

Editorial

Raza, salud y sistema sanitario: la necesidad de abordar el racismo institucional en España



Race, health and the health system: the need to address institutional racism in Spain

Yolanda González-Rábago^{a,b,*}, Daniel La Parra-Casado^c, Constanza Jacques-Aviñó^{d,e,f} (por el Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología), Mba Bee Nchama^g y Jaime Manzano Lorenzo^g

^a Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico – OPIK, Leioa (Bizkaia), España

^b Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Leioa (Bizkaia), España

^c Departamento de Sociología II, Universidad de Alicante, Alicante, España

^d Fundació Institut Universitari per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol), Barcelona, España

^e Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès (Barcelona), España

^f Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS), España

^g Plataforma para la Equidad Racial en Salud (PERSA) impulsada por la Fundación FÚNDEC, España

«El tabaco perjudica seriamente la salud». Ahora sustituye *tabaco* por *racismo* y la frase sigue siendo cierta, o incluso más, dado que podría explicar efectos adversos para la salud más determinantes que los del propio tabaco. Sin embargo, el nivel de atención pública y científica que recibe el racismo no es comparable con el que reciben el tabaco, el alcohol o el sedentarismo. Como en estos casos, afrontar el problema desde una perspectiva de salud pública implica superar el plano individual. Se trata de un reto de gran envergadura, multifactorial y multinivel, que se hace cada vez más ineludible si queremos comprender cómo se producen y reproducen las desigualdades en salud en las sociedades europeas.

Como se ha evidenciado en la literatura internacional en una multiplicidad de contextos, el racismo tiene un gran impacto en la salud de los grupos racializados, suponiendo mayor morbilidad y más mortalidad prematura^{1,2}. Así, un enfoque que pretenda analizar y comprender los mecanismos a través de los cuales el racismo es una causa fundamental de las desigualdades en salud, en términos de Phelan y Link³, debería comenzar por entender los procesos de racialización como sistemas de dominación y estratificación de las sociedades modernas que crean y reproducen jerarquías raciales, y en consecuencia, desigualdades sociales⁴.

El concepto de raza debe entenderse como un constructo social que es histórico, dinámico y que varía según cada contexto social¹, siendo el racismo el resultado de la configuración de relaciones sociales, culturales, económicas y políticas que clasifican y ordenan jerárquicamente a grupos de personas a través de procesos históricos que, debido a la colonización y sus consecuencias, se configuran globalmente, y que producen y reproducen formas de dominación social en favor de la población europea o de origen europeo blanca⁵. Además, es necesario considerar que las poblaciones racializadas son heterogéneas en cuanto a otros ejes de desigualdad, como el género, la orientación sexual, el nivel socioeconómico o el capacitismo, situando la perspectiva interseccional como una mirada clave para comprender estas desigualdades en salud.

El racismo puede manifestarse a través de distintos mecanismos que funcionan en diversos niveles: el más individual, sustantivado, por ejemplo, en las relaciones interpersonales; el nivel meso, que se produce tanto en las instituciones formales (sistema educativo, mercado de trabajo, servicios de salud, sistema jurídico, etc.), como en espacios sociales regidos por normas sociales menos formalizadas (relaciones familiares, amistad, la calle, las fiestas, los medios de comunicación, etc.), caracterizados por poner en juego relaciones que benefician de manera sistemática a los grupos dominantes sobre los racializados; hasta el nivel global, configurando una ordenación del sistema-mundo que favorece a las poblaciones que ocupan posiciones hegemónicas.

Los procesos de discriminación racial que se dan en el sistema sanitario, siendo este un importante factor que determina la salud de la población, son sin duda una de las vías por las que el racismo impacta en la salud. El sistema de salud, al igual que otras instituciones sociales, tanto en su diseño, valores y composición como en el modo de organizar sus acciones, produce y reproduce procesos activos de racismo estructural. Estos procesos estructurales, además, se amplifican adoptando formas de racismo interpersonal, es decir, aquellas que se producen en la interacción con el personal sanitario mediante prácticas racistas, ya sean explícitas o implícitas. Numerosos estudios, más abundantes en el contexto anglosajón, muestran que la discriminación por cuestión de raza, etnia o nacionalidad en el acceso y la provisión de atención sanitaria constituye una barrera fundamental para disponer de un acceso equitativo a los servicios de salud⁶⁻⁸. Así, se evidencian mayores dificultades para el acceso en la población racializada, pero también durante la provisión se realiza un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico por parte del personal sanitario cuando la atención se dirige a personas racializadas⁹. Ello se deriva de actitudes negativas y estereotipadas hacia las personas racializadas, así como de procesos de etiquetaje social⁷ basados en prejuicios raciales que finalmente se concretan en elementos de discriminación explícitos, como insultos racistas o trato ofensivo; o implícitos, tales como hacer sentir injustificadas las necesidades médicas o no ser tomado en cuenta en el proceso de decisión sobre el diagnóstico y el tratamiento⁶.

Las experiencias de racismo en la atención sanitaria producen efectos a medio y largo plazo, ya que afectan a la manera en que las

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: yolanda.gonzalezr@ehu.eus (Y. González-Rábago).

✉ @yolandagrabago

personas racializadas se relacionan y utilizan los servicios sanitarios. Se ha observado que quienes han sufrido discriminación racial en la atención sanitaria tienen más probabilidades de tener menor confianza en los sistemas y en los profesionales de la salud, menor satisfacción con los servicios de salud, mayores necesidades médicas no cubiertas, menor adherencia a la medicación, mayor retraso en acudir a pruebas diagnósticas, menor percepción de calidad de la atención recibida y peor comunicación y relación con el personal sanitario^{6,8}. Asimismo, el racismo tiene efectos sobre las decisiones clínicas del personal sanitario, que incluyen menor prescripción de medicamentos, diferencias en el manejo del dolor o menor derivación a atención especializada, entre otras⁶. Sin embargo, es común encontrar explicaciones de corte culpabilizador sobre el diferente patrón de uso de la asistencia sanitaria de la población racializada, en lugar de atender a las causas estructurales que favorecen un trato discriminatorio, tanto institucional como interpersonal.

Hasta el momento, en España, al igual que en el conjunto de la Unión Europea, resulta infrecuente abordar el estudio de la discriminación racial, ya sea en el ámbito sanitario o en otros sectores, e incluso se aprecia una falta de voluntad política. Esto refuerza y se refuerza con la falta de datos necesarios para estudiarlo y abordarlo en el sistema estadístico. Igualmente, por la escasa presencia de población racializada en las profesiones sanitarias, en equipos de investigación y en puestos de decisión, así como por la limitada disponibilidad de fondos de investigación con este objetivo y de espacios institucionales públicos o privados que asuman esta responsabilidad. Por otra parte, como se ha argumentado desde las teorías críticas, la ciencia no está exenta de posicionamiento ideológico, por lo que la falta de diversidad racial en los espacios de toma de decisión y en las estructuras sociales de poder también permite comprender el escaso interés que se ha mostrado sobre esta cuestión en la investigación en salud. El racismo está lejos de ser una prioridad en la agenda científica y política en nuestro contexto más cercano, pese a su efecto perjudicial para la salud. Sin embargo, como indica el propio Relator de la Organización de las Naciones Unidas sobre cuestiones de las minorías¹⁰, es importante superar esta situación, pues tiene consecuencias negativas para la salud de las personas racializadas al obstaculizar la identificación efectiva de formas de inequidad social en salud y de las políticas para afrontarlas.

En conclusión, tal como ha planteado la Organización Mundial de la Salud¹¹, para superar este marco debemos apostar por hacer un replanteamiento global de cómo se diseñan las estrategias, los programas y las acciones para la mejora de la salud. Esto implica adoptar un enfoque de derechos humanos, optar por investigación sensible en esta materia, así como por políticas universales, con enfoque preventivo y anticipatorio, y hacerlo mediante la acción intersectorial (incluyendo la salud y la equidad en salud en todas las políticas), incorporando de forma inclusiva, efectiva y con influencia a los grupos minorizados o racializados en todas las fases de las políticas en salud (desde la definición del problema hasta su evaluación), y con estrategias de comunicación y deliberación que incorporen a la población y a las organizaciones civiles¹².

Contribuciones de autoría

Y. González-Rábago, D. La Parra-Casado y C. Jacques-Aviñó concibieron y diseñaron el editorial, cuyo borrador inicial fue redactado por Y. González-Rábago. D. La Parra-Casado y C. Jacques-Aviñó revisaron de forma crítica y realizaron importantes contribuciones a la redacción del texto. M. Bee Nchama y J. Manzano revisaron y contribuyeron de forma crítica a la versión final del texto. Todas las personas firmantes aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Agradecimientos

Este editorial ha sido realizado en el marco del Grupo de Trabajo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: evidence and needed research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105–25.
2. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:1–48.
3. Phelan JC, Link BG. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annu Rev Sociol*. 2015;41:311–30.
4. Miles R. Racism. London: Routledge; 1989.
5. Bonilla-Silva E. Rethinking racism: toward a structural interpretation. *Am Sociol Rev*. 1997;62:465–80.
6. Hamed S, Bradby H, Ahlberg BM, et al. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*. 2022;22:1–22.
7. Sim W, Lim WH, Ng CH, et al. The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: a qualitative systematic review. *PLoS One*. 2021;16, e0255936.
8. Ben J, Cormack D, Harris R, Paradies Y. Racism and health service utilisation: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12, e0189900.
9. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, et al. A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. *Soc Sci Med*. 2018;199:219–29.
10. Naciones Unidas, Asamblea General. Visita a España. Informe del Relator Especial sobre cuestiones de las minorías, A/HRC/43/47/Add.1 (9 de marzo de 2020). Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/063/91/PDF/G2006391.pdf?OpenElement>.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. How to equity proof your policies and interventions: a resource guide for planners and policy makers to leave no-one behind. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/368236>.
12. Jacques-Aviñó C, Roel E, Medina-Perucha L, et al. Are we leaving someone behind? A critical discourse analysis on the understanding of public participation among people with experiences of participatory research. *PLoS One*. 2022;17, e0273727.