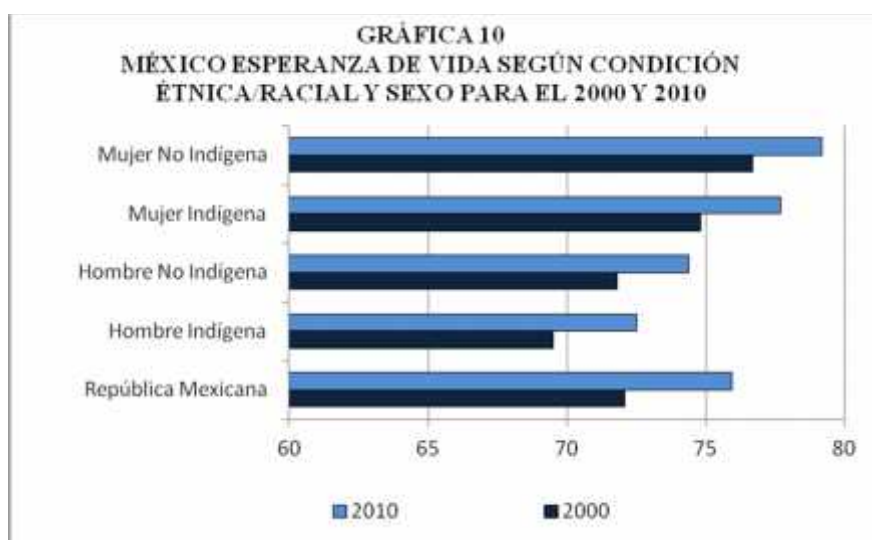
Fuente: SISPPi / PNUD, 2010

Esta situación, en combinación con otros factores determinantes del uso de los servicios de salud, contribuye a la imposibilidad de lograr un descenso importante en las tasas de mortalidad materna e infantil, erradicación de enfermedades y prevención de los padecimientos endémicos y crónico-degenerativas, entre otros (Camarena, 2009). Descenso que se lograría rápidamente considerando que las principales causas de muerte, entre los grupos de población indígena, la integran las enfermedades infecto-contagiosas o prevenibles como las enfermedades diarreicas, la desnutrición y la neumonía.



Fuente: Torres et. al. 2002

A este panorama adverso se suma el hecho de que el 63% de las personas de origen indígena que en un principio logran acudir a un centro de salud deciden no retornar, debido entre otros factores a la mala calidad de la atención, a la escasa disponibilidad o a que se encuentran cerrados los centros de atención, a la carencia de medicamentos y de dotación de infraestructura física como de personal capacitado, al tiempo de espera, a la distancia y a las dificultades de entendimiento lingüístico y cultural con quienes les atienden (ENSANUT, 2006; PNUD, 2010). De acuerdo con los datos censales del 2000, un común denominador que se presenta en las localidades con mayor densidad de población indígena, es la existencia de una contante carencia de acceso a servicios de salud, que se acrecienta en la misma proporción en que el número de personas indígenas aumenta (INEGI, 2000). Realidad que evidencia el peso específico del fenómeno de la discriminación y la marginalidad en que se encuentran las zonas habitadas por grupos étnicos/raciales, lo cual es una constante tanto en el caso mexicano como en el colombiano.



Fuente: PNUD, 2010

Finalmente, la configuración de factores asociadas a la mala calidad de vida, las dificultades para acceder a los servicios y los indicadores de salud por debajo del promedio nacional, como lo expresa la gráfica 10, se traducen en una menor esperanza y calidad de vida desde el nacimiento, que en algunos contextos significa entre cuatro y seis años menos de vida en comparación con los sectores no indígenas de la población (PNDPI, 2008; PNUD, 2010); evidenciando el rezago como los patrones de discriminación estructural que continúan afectando a la población indígena en México.

CONCLUSIONES

En la región de América Latina se le ha dado gran importancia social, académica y política a los estudios étnicos/raciales. La justificación de ello se encuentra en la necesidad y relevancia de valorar los procesos culturales y multiculturales de la población, estimar cualitativa y cuantitativamente la trascendencia y persistencia de fenómenos como la pobreza, la discriminación, la marginalidad y las disparidades en salud, a partir del uso de categorías como la condición étnicas/raciales y de otros indicadores que permitan dimensionar la magnitud que ha alcanzado el rezago en las condiciones de vida que experimentan los grupos discriminados. La discriminación por condición étnica / racial se ha transformado en factor de exclusión social, económica y política, expresada en una distribución desigual e inequitativa de los recursos y en una calidad de vida menor para ciertos grupos, en relación a la sociedad dominante. Para las poblaciones indígenas en México y afrodescendiente en Colombia la discriminación se ha traducido, asimismo, en exclusión socioespacial y sociodemográfica, reflejada en la insuficiencia de factores productivos y de infraestructura en servicios públicos, en la ampliación

de las brechas educacionales y en las inequidades en la atención de la salud, con resultados obviamente negativos para estos sectores de la población, como lo documentamos en el presente trabajo.

De forma muy generalizada, las regiones habitadas mayoritariamente por minorías étnicas/raciales experimentan un ordenamiento territorial desigual, que las deja aisladas del desarrollo y de los beneficios de los procesos de urbanización y de sus derechos de atención médica de calidad. Es por ello que al evaluar los procesos de evolución de la pobreza y el estado de morbi/mortalidad, las poblaciones indígenas y afrodescendientes, sobre todo las rurales, se encuentran mayoritariamente afectadas por la pobreza extrema, presentan una esperanza de vida menor y tasas de mortalidad más altas, a causa de enfermedades prevenibles, en comparación a las personas pertenecientes al grupo étnico/racial dominante.

Los estudios de los determinantes del uso de los servicios de salud deben tomar en consideración las barreras que se presentan para acceder a los servicios, como parte de los aspectos claves para entender y valorar las deficiencias en los procesos de distribución de los recursos, asignados a la organización y al cuidado médico de la salud. De igual manera se deben evaluar los resultados y su incidencia en los distintos grupos que constituyen la sociedad. Esto significa que las investigaciones que se realicen y las políticas públicas que se implemente deben considerar la variable étnica/racial como categoría analítica, categoría que nos permite valorar de manera más rigurosa el peso específico de la discriminación, sobre los fenómenos de inequidad en el acceso a los servicios públicos a los que deben disponer todos los ciudadanos.

La opción de considerar el modelo sociológico, como la base teórico-metodológica para estudiar los determinantes del acceso a los sistemas de salud, en caso de la población afrocolombiana y de la población indígena mexicana, se debió a dos razones fundamentales. La primera de ellas es que este modelo permite construir indicadores y considerar las características de los sujetos sociales para realizar pruebas estadísticas y cualitativas, incluyendo entre las variables de análisis la caracterización étnica/racial de la población objeto de estudio, como categoría explicativa para observar las diferencias que se presentan en el uso de servicios de salud, entre grupos sociales que ostentan condiciones étnicas/raciales distintas o iguales a las poblaciones más favorecidas de la sociedad. La segunda, porque el modelo sociológico considera que la condición étnica/racial es una construcción social, que obedece a factores externos e independiente de los individuos, permitiéndonos entender que los bajos indicadores en el ingreso, educativos y de salud no son el producto de decisiones individuales sino el resultado conjunto de complejas estructuras sociales que fomentan las inequidades y los patrones de exclusión, afectando a grupos sociales determinados.

Sin embargo, aunque las desigualdades entre grupos étnicos / raciales constituyen un fenómeno de larga data, su estudio y cuantificación han sido escasos, debido a que es muy reciente la desagregación de los indicadores estadísticos por diferencia étnica / racial. Para ver los efectos de la discriminación y la exclusión étnica/racial es necesario tener una mirada crítica de la historia (al legado de la colonización y de la esclavización), e incorporar preguntas sobre la pertenencia étnica/racial en los censos y encuestas, para evaluar los efectos de la discriminación y su persistencia en la sociedad contemporánea. Solamente así, se puede proporcionar un examen detenido de las desigualdades y de la evolución de los principales indicadores de calidad de vida, para implementar políticas que ataquen el problema de manera eficiente. En especial, porque los patrones de desigualdad son de origen socioeconómico, pero la discriminación por condición étnica/racial no sólo se sobrepone a ellos sino que termina por reforzar las disparidades. De ahí que no se pueda negar que el factor étnico/racial es pertinente en sí mismo como categoría analítica, para evaluar estas desigualdades. Lo que a su vez valida la necesidad de estudiarlo a parte y en relación con otros factores.

Las alternativas de progreso para las poblaciones étnica/racial están íntimamente relacionadas con su nivel de ingresos, y con las oportunidades que le brinda la sociedad para desarrollar sus

capacidades, de modo que una carencia relativa de ingresos, en los patrones de salud/enfermedad como en los niveles educativos puede llevar a una privación social absoluta, e impedir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades humanas de esta población. Según lo observamos en este estudio, la negación de la libertad de pertenencia étnica/racial puede generar privaciones muy importantes, empobrecer la vida de la gente e impedirle establecer conexiones sociales, económicas y políticas a las que, con justa razón, pueden aspirar.

LITERATURA CITADA

- Aday, Ann; Andersen, Ronald. 1974. **A theoretical framework for study of access to medical care, Health Services Research**, Vol. 9(3), pp. 208-220.
- Agudelo, Saúl Franco. 2003. **Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia**. Revista Gerencia y Política, No. 4, Julio, pp. 58-69.
- Andersen, Ronald. 1995. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter**. En Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, March, pp. 1-10.
- Arredondo, Armando y Víctor Meléndez. 1992. **Modelos de utilización de servicios de salud**. En Salud Pública de México. Enero – Febrero, Vol. 34(1), pp. 36-49.
- Beaglehole, R. Bonita R. Kjellström T., 1996. **Epidemiología básica**. Publicación Científica No. 551, Organización Panamericana de la Salud, pp. 187.
- Camarena, Ojinaga Lourdes. 2009. **La salud desde lo social: caso pueblo indígena Cucapá**. Trabajo presentado en el “Primer Congreso de Egresados COLEF”, realizado en Tijuana, B. C., del 9 al 11 de septiembre.
- Castles, Stephen; Miller, Mark J. 2004. **La era de la migración**. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno, CONOCER PARA DECIDIR, Fundación Nacional COLOSIO, Universales Autónoma de Zacatecas, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, Secretaría de Gobierno-Instituto Nacional de Migración, México.
- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG), 2008. **La mujer indígena en las zonas rurales**, 17p.
- Cepal, 1997. **El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia**. Serie Financiamiento del Desarrollo, No. 55, Santiago de Chile, 49 p.
- Cepal, 2000. **Riesgo de aseguramiento en el sistema de salud en Colombia 1997**. Serie Financiamiento para el desarrollo No. 95, Santiago de Chile, 54 p.
- Cepal. 2001^a. **Discriminación étnico racial xenofobia en América Latina y el Caribe**. Serie Políticas Sociales. No. 48, Santiago de Chile, 68 p.
- Cepal. 2001b. **Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud**. Serie Financiamiento para el desarrollo No. 108, Santiago de Chile, 52 p.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 2006. **Indicadores sociodemográficos de la población indígena: 2000-2005**, Septiembre, 2006.
- Donabedian, Evidis. 1988. **Los espacios de la salud**. Ed. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Fondo de Cultura Económica, Serie Biblioteca de la Salud, 772 p.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut). 2006. **México: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública**.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2001^a. **Cobertura del seguro de salud en Colombia**., Observatorio de la Salud Social Medellín, septiembre, Año 1, No. 1, 12 p.
- Grupo de Economía de la Salud (GES), 2001b. **Oferta del seguro público de salud en Colombia**. Observatorio de la Salud Social Medellín, septiembre, Año 1, No. 2, 12 p.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2001c. **Condiciones de acceso a los servicios de salud**. Observatorio de la Salud Social, Medellín, septiembre, Año 1, No. 3, 12 p.
- Gómez, Dantés Octavio; Sesma, Sergio; Becerril, Victor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor y Frenk, Julio, 2011. **Sistema de salud de México**, en Salud Pública de México, Suplemento, Vol. 53(2), pp. 220-232.
- Hall, G. y H. A. Patrinos (Eds), 2006. **Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America**. Londres: Palgrave Macmillan.
- Hidalgo, Vega Álvaro; Corugedo, de las Cuevas Indalecio; Del Llano, Señarís Juan, 2000. **Economía de la salud**. Ediciones Pirámide, España, 370 p.
- Hernández, Peña Patricia; Zapata, Oscar; Leyva, René; Lozano, Rafael. 1991. **Equidad y salud: necesidades de investigación para la formulación de una política social**. En Salud Pública de México, Suplemento, Vol. 33(1), pp. 9-17.

- Hurtado, Teodora. 2012. **Mujeres, negras e inmigrantes construyendo la ocupación de “proveedoras” de servicios afectivos y “vendedoras” de bienes erótico-amorosos en los espacios transnacionales.** Tesis Doctorado en Estudios Sociales - Línea de Especialización en Estudios Laborales, de la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Izatapalapa.
- Hurtado, Teodora. 2008. **Comunicación, etnias y multiculturalidad en la radio comunitaria,** Ministerio de Comunicaciones de Colombia, Facultad de Comunicación Social-Universidad del Valle, Cali: 69 p.
- Hurtado, Teodora. 2006. **La utilización de los servicios de salud en Colombia con énfasis en la condición étnica / racial,** Documento IDYMOV Núm. 5, Xalapa, Ver. México, CIESAS-Golfo, 135p.
- Instituto Provincial de Atención Médica –IPAM-, 2002. **Atención médica gerenciada y calidad de la salud, en la provincia de Córdoba,** 10 p
<http://www.tabaquismo.freehosting.net/gerenciar/gerenciar.htm>
- Lozada, Otálora Mauricio y Rodríguez, Orejuela Augusto. 2007. **Calidad de los servicios de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing, en Cuadernos de Administración,** Bogotá, 20(34): 237- 258, julio-diciembre de 2007
- Martínez, Narváez Gregorio. 1992. **Cobertura de los servicios de salud.** En Salud Pública de México, Suplemento, Vol. 34. Pp. 16-28.
- Mendoza-Sassi, Raúl; Béira, Jorge Humberto. 2001. **Utilización de los sistemas de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.** Cuadernos de Salud Pública, Vol. 17(4), Rio de Janeiro, 17 p.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. 2001. **Documento para la Conferencia Mundial Contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia.** En Serie de Publicaciones sobre salud y derechos humanos, No. 2, agosto de 2001, 12 p.
- Patiño, José Félix. 2002. **Gerencia de la salud, un dilema ético y un imperativo social.** En <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2kl/2002/ponencia>.
- Piédrola, Gil. 2001. **La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública.** En Medicina preventiva y salud pública, 10ª Edición, 14 p.
- Pnud/ONU. 2004. **Informe “Libertad Cultural y Desarrollo Humano”**
<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/espanol/>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2010. **Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México.** El reto de la desigualdad de oportunidades.
- Restrepo, Jairo Zea. 2002. **El seguro de salud en Colombia.** Revista Gerencia Política y Salud. No.2, Septiembre de 2002; pp. 25-40.
- Riveros, Gabriel. 2003. **Diez años de la reforma a la seguridad Social de salud en Colombia (1993-2003).** Diapositivas. 65 p. http://www.isapre.cl/seminarios/SeminarioColombia/Dr_Riveros.ppt.
- Sen, Amartya. 2000. **Desarrollo y libertad.** Editorial Planeta, México, 440 p.
- Torres, José Luis; Villoro, Renata; Ramírez, Teresita; Zurita, Beatriz; Hernández, Patricia; Lozano, Rafael y Franco, Francisco. 2002. **La salud de la población indígena en México** en <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/caleidoscopio/02%20PoblacionIndigena.pdf>.

Teodora Hurtado-Saa

Doctora en Estudios Sociales, Profesora Asociada Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra, E-mail: teodorahurtado@yahoo.es

Rocío Rosas-Vargas

Doctora en Desarrollo Rural, Profesora Asociada Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra. E-mail: atximba@yahoo.com.mx

Alberto Valdés-Cobos

Doctor en Ciencias Agrarias, Profesor Asociado Universidad de Guanajuato, campus Celaya-Salvatierra. E-mail: cobos_alberto@hotmail.com.

Los tres autores integran el Cuerpo Académico: Género y Políticas Públicas para el Desarrollo Social y Humano.