

QUILOMBO 2015

“Afrodescendientes y derecho a la salud”

Documento Base

Montevideo, 21 de agosto de 2015

División de Derechos Humanos
Dirección Nacional de Promoción Sociocultural (DNPSC)
Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Introducción

Pensar la salud desde una perspectiva de derechos humanos es ya pensarla culturalmente. Para el *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales* (PIDESC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) el derecho a la salud implica el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A su vez la OMS construyó una serie de “determinantes sociales de salud” que abarcan el nivel de ingreso y la educación, el género y la etnia así como el trabajo, la educación, la vivienda, la alimentación, el medio ambiente y el acceso al agua potable. Esta definición implica ya un punto de vista que centra la discusión en el sujeto en su contexto cultural y no meramente en el acceso a bienes y servicios médicos disponibles en el mercado.

Desde el punto de vista social las definiciones tienen su importancia porque suponen también un trato diferencial para quienes pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad y postula el respeto por la diversidad cultural, por los valores y saberes que los sujetos pueden portar y que no necesariamente están relacionados con el modelo asistencial hegemónico, basado en la relación médico-paciente. Esto supone que la salud está inserta en una trama social, por lo que introducirse en ella implica también pensar en las relaciones de desigualdad y diferencia, en las interacciones existentes dentro de las instituciones pero también en las formas de entender la sanidad y la enfermedad fuera de las instituciones, con otros agentes que los operadores médicos tradicionales.

En la medida en que todo derecho representa para el Estado una obligación y en la medida en que entendemos la salud en el sentido antes expuesto, es que planteamos el derecho a la salud como un *asunto interinstitucional* en el que el Ministerio de Salud Pública (MSP) tiene un rol fundamental (como rector y como gestor) donde también necesita de la articulación con otros agentes del Estado. En ese sentido el trabajo conjunto y articulado entre el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS), el Banco de Previsión Social (BPS), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y la Universidad de la República (UdelaR) es imprescindible para tener una mirada integral sobre el derecho a la salud que amplíe la discusión sobre las condiciones o la calidad de los bienes y servicios médicos para poder garantizar ese goce a una salud mental y física plena.

La brecha que separa a la población afrodescendiente de la población que se auto-define como “blanca” es alarmante en áreas centrales como los ingresos, el trabajo, la educación o las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El caso de la salud no escapa a esta brecha.

La salud como derecho humano

El PIDESC reconoce, en su artículo 12, “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y, en el párrafo 2 del mismo artículo, establece las medidas necesarias que los Estados Parte deberán tomar para garantizar ese derecho: la reducción de la mortalidad, la mortalidad y el desarrollo de los niños, el mejoramiento de las condiciones de higiene en el trabajo y el medio ambiente, la prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades de todo tipo y la creación de condiciones para la asistencia médica en caso de enfermedad. En el año 2000 se aprueba la Observación General N° 14¹ sobre el derecho a la salud, que explica y desarrolla el artículo 12 del PIDESC.

En su punto 3 la Observación expone un concepto integral de la salud como derecho que abarca otros derechos fundamentales:

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Asimismo en el punto 9 se reafirma este concepto al aclarar que el “más alto nivel posible de salud” refiere tanto a las condiciones biológicas como a las socio económicas y a “los recursos con que cuenta el Estado”. El punto 11 es el más importante porque define el derecho a la salud como un derecho inclusivo:

(...) que no sólo abarca la atención en salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia, potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. [...] Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

La Observación establece, en el punto 12, cuatro elementos esenciales e interrelacionados: la *disponibilidad* (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, personal capacitado y bien remunerado, medicamentos esenciales), *accesibilidad* (no discriminación, alcance geográfico para sectores de la población en situación de vulnerabilidad, económica, acceso a la información), *aceptabilidad* (respeto a la ética médica, respeto a la cultura de las personas, confidencialidad, mejora del estado de salud) y *calidad* (personal médico capacitado, medicamentos, equipo hospitalario científicamente aprobados, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas).

Respecto a la población afrodescendiente la Observación no contempla ningún punto específico aunque establece dentro de los temas de alcance general el principio de “no discriminación e igualdad de trato” en el que prohíbe la discriminación por distintos motivos, entre los que se incluye la raza y el color (puntos 18 y 19). Incorpora la necesidad de la perspectiva de género (puntos 20 y 21), la preocupación por niños y adolescentes (22, 23 y 24), el adulto mayor (25), las personas con discapacidad (26) y los pueblos indígenas (27).

En el capítulo dedicado a las obligaciones de los Estados Parte se destacan algunas básicas como: “Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados” así como “el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicos, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable” y “velar por

¹ El título del texto es “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Observación general N° 14”. Disponible en: <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/openssldocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc492>

una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud”, entre otras. Al mismo nivel que estas obligaciones propone otras como la atención a la salud genésica, materna (prenatal y posnatal) e infantil, inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, prevención, tratamiento y lucha contra enfermedades epidémicas y endémicas, educación y acceso a la información sobre las enfermedades así como herramientas para prevenirlas y combatirlas, y por último capacitar al personal de la salud (en perspectiva de derechos humanos).

En cuanto a la aplicación en el plano nacional la Observación hace referencia a la obligación de “adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental” y en tal sentido hace referencia a una “estrategia nacional” que deberá tomar como principios “la no discriminación y la participación del pueblo” (puntos 53 y 54). La participación del pueblo en la toma de decisiones que los afectan directamente es particularmente destacado por la Observación. Por último exhorta a los Estados Parte a considerar la posibilidad de expresar su estrategia en salud en una “ley marco” que debe formular mecanismos de vigilancia de la aplicación de estrategias y planes, objetivos a alcanzar y plazos para hacerlo, la cooperación de la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales, la responsabilidad institucional para la ejecución de la estrategia y los procedimientos de apelación. Asimismo hace referencia a la identificación de factores y dificultades para cumplir con estas obligaciones.

El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)

La Ley 18.122 crea el SNIS que aborda la salud desde una perspectiva de derechos humanos e incorpora a la legislación nacional las obligaciones contraídas por el Estado al ratificar el PIDESC y otros instrumentos internacionales. Esto se expresa en su artículo 1 cuando establece que la Ley: “reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social”. Además se expresa en sus principios rectores (art. 3) incluyendo una referencia a la intersectorialidad con otras políticas que apuntan a la mejora de la calidad de vida de la ciudadanía, la cobertura universal, la cuestiones vinculadas a la información y prevención o la necesidad de la participación de los usuarios y usuarias en las decisiones de la política pública. Asimismo dentro de sus objetivos (art. 4) se encuentra el “alcanzar el más alto nivel de salud de la población” que coincide con el artículo 12 del PIDESC, cuya sección 1 utiliza las mismas palabras.

Es importante señalar que el capítulo III de la Ley establece la creación de la Junta Nacional de Salud (JUNASA). Este organismo desconcentrado y dependiente del MSP cumple con las recomendaciones de la Observación N° 14, respecto a la vigilancia de una estrategia nacional que garantice el derecho a la salud. Además de incorporar entre sus integrantes no solo al Poder Ejecutivo (dos representantes del MSP, de los cuales uno la presidirá, un miembro del MEF, otro del BPS), sino también un/a representante de los prestadores de servicios, un/a representante de los trabajadores de los prestadores y un/a representante de los usuarios. Este mecanismo de incorporación de la ciudadanía en la vigilancia del SNIS recoge las recomendaciones de la Observación N° 14.

La información sobre la población afrodescendiente en el SNIS

La Ley no desarrolla ningún capítulo o artículo específico sobre discriminación, ni perspectiva de género, aunque dedica algunos artículos a la discapacidad para el cálculo de los aportes de los trabajadores. Sin embargo el MSP toma esta perspectiva cuando genera información y la analiza, así como en los materiales dirigidos a los operadores de la salud. En el caso de la población afrodescendiente es incorporada en el

documento “Equipos de salud del primer nivel de atención” (2014). El primer nivel de atención se define como un eje fundamental de la reforma de la salud.² En el capítulo sobre la Evaluación le asigna al equipo de proximidad (en general Médico/a de familia o Médico/a general y auxiliar y/o licenciado/a en enfermería) identificar “barreras de acceso” entre las que incluye las étnicas (MSP, 2004:11). A su vez en el relevamiento de información que el propio SNIS realiza, se recoge el dato de “raza/etnia” en el certificado de Defunción Perinatal y se agrega el dato de ascendencia, en el certificado de nacido vivo electrónico, según se desprende del “Manual de usuario”³ elaborado para operadores de la salud en diciembre de 2008.

Dentro de las publicaciones del MSP se encuentran los informes sobre inequidades (2010 y 2014), el más reciente elaborado por el “Sistema de vigilancia de la equidad en salud”. El primer informe plantea el análisis de las *determinantes sociales de salud* (DSS) y presenta el modelo de análisis que propone el Equipo de Equidad de la OMS. Este equipo distingue entre las *determinantes estructurales* (nivel de ingreso y educación, género y etnia de las personas) y las *determinantes intermedias* (las condiciones materiales de vida: vivienda, situación laboral, disponibilidad alimentaria o segregación residencial; circunstancias psicosociales; factores conductuales). Todo esto influye en el acceso a los servicios de atención y cuidados, como a los programas de salud pública. Si bien se define una perspectiva étnico-racial e incluso determina que ésta supone el análisis de aspectos “(...) vinculados al acceso diferencial e inequidad de financiamiento, así como el acceso a servicios que no contemplan e incorporan en su práctica herramientas para el trabajo en contextos multi-culturales”, y también “(...) el impacto de la discriminación racial en otros determinantes sociales en salud como la educación, el mercado de trabajo, las condiciones de hábitat” (Arbulo, 2010:14); **al momento de analizar los impactos en la equidad en salud en el capítulo 4, la variable étnico-racial no es analizada ni mencionada.** El informe de 2014 presenta la misma perspectiva respecto al modelo de las DSS, con algunas modificaciones, pero en su análisis proporciona algunos datos vinculados a la variable étnico-racial.

Al analizar los datos sobre hábitos de vida, dentro del análisis de inequidades en condiciones de vida y trabajo, el estudio analiza el consumo de tabaco y concluye que:

El género, la ascendencia étnica y la situación de pobreza son otros tres clivajes que también expresan desigualdades en lo que refiere al hábito de consumo diario de tabaco. Los varones presentan una mayor incidencia de consumo diario de tabaco (22.5%) tanto en relación al valor país como respecto a las mujeres, siendo la brecha entre ambos sexos de 7.6%. En cuanto a la ascendencia étnica, la población de ascendencia afro también muestra un mayor porcentaje de consumidores diarios de tabaco (24.6%) y la brecha con la población no afro es de 6.7%. Por último, el 25.3% de las personas en situación de pobreza son consumidores diarios de tabaco y la brecha respecto de las personas que no se encuentran en dicha situación es de 7.7%. (MSP, 2014:22)

Al analizar las inequidades en salud en Uruguay, los datos de bajo peso al nacer, uno de los indicadores más importantes en epidemiología, indican una brecha de casi 2 puntos porcentuales entre madres blancas y de otros orígenes étnicos (Méndez Rivero, Toledo Viera 2015:35).

A pesar de considerar en dos oportunidades la variable étnico-racial, el informe de inequidades del MSP de 2014 no profundiza mucho más en este aspecto y se concentra en otros como la distribución territorial, el contexto socioeconómico, el género (hombres-mujeres), el nivel educativo y de ingresos.

² La ley 18.211 establece en su artículo 34 que el SNIS “Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención” y en su artículo 36 los define: “El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia”. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=18211&Anchor>. En este sentido la ley recoge la Declaración de Alma Ata de 1978 y la importancia que la OMS le ha dado a la atención primaria de salud. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

³ Material de uso interno del MSP obtenidos para el presente informe. Disponible en: https://apps.msp.gub.uy/https_nacidosvivos/static/guia.pdf

Las brechas entre la población blanca y la afrodescendiente (Censo 2011)

El VIII Censo Nacional de Población (2011) fue el primero en incluir la pregunta sobre pertenencia étnico-racial. Antes se había incorporado a la Encuesta Continua de Hogares (1996-1997), luego en la Encuesta Continua de Hogares Ampliada (2006) y desde ese momento hasta el presente la ECH mantiene la pregunta por ascendencia étnico-racial.

Del Censo 2011 se desprende que los afrodescendientes son la minoría étnica más grande del país (8,1%), respecto a la indígena (5,1%) y la asiática (0,5%). La población afrodescendiente alcanza los mayores porcentajes en los departamentos de Artigas (17,1%) y Rivera (17,3%), seguidos por los departamentos de Cerro Largo (10,9), Salto (9,9%), Tacuarembó (9,9%) y Montevideo (9%). Los departamentos con el menor porcentaje de población afrodescendiente son Colonia (3%), Soriano (3,3%) y Flores (3,6%). El análisis de Cabella concluye que hay “(...) un continuo con fuerte presencia afrodescendiente que atraviesa las fronteras departamentales en la faja fronteriza con Brasil y se extiende a las secciones aledañas situadas hacia el centro del país” (Cabella, 2013:22). De acuerdo con la autora en Montevideo la población afrodescendiente se concentra en los barrios de la periferia, es menor al 5% en barrios en los que reside la población de ingresos medios y altos, y trepa a un 15 ó a un 20% en algunos de los barrios ubicados en el cinturón de pobreza.

Esta distribución territorial importa a la hora de analizar la accesibilidad a los servicios de salud en los departamentos con mayor concentración de población afro. En su análisis de las inequidades de 2010 el MSP proporcionó datos sobre la distribución geográfica de los principales prestadores.⁴

En los departamentos de Artigas, Rivera y Cerro Largo la cobertura en 2008 era la siguiente:

Cuadro 1. Presencia de unidades asistenciales de ASSE y IAMC en el interior del país

Prestador	ASSE		IAMC		Población del Departamento (INE, 2008)	%
	Centro Departamental	Centros Auxiliares	Sedes Secundarias IAMC Montevideo	IAMC del Departamento		
Artigas (3)	1	1	-	1	79.297	2.37
Rivera (5)	1	1	1	2	110.180	3.3
Cerro Largo (5)	-	1	2	2	89.871	2.69
Salto (3)	1	-	1	1	127.345	3.81
Tacuarembó (4)	1	2	-	1	95.313	2.85

Fuente: Arbulo (2010).⁵

Lo que se desprende de este cuadro es que los departamentos que cuentan con mejor cobertura (desde el punto de vista de la cantidad) son los del área metropolitana (San José y Canelones) y Colonia, porque además de los servicios departamentales privados y de ASSE, cuentan con un número elevado de sedes secundarias de sociedades médicas de Montevideo (68 en Canelones, 13 en Colonia y 9 en San José).

⁴ Según el informe: “En el interior ASSE está presente en todas las capitales departamentales con Centros Departamentales o Regionales y en las principales ciudades a través de Centros Auxiliares. Esto hace un total de 49 unidades asistenciales de distinta capacidad y resolutiveidad (de los Centros Auxiliares enumerados 14 cuentan con cirugía) para brindar atención a poco más de 800.000 usuarios en el interior (Arbulo, 2010:39)”. Por otra parte sostiene que: “El subsector IAMC también está presente en todos los departamentos del interior con al menos una institución propia del departamento (23 Instituciones de FEMI y 5 de FECOMI). Por otro lado, en 14 de los 18 departamentos se localiza al menos una sede secundaria de alguna de las instituciones con sede principal en Montevideo” (Arbulo, 2010:40).

⁵ En el resto de los departamentos: Canelones (7 públicos, 71 privados), Colonia (5 públicos, 16 privados), **Durazno** (2 públicos, 2 privados), **Flores** (1 público, 1 privado), Florida (2 públicos, 4 privados), **Lavalleja** (2 públicos, 3 privados), Maldonado (3 públicos, 4 privados), **Paysandú** (2 públicos, 1 privado), Río Negro (2 públicos, 4 privados), Rocha (4 públicos, 4 privados), San José (3 públicos, 10 privados), Soriano (3 públicos, 5 privados), Treinta y Tres (3 públicos, 4 privados). Los departamentos destacados en negritas cuentan con 5 o menos de 5 centros de salud, la misma cantidad que los departamentos analizados en el cuadro.

En el departamento de Montevideo ASSE cuenta con 6 Hospitales de referencia nacional, 6 Institutos especializados y 3 Hospitales de Crónicos y asilados. A su vez cuenta con una Red de Atención del Primer Nivel con 114 puntos de contacto con la población. Además se cuenta con 25 policlínicas municipales. En el sector privado Montevideo cuenta con 12 IAMC con policlínicas de primer nivel.

Los departamentos que tienen la mayor concentración de población afrodescendiente están dentro del grupo de departamentos con menor cobertura lo que constituye una limitación del acceso al derecho a la salud de la población total. Sería necesario estudiar, en qué medida esto podría estar afectando a la población afrodescendiente en esos departamentos. Además sería necesario contar con datos actuales para observar en qué forma las inversiones en infraestructura y el gasto en recursos humanos realizados desde el 2010, han tenido algún impacto en esta distribución territorial.

Otro dato a tener en cuenta para este análisis territorial es la distribución entre salud pública y privada entre la población afro y blanca, a partir de ECH 2014:

Cuadro 2. Derechos vigentes en salud. Porcentaje de población afro y total

Servicio de salud	% afro	% no afro	Total %
ASSE	46,00%	28,20%	30,00%
IAMC	45,00%	63,40%	61,30%
Seguro privado	0,50%	2,50%	2,30%
Hospital policial/militar	8,70%	6,50%	6,70%
BPS	0,60%	0,30%	0,30%
Policlínica municipal	2,70%	1,40%	1,50%
Otros	3,70%	2,40%	2,50%

Fuente: Elaboración propia en base a ECH 2014.

Nota: El porcentaje acumulado es superior al 100 por ciento dado que un usuario puede tener más de un servicio de salud.

Como puede observarse mientras el 46% del total de la población afro se atiende en los servicios de salud de ASSE, este porcentaje desciende al 28,2% en la población no afro. Por otra parte la concentración de población afro en los servicios públicos asciende al 58% considerando las policlínicas, BPS y los hospitales policial y militar, mientras la población no afro se concentra en un 63,4% en las IAMC. Si se consideran solamente los departamentos con mayor población afro (Artigas y Rivera) y se observa la cobertura pública con apenas un centro departamental y otro regional, parece necesario plantearse el problema del acceso universal a los servicios de salud por parte de la población afro.

En cuanto al perfil demográfico, un rasgo peculiar de la población afrodescendiente es que “(...) presenta una proporción de adultos mayores (65 y más años) significativamente menor que la población no afrodescendiente” (Cabella, 2013:26). Este grupo representa un 14,4% en la población no afro, mientras es de un 8,1% entre los afro. A la vez en el tramo de 0 a 14 años la relación es distinta y los afro superan a los no afro en casi un 4%. El informe señala también que hay una presencia mayor de varones en los cuatro tramos de edad menores de 20 años y se mantiene “(...) en edades en que se espera que haya equilibrio demográfico entre ambos sexos” (Cabella, 2013:29). Entre quienes declaran ascendencia principal afro o negra, persiste una masculinidad alta y esto podría explicarse por una mayor inmigración masculina afro o una mayor declaración de ascendencia entre los varones, esta última es según la autora la más verosímil (Cabella, 2013).

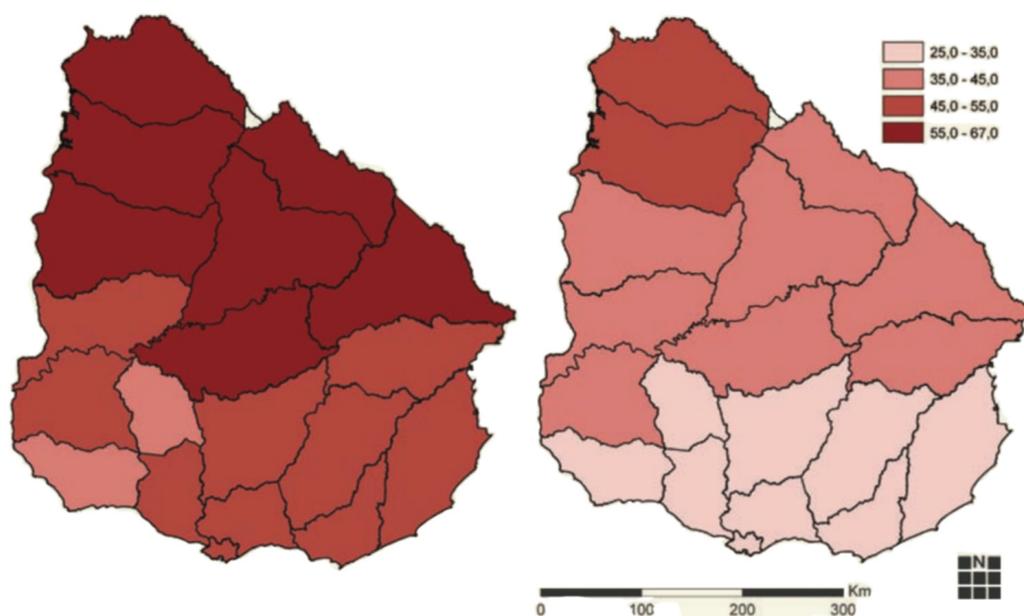
En el capítulo sobre comportamiento reproductivo pueden encontrarse más datos que podrían dar pistas sobre algunos asuntos vinculados a la salud sexual y reproductiva. La autora señala que hay diferencias importantes en el comportamiento reproductivo de las mujeres según sus atributos socio-económicos. El bienestar económico, el logro educativo y la región de residencia, afirman que “(...) inciden fuertemente en

la edad de inicio de la fecundidad y en el número de hijos tenidos” (Cabella, 2013:33). En el caso de las mujeres afrodescendientes se constata “(...) un ingreso precoz a la vida reproductiva, registrándose una fuerte concentración de la edad al primer hijo entre los 15 y 19 años, y una fecundidad más elevada que la de las mujeres blancas, acumulando al final de su vida fértil un hijo más en promedio” (Cabella, 2013:33). El censo no solo muestra esto sino que las mujeres con ascendencia principal afro o negra, se distancian del resto “(...) por su alto porcentaje de madres jóvenes y número promedio de hijos acumulados” (Cabella, 2013:38). En los departamentos con mayor población afro y con alta incidencia de población con NBI (Rivera, Artigas, Cerro Largo y Salto) “(...) la fecundidad de las mujeres afro se ubica por encima del promedio nacional, aunque no aparece claramente distanciada del resto de las mujeres de estos departamentos” (Cabella, 2013:29).

Finalmente los datos sobre NBI presentan brechas muy importantes entre afro y no afro en Uruguay. Si tomamos en cuenta la forma en que es conceptualizada la salud como derecho por los organismos internacionales, estos datos se hacen especialmente importantes para terminar de plantear el estado de situación de los afrodescendientes respecto al derecho a la salud. Las dimensiones que Cabella (2013) toma en cuenta son: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio higiénico, energía eléctrica, artefactos básicos de confort y educación. En primer lugar la autora muestra que hay un 51% del total de personas afro con al menos una NBI, porcentaje que ubica a los afrodescendientes 19 puntos porcentuales por debajo de la población no afro. Esta desventaja es clara si se analizan los hogares con dos o más carencias críticas, en los que los afrodescendientes duplican a la población no afro. Esto está en consonancia con la reducción general de la pobreza, que no consiguió disminuir la brecha de desigualdad racial entre personas afro y no afro. En 2012 la tasa de pobreza era de 27,2% mientras que en el resto de la población era de 12,4%. En cuanto a la vivienda adecuada, una de las DSS intermedias, los afrodescendientes presentan una brecha de 12 puntos de desventaja respecto a la población no afro. Cabella (2013) apunta que tomando en cuenta el hacinamiento, los materiales de techo, piso o pared y la cocina, el porcentaje de afrodescendientes duplica a los no afro.

Al analizar las NBI según la variable territorial, la autora indica que en algunos departamentos como Artigas, Salto y Tacuarembó la proporción de población afrodescendiente con al menos una NBI es particularmente elevada, en los que presentan 10 puntos por encima del valor a nivel nacional de la población afro. Sin embargo la brecha racial en este punto es mayor en los departamentos de Montevideo, Canelones, Florida y Salto. El mapa que presenta Cabella (ver Figura 1) grafica muy bien las diferencias sustanciales entre la población afro y no afro por departamento (Cabella, 2013).

Figura 1. Porcentaje de población afrodescendiente y no afrodescendiente con al menos una NBI por departamento. Año 2011



Fuente: Cabella (2013). La población afouruguaya en el Censo 2011.

Por su parte en Montevideo en 12 barrios el porcentaje de personas afro con al menos una NBI duplica a los no afro (Cabella, 2013) y estos barrios se caracterizan por ser zonas con niveles medios o bajos de población con NBI. A su vez se indica que Carrasco Norte presenta una situación grave en la que la brecha de la población con al menos una NBI es de más de 30 puntos porcentuales (afro 45,1% y no afro 13,2%).

Otros datos

En el estudio sobre “niñez y adolescencia” Cabella (2008) hace referencia a la cobertura de salud en ese grupo específico de afrodescendientes (de 0 a 19 años) en la ECH 2006 y 2007. Lo que la investigadora afirma es que considerando únicamente este indicador “(...) *al menos en lo que atañe al acceso a los servicios de salud y sin considerar su calidad, no se registran desigualdades raciales en la infancia y la adolescencia*” (Cabella, 2008:111). En el caso de la población afro la cobertura total es un 93,1% y los no afro 93,0% con cobertura parcial un 3,3% y 3,7% y sin cobertura un 3,6% y un 3,4% respectivamente.

Desde una perspectiva un poco más amplia, analizando el trabajo infantil vulnerador de derechos en niños, niñas y adolescentes afrodescendientes, es posible decir algo más sobre la salud de este segmento de la población. Un estudio sobre trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes afrodescendientes analiza la Encuesta Nacional de Trabajo Infantil 2009-2010 y obtiene la siguiente información: que más de la mitad de los que realizan trabajo no remunerado están expuestos a peligros domésticos y que los afrodescendientes en todos los tramos de edad son mayoría (Saavedra, 2012:121). El estudio aporta datos cualitativos respecto a la realización de tareas de trabajo doméstico familiar o de cuidados que no están acordes con la etapa de desarrollo físico, psicológico y afectivo. Asumir estas tareas puede generar agotamiento físico y estar asociado a dolores corporales, cansancio y falta de sueño.

En lo que respecta al trabajo remunerado el estudio detecta que los niños afrodescendientes, enfrentan problemas físicos con más frecuencia que los niños, niñas y adolescentes de otras ascendencias. En ese sentido la mayor brecha en función de ascendencia étnica (40%) se da entre los varones de entre 5 y 8 años. En cuanto al maltrato el estudio destaca que más del 25% de los afro de 9 a 14 años manifestó alguna vulneración en tal sentido. Respecto a la exposición a peligros realizando trabajo remunerado el estudio concluye que un 20,3% de los niños trabaja con carga o maneja maquinaria y un 35,6% se expone a elementos peligrosos. En esos números hay una diferencia sensible “(...) *fundamentalmente entre los niños y los adolescentes varones de entre 9 y 14 años de edad*” que es de 10 puntos en el caso de carga o maquinaria y de un 6% en el caso de elementos peligrosos (Saavedra, 2012).

En un cuadro elaborado por los investigadores en base a la Encuesta antes mencionada y que grafica el porcentaje de niñas, niños y adolescentes que realizan trabajo remunerado y presentan al menos un factor de vulnerabilidad de su derecho a la salud, según grupo de edad y ascendencia étnica se concluye lo siguiente:

Más de la mitad de los niños, niñas y adolescentes son vulnerados en su derecho a la salud en el marco de su situación de trabajo infantil. Se constatan brechas altamente significativas (del orden del 50%) según ascendencia étnica en niños y niñas de entre 5 y 8 años de edad. Entre los de 9 a 14 años de edad, la diferencia es de aproximadamente 20 puntos porcentuales (Saavedra, 2012:125).

En su trabajo de campo los investigadores relevan actividades como la recolección y clasificación de residuos, trabajo en la construcción o actividades que los niños y adolescentes realizan de albañilería, fletes, cortar leña y domar caballos, en los que detectan una exposición importante a riesgos para la integridad física. En muchos casos los investigadores detectaron agotamiento físico y cansancio por largas jornadas de trabajo. En algunos casos se hace referencia a quedarse dormidos en momentos y lugares inoportunos (Saavedra, 2012).

La investigación aporta datos importantes para la definición de los problemas de salud de la población afrodescendiente. Los niños, niñas y adolescentes son vistos desde el punto de vista del derecho a la salud como un sector de la población particularmente central a la hora de definir y ejecutar políticas públicas en salud. En este punto el trabajo conjunto del MSP, el MTSS y el MIDES es central para la prevención y la atención de estos problemas en familias donde el trabajo infantil remunerado o no remunerado es una realidad.

El modelo cultural de asistencia y la discriminación étnico-racial en la salud

A pesar de que la *Encuesta de Satisfacción de Usuarios con los Servicios del Primer Nivel de Atención de 2010*⁶ no recogió la variable étnico-racial, los datos que arroja sobre el conocimiento de sus derechos y obligaciones, así como sobre dónde poder realizar denuncias es muy significativa. Según esa encuesta, ante la pregunta: “En los últimos doce meses, ¿ha recibido por parte de... alguna información respecto a sus derechos como usuario?”, un 78% respondió que no, un 18% que sí y solamente un 4% dijo no estar seguro. Ante la misma pregunta pero respecto a sus obligaciones, un 81% respondió que no, un 14% que sí y un 5% dijo no estar seguro. Finalmente, ante la pregunta: “Si hoy tuviese una queja o sugerencia para hacerle a... ¿sabe qué tiene que hacer, a dónde se debe dirigir?”, un 49% dijo que no, otro 49% dijo sí y el restante 2% dijo no saber. Estos datos muestran a los usuarios del SNIS poco familiarizados con sus derechos y obligaciones. Casi la mitad de los usuarios encuestados no sabe cómo realizar una denuncia, por lo que la exigibilidad del derecho podría estar severamente comprometida. La pregunta es, en qué medida estas carencias del SNIS afectan diferenciadamente el derecho a la salud de la población afrodescendiente.

Los datos sobre discriminación racial en salud que no pertenecen al MSP son escasos o prácticamente nulos. Tanto la Comisión Honoraria contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación (CHR-XD), como la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) aportan poca información sobre esta cuestión. En su informe 2014 la CHRXD afirma que recibió 178 peticiones en el período de las cuales un 47% están vinculadas a denuncias por discriminación racial.⁷ Por otra parte proporciona el dato que apenas un 2,5% de las denuncias están relacionadas con acceso a la salud (lo que representa unos 4 casos) y un importante porcentaje están vinculadas al trabajo (45%, es decir 80 casos) que es un componente comprendido en el derecho a la salud. En ningún caso se aclara dentro de cada categoría cuántas de las peticiones se corresponden con actos de discriminación hacia afrodescendientes. Según Alicia Saura en entrevista para este informe los casos de discriminación hacia afrodescendientes están mayormente vinculados al trabajo o la educación. En el caso de la INDDHH no se registran denuncias vinculadas a la salud en afrodescendientes, al menos en sus informes anuales.

En un estudio sobre las vivencias de la discriminación del grupo de *Etnia y salud* de la Facultad de Psicología los investigadores afirman que “(...) la salud no aparece destacada como un ámbito en el que se padezcan actos de discriminación” (Rudolf, 2008:156). En la medida en que se entiende un acto de discriminación como un acto violento, argumentan, la falta de acceso a la atención y la inexistencia de planes y programas específicos para la población afrodescendiente no son percibidos como discriminación. A su vez indican que las malas condiciones de salud derivadas de las malas condiciones de vida no son percibidas como “responsabilidad del sector salud” (Rudolf, 2008:156). Los investigadores recurren al concepto de “racismo institucional” para concluir:

(...) las instituciones de salud están diagramadas por la cultura hegemónica blanca, según sus propios principios, modelos y estereotipos. Si bien no hay actos racistas de discriminación expresa, hay una for-

⁶ “Derechos en salud y determinantes sociales. Medición para la acción” (2010). Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Derechos%20en%20salud%20y%20determinantes%20sociales.pdf>

⁷ La Comisión fue creada en 2005 e instalada definitivamente en 2007. La información abarca el período 2007-2014. En una entrevista Alicia Saura actualizó los datos: de 195 peticiones el 41,3% son de discriminación racial, de las cuales casi el 93% son realizadas por afrodescendientes.

ma de organización de la atención que, de hecho, desconoce características, derechos y sentimientos de los grupos minoritarios (Rudolf, 2008:157).

Finalmente en el apartado sobre salud hacen referencia a la escasa información sobre enfermedades de propensión étnica y su situación en el Uruguay (epidemiología, estudios, tratamientos, etcétera) (Rudolf, 2008:166).

El Programa de Salud y Antropología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, bajo la coordinación de Sonia Romero, realiza importantes contribuciones en el análisis del modelo cultural implícito en las formas de asistencia en la salud. En el trabajo etnográfico Romero (2009) detecta una “modalidad autoritaria” que perdura como “habitus asistencial en las relaciones médico-paciente” que podría explicar un retraimiento de los pacientes e incluso su adhesión “a otros valores”. Esto es especialmente visible, afirma, “en el marco de la asistencia gratuita o de Salud Pública” y continúa:

Las posiciones jerárquicas se reafirman a través de relaciones desiguales objetivadas en actitudes y discurso supuestamente personal de cada profesional, aunque en realidad estén predeterminadas desde un rol socialmente valorizado y habilitado para un cierto ejercicio de poder o autoridad. (...) esto sucede independientemente del sexo o género del titular. Es decir que el habitus asistencial autoritario es ejercido tanto por hombres como mujeres, profesionales de la salud; llegando un poco más lejos, también establecimos que dicho habitus traspasa a las profesiones y alcanza a los/las funcionarios/as dentro de una institución médica (Romero, 2009:51).

Teniendo en cuenta estas observaciones sería interesante ver de qué forma esta “modalidad autoritaria” podría implicar dificultades en el acceso a la salud por parte de los afrodescendientes considerando su presencia en el sistema público.

Respecto a la adhesión a “otros valores”, esto es, a sistemas de creencias y usos de la medicina no hegemónicos, la Observación N° 14 es muy clara en lo que refiere al respeto por la cultura “de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades”. En el origen de los estudios sobre el modelo asistencial hegemónico de Sonia Romero las medicinas populares ocuparon un lugar central, dado que representaban una alteridad respecto a la medicalización de la sociedad que se consolida en Occidente desde el siglo XVII y en Uruguay desde fines del XIX con la “sensibilidad civilizada” (Barrán, 1993:153 y ss).

De su trabajo de campo en Rivera, hace ya casi 30 años, Romero indicaba la presencia hegemónica del culto Umbanda dentro del campo de la medicina popular, que consideraba la atención total del individuo por su concepción del cuerpo y de la mente como “sistema único, sensible y abierto” (Romero, 1987). En el trabajo de campo de 1986 Romero ya percibía la complementación entre el trabajo del/a curandero/a y del médico. En 2004 Virginia Rial observa en el trabajo de campo un enfrentamiento entre el poder médico y los usuarios, transcribe un pasaje en el que un “pae” sirve de intermediador entre uno de sus fieles y el médico.

Es decir que se perciben algunos problemas entre los usuarios y el sistema de salud en los que las religiones tradicionales o populares no necesariamente tienen un rol opositor o competitivo sino de complementariedad. El caso del “pae” es solo un ejemplo dentro de una gama de posiciones intermedias (liderazgos locales, organizaciones de la sociedad civil, líderes de otras congregaciones religiosas) que operan o podrían operar como nexos entre el SNIS y la población para que esta alcance los más altos niveles de salud física y mental. Este rol de intermediación podría colaborar con los objetivos estratégicos de la OMS y el MSP respecto al primer nivel de atención. Para ello es necesario incorporar a una perspectiva de derechos la promoción del diálogo intercultural, entendido como la posibilidad de un intercambio entre personas o colectivos que poseen distintas pautas culturales (no solamente desde el punto de vista étnico, sino también de género, clase o edad, por ejemplo). Este proceso no se da fuera de los conflictos y desigualdades presentes en una sociedad, más bien los supone, y en tal sentido debe ser considerado en el análisis de las inequidades en el campo de la salud.

En relación al diálogo intercultural es necesario hacer mención a la llamada medicina tradicional y complementaria (MTC) que según la OMS tiene cada vez más peso en la población mundial y ha sido frecuentemente subestimada por los servicios de salud. Es importante señalar que históricamente la población afrodescendiente ha tenido un papel importante en el campo de la MTC en Uruguay. Los curanderos y otros agentes de la medicina popular han estado tradicionalmente asociados a grupos étnicos indígenas o afrodescendientes, relacionándolos muchas veces a supersticiones y siendo discriminados por la cultura hegemónica. Más allá de los estereotipos es importante señalar su rol en tanto referentes locales para la solución de distintos problemas de salud. Estos saberes se reproducen hasta el presente entre los afrodescendientes muchas veces oralmente y representan prácticas que se transmiten de generación en generación desde hace cientos de años.⁸

La *Estrategia de la OMS para la medicina tradicional 2014-2023*⁹ exhorta a los Estados miembros a aprovechar la potencial contribución de la MTC al bienestar de las personas y a promover un uso eficaz y seguro de la MTC “(...) a través de la reglamentación y la investigación, así como mediante la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud, según proceda” (OMS, 2013:11). En tal sentido plantea cuatro objetivos referentes a la inclusión de la MTC en el sistema de salud: promover la seguridad, eficacia y calidad de la misma, su disponibilidad así como un uso terapéutico racional. La OMS recomienda acciones en tres sectores estratégicos: la construcción de conocimientos que permitan la inclusión de la MTC en el sistema de salud; el trabajo en la calidad de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales así como la formación y capacitación; y finalmente, la promoción de la MTC en la prestación de servicios.

La investigación en el campo de la etnobotánica, la etnofarmacología y la etnomedicina, que se apoya en los saberes de comunidades tradicionales, permiten adquirir conocimientos que pueden aplicarse luego a distintas áreas y en el campo de la salud, por ejemplo, a la elaboración de fármacos a partir del uso de plantas medicinales. Estas disciplinas están desarrollándose en Uruguay (al menos dentro de la UdelaR) pero es importante que el MSP desarrolle una política que las integre y estos saberes puedan incorporarse de alguna forma al SNIS en los próximos años. Esto implicaría alinearse con las recomendaciones de la OMS y también el reconocimiento de prácticas y saberes de las que es portadora la comunidad afrodescendiente en Uruguay. Siendo un paso importante en el diálogo intercultural en el campo de la salud.

A modo de síntesis

El PIDESC define la salud como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Desde esta perspectiva la salud abarca múltiples dimensiones del sujeto sin reducirse exclusivamente a la calidad de los bienes y servicios recibidos por la ciudadanía por efectores públicos o privados. En tal sentido el derecho a la salud comprende aspectos como la vivienda, las condiciones de trabajo, la alimentación, el acceso al agua potable, entre otras. La Ley 18.211 que crea el SNIS en Uruguay incorpora esta perspectiva y garantiza el derecho a la salud para toda la ciudadanía en todo el territorio nacional.

Las DSS son un instrumento de análisis de las inequidades diseñado por la OMS que permite dar cuenta de las posibles dificultades a la hora de garantizar este derecho por parte del Estado. En tal sentido establece DSS *estructurales* (nivel de ingreso y educación, género y etnia de las personas) e *intermedias* (las condiciones materiales de vida: vivienda, situación laboral, disponibilidad alimentaria o segregación residencial; circunstancias psicosociales; factores conductuales). Si bien el MSP a través del Proyecto: “Sistema de vigilancia de la equidad en salud” analiza estas determinantes sociales, la información disponible muestra que existen dificultades para incluir una perspectiva étnico-racial al análisis de las inequidades pese a tratarse de una DSS estructural.

⁸ Sobre este tema es importante señalar el aporte pionero de Ildefonso Pereda Valdés sobre la medicina popular en Uruguay.

⁹ Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1

A pesar de estas dificultades, el Censo 2011 que incorpora por primera vez la pregunta de ascendencia étnico-racial, permite acercarse a algunas problemáticas vinculadas con las DSS intermedias que afectan el derecho a la salud de las personas afrodescendientes. Según estos datos un porcentaje importante de la población afrodescendiente (46%) se atiende en los servicios de ASSE. Desde el punto de vista de la distribución geográfica y el acceso a la salud la población afrodescendiente se concentra al norte del Río Negro, con porcentajes altos (17%) en los departamentos de Artigas y Rivera, en los que la cobertura de los servicios de salud (públicos y privados) es todavía deficitario. Por otro lado, los datos del Censo 2011 muestran que las mujeres afrodescendientes ingresan precozmente a la vida reproductiva, entre los 15 y los 19 años, además de acumular al final de su vida fértil un hijo más en promedio respecto a la población no afro. Desde el punto de vista de las NBI, que coinciden con varias de las DSS intermedias como la vivienda, la población afrodescendiente presenta importantes brechas respecto a la población no afro. Hay un 51% del total de personas afro con al menos una NBI, porcentaje que ubica a los afrodescendientes 19 puntos porcentuales por debajo de la población no afro. En cuanto a la vivienda adecuada los afrodescendientes presentan una brecha de 12 puntos de desventaja respecto a la población no afro. Tomando en cuenta el hacinamiento, los materiales de techo, piso o pared y la cocina, el porcentaje de afrodescendientes duplica a los no afro.

La incorporación de estos datos y los que pueda aportar el propio SNIS podrían permitir un análisis más detallado de la situación de las personas afrodescendientes respecto al derecho a la salud. El Censo Nacional 2011 ofrece algunas pistas pero es necesario un análisis más profundo con más información. Además el propio SNIS podría, a través de sus distintos servicios, aportar diversos datos sobre enfermedades de propensión étnica que permitan desarrollar programas y planes focalizados en la población afrodescendiente. Lo mismo ocurre con otros organismos del Estado vinculados a la salud como la Junta Nacional de Drogas o el Instituto de Alimentación, entre otros. En definitiva, la generación de información y su análisis aparecen como un asunto prioritario para la definición de la política pública.

Por último, respecto al modelo cultural de asistencia, la investigación existente arroja poca información, en términos cuantitativos, pero aporta algunos elementos de análisis que invitan a la reflexión. Los más importantes tienen que ver por un lado con la necesidad de revisar la relación médico-paciente e incorporar una perspectiva intercultural que ayude a superar la modalidad autoritaria hegemónica; por otro, la presencia de intermediarios entre los servicios de salud y la población afrodescendiente (líderes religiosos, referentes locales, organizaciones de la sociedad civil) que podrían contribuir a un mejor acceso a la salud; y, por último, la incorporación de la MTC en la que los afrodescendientes han tenido un rol histórico en Uruguay, asociado entre otros aspectos al uso medicinal de la flora autóctona. En este último aspecto algunos servicios de la UdelaR han hecho avances importantes en el campo de la investigación, pero el MSP podría cobrar mayor protagonismo en consonancia con *Estrategia de la OMS para la medicina tradicional 2014-2023*.

Aportes para la discusión

La salud entendida como derecho humano ha avanzado considerablemente con la creación del SNIS en Uruguay. La posibilidad de ampliar sus efectos y llegar a sectores de la población especialmente afectados por distintos niveles de desigualdad es un desafío importante para asegurar dicha universalidad. La etnia aparece como una de las DSS que combinada con otras (nivel de ingresos, nivel educativo, género) puede generar diversas dificultades en el acceso a la salud. Las brechas entre la población afro y no afro en Uruguay son considerables en muchos puntos sensibles a la salud como la vivienda, el nivel educativo, la vida sexual y reproductiva, la segregación geográfica. Por tal motivo es necesario analizar el impacto de estos indicadores en el SNIS, a partir de la incorporación de la variable etnia-raza, en el análisis de las inequidades y la realización de estudios específicos a partir de los instrumentos con que cuenta el Estado, a través del Instituto Nacional de Estadística (Censo, ECH). A su vez el propio SNIS podría incorporar el relevamiento de la ascendencia étnico-racial, por autoadscripción como en el censo, en todos los servicios de salud públicos, así

como promover dentro del sector privado posibles metas que incorporen esta dimensión. Esto es particularmente importante en sectores como la salud sexual y reproductiva, las enfermedades de origen genético, la salud mental, la salud laboral y el consumo de drogas.

De la información estadística disponible surgen al menos dos problemas concretos de salud, en los que hay una brecha significativa entre población afro y no afro: la edad temprana en la que las mujeres afrodescendientes ingresan a la vida reproductiva y el consumo de tabaco. A pesar del problema de la generación y análisis de la información, se realizaron y realizan por parte de la sociedad civil, en algunos casos en vínculo con el Estado, acercamientos a problemáticas vinculadas a las enfermedades de transmisión sexual, a la salud sexual y reproductiva en general, la hipertensión arterial, la anemia falciforme y la diabetes en afrodescendientes.

Las experiencias de países como Estados Unidos, Colombia y Brasil sirven de referencia al movimiento para prestar atención a determinadas enfermedades que en esos contextos afectan en una proporción mayor a la población afro. En el caso de la anemia falciforme estos países recogen el dato por ascendencia étnico-racial y encuentran brechas entre la población afro y la no afro. En Brasil por ejemplo la enfermedad afecta a los afrodescendientes entre un 6% y un 10%, mientras en el total de la población la afecta entre un 2% y un 6%.

Una vez identificados los principales problemas de salud de la población afrodescendiente, se podrán diseñar e implementar campañas de sensibilización, información y prevención con un enfoque étnico-racial, que tenga en cuenta las particularidades. En todos los casos, es pertinente incorporar las experiencias de países que ya afrontan problemas similares tanto en el plano de las políticas públicas como de la sociedad civil. En tal sentido es fundamental incorporar la participación de esta última en el diseño, aplicación y evaluación de programas y políticas.

Otro aspecto a destacar es la importancia de educación permanente a los trabajadores de la salud en todos sus niveles de atención (aunque especialmente en el primer nivel), que incluya no solamente al personal médico, sino a los servicios técnicos y administrativos. Esta formación podrá tener en cuenta aspectos vinculados al racismo institucional, el relevamiento de información, la perspectiva de derechos humanos, las enfermedades de propensión étnica pero también la promoción del diálogo intercultural y el respeto por la diversidad cultural.

En otro campo de problemas resulta de particular importancia la investigación en el campo de la MTC y el uso medicinal de plantas. La población afrodescendiente históricamente ha estado vinculada a saberes y prácticas tradicionales para el tratamiento de distintos problemas de salud. La OMS recomienda incorporar este tipo de conocimientos para complementar el trabajo de los sistemas nacionales de salud. En algunos sistemas de salud como el brasileño el trabajo con la MTC permite incorporar agentes comunitarios de salud en el medio rural y el trabajo con los distintos grupos indígenas.

Todos los aspectos vinculados a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la gestión participativa, la producción de conocimiento y la capacitación de los trabajadores de la salud pueden estar articulados en una política nacional que establezca planes de acción concretos. La Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) en Brasil es una experiencia regional a tomar en cuenta. Aprobada en 2004 e incorporada al Estatuto de Igualdad Racial de 2010, lo que le dio fuerza de ley para incorporarse a todos los niveles de gobierno, esta Política Nacional viene realizando importantes avances en la equidad étnico-racial. Una política o plan similar en Uruguay que se articule con la JUNASA, podría resultar un instrumento interesante para afrontar las inequidades étnico-raciales en el SNIS. En Brasil el PNSIPN ha tenido resultados importantes en el combate al racismo institucional y en la formación permanente de los trabajadores.¹⁰

10 Maíra Mathias. "Em direção à equidade racial". Revista de la Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) N° 70 (enero-febrero de 2015). Disponible en: http://www.retsus.fiocruz.br/sites/default/files/revista/pdf/retsus_revista_70_0.pdf

Tanto el debate sobre las inequidades en salud como los instrumentos para su reducción son posibles en la medida en que se ha avanzado en la implementación de un Sistema Nacional. Sobre esta base es que parece viable abrir un debate respecto a las dificultades de la población afrodescendiente para acceder al más alto nivel de salud física y mental.

Preguntas para el debate

- a) Desde su área de trabajo ¿qué elementos considera relevantes para pensar en un sistema integral de salud con perspectiva de derechos humanos, que contemple el componente étnico-racial? (Máximo 3 minutos)
 - b) ¿Cuáles serían las estrategias institucionales que llevaría adelante para incorporar efectivamente esos elementos? ¿Cuáles son los caminos posibles que imagina para obtener más información sobre la población afrodescendiente en el SNIS? ¿Cree que existe alguna posibilidad de incorporación de la *medicina tradicional y complementaria* al SNIS? (Máximo 4 minutos)
-

Referencias

- Arbulo, Victoria, coordinadora (2010) Logros y desafíos en términos de equidad en salud en Uruguay. Documentos de trabajo en Economía de la salud N° 1/10. MSP, Montevideo. Disponible en: http://www2.msp.gub.uy/uc_4216_1.html
- Barrán, José Pedro (1993) Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya” La medicalización de la sociedad. Autores varios. Editorial Nordan/Instituto Goethe, Montevideo.
- Cabella, Wanda et al. (2013) La población afro-uruguaya en el censo 2011. [Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay, Fascículo 2]. Trilce, Montevideo. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Atlas_Sociodemografico/Atlas_fasciculo_2_Afrouuguayos.pdf
- Cabella, Wanda (2008) “Panorama de la infancia y la adolescencia en la población afrouuguayaya”. En: Scuro, Lucía, coordinadora. Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay. Montevideo: PNUD. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Afrodescendientes.pdf>
- Méndez Rivero, Fabricio y Alejandra Toledo Viera (2015) Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay. MSP, Montevideo. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/INFORME%20%20SVES%20Documento%201.pdf>
- MSP (2014) Equipos de salud del primer nivel de atención. Montevideo. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Equipos%20de%20Salud%20del%20Primer%20Nivel%20de%20Atenci%C3%B3n.pdf
- OMS. *El derecho a la salud*. Folletín informativo N° 31. Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Pereda Valdés, Ildefonso (1968) Magos y curanderos. Editorial Arca, Montevideo.
- Rial, Virginia (2004) Sobre «paes», «maes» y curanderas: las religiones afrobrasileñas y la salud. Indagación antropológica sobre medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay 2004. FHCE, Montevideo.
- Romero Gorski, Sonia (2009) Sistemas culturales y sistemas de atención de la salud. *Cuadernos del CES* N° 5, Montevideo.
- Romero Gorski, Sonia coordinadora (2004) Indagación antropológica sobre medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay 2004. FHCE, Montevideo.
- Romero Gorski, Sonia (1993) Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural? La medicalización de la sociedad. Autores varios. Editorial Nordan/Instituto Goethe, Montevideo.
- Romero Gorski, Sonia (1987) Práctica de investigación etnográfica: sobre la medicina popular. Misión a Rivera, diciembre de 1986. FHCE, Montevideo.
- Rudolf, Susana et al. (2008) Las vivencias de la discriminación en la población afrodescendiente uruguaya. En Scuro, Lucía coordinadora. Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay. PNUD, Montevideo.
- Saavedra, Enrique, coordinador (2012) Trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes afrodescendientes en Uruguay. Descubriendo horizontes de integración. Telefónica, Montevideo.
- Scuro, Lucía, coordinadora (2008) Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay. PNUD, Montevideo. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Afrodescendientes.pdf>