

Imprimir

En días recientes nuevamente saltó a la palestra en este país el tema de la equidad y los beneficios en salud, cuando en pleno debate de la llamada “Ley de vacunas” que va definir el marco legal para garantizar el acceso de la población colombiana a la vacuna contra el coronavirus covid-19, se propuso en el Congreso de la República por parte de algunos honorables senadores que la gratuidad para acceder a dicha medida de prevención contra esa grave enfermedad, sólo fuera un beneficio hasta el estrato socioeconómico 4, dejando por fuera los estratos 5 y 6, que deberían pagar por recibir dicha vacuna.

A todas luces, una medida de este tipo, además de ser absolutamente inequitativa, discriminatoria e inconstitucional, sería contraria a la Ley Estatutaria de Salud que definió el ámbito del derecho fundamental de la salud en Colombia, y se constituiría en una amenaza para la salud pública de este país, que antes que contribuir a la prevención de la enfermedad, podría llegar a ser hasta una medida inductora de la propagación del virus, perpetuando así la presencia de los contagios y los decesos por el coronavirus.

Por eso resulta mandatorio analizar cómo otros factores en esta época de pandemia se han considerado influyentes y hasta amenazantes de la salud pública en otros países del mundo y en la misma Colombia. Por ejemplo, en los Estados Unidos, hace un par de semanas, Willarda V. Edwards, miembro de la junta de la Asociación Médica Estadounidense (AMA por las siglas en inglés), entidad conformada por más de 250.000 miembros, en una decisión histórica reconoció que en el país del norte *“el racismo impacta negativamente y exacerba las inequidades en salud entre comunidades históricamente marginadas”* (*Racism is a threat to public health*). En otras palabras, la AMA considera al racismo como un factor francamente amenazante de la salud pública de la Unión Americana.

Incluso, Edwards es más directo y manifiesta que *“sin un cambio sistémico y a nivel estructural, las inequidades en salud continuarán existiendo y la salud general de la nación sufrirá”*. Es claro el vocero de la AMA al considerar el racismo como una amenaza para la salud pública y un factor generador de inequidad que perpetúa los diferentes problemas del sistema de salud del país norteamericano.

Es innegable que el haber reconocido y declarado al racismo como una amenaza actual y urgente para la salud pública en los Estados Unidos, tal y como lo enfatizó Edwards, *“es un paso en la dirección correcta hacia el avance de la equidad en la medicina y la salud pública, al tiempo que crea caminos para la verdad, la curación y la reconciliación”*. Por eso a partir de esta declaración de la AMA, al reconocer el racismo, en sus diferentes formas como una seria amenaza para la salud pública y por lo tanto para el avance de la equidad en salud y una barrera para la atención médica adecuada.

En Latinoamérica ya en el año 2017, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Organismo Andino de Salud estudiaron la salud de los afrodescendientes en países andinos y ya se evidenciaban factores negativos en la salud de este grupo poblacional relacionados con discriminación e inequidad en el acceso a los servicios de salud y al goce de los beneficios derivados de la atención en salud. Los resultados de este estudio mostraron realidades como que en Ecuador, donde solo el 7 % de la población es afro, esta población representaba el 38 % de personas con hipertensión entre los 18 y 59 años, que también tenía la mayor prevalencia de diabetes y registraba la mayor prevalencia en anemia falciforme; que en Perú, las enfermedades más frecuentes de los afrodescendientes eran la hipertensión arterial, problemas de colesterol, diabetes y problemas cardiacos; y que la prevalencia de sobrepeso en personas afrocolombianas de 18 a 64 años era del 31,7 %. Ese mismo estudio arrojó que los afrodescendientes también suelen tener menor esperanza de vida; mayor mortalidad infantil y materna, y las más altas tasas de homicidio y encarcelamiento.

Pastor Murillo, consultor, y quien fue integrante de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud, y quien además fue vicepresidente del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de Naciones Unidas, analizó en un escrito la problemática del racismo, la inequidad, la salud pública y la actual pandemia por covid-19, (*La pandemia y la discriminación racial contra afrodescendientes*). Según Murillo, la COVID-19 tiene color, pues *“como consecuencia de las disparidades en salud, la COVID-19 está afectando de manera desproporcionada a los afrodescendientes”*. Lo anterior lo sostiene el consultor pues quienes pertenecen a *“este grupo poblacional suelen tener menos seguros de salud, menores ingresos y ahorros;*

además, están sobrerrepresentados en el sector de los servicios personales, disminuyendo así sus posibilidades de practicar el aislamiento”.

Están obligados a realizar el trabajo duro mientras que los demás se quedan en casa. Tales circunstancias son comunes en muchos países; pero, gracias a la disponibilidad de información estadística, las alarmas se han encendido en Estados Unidos; este país registra el mayor número de muertes en el mundo. Brasil, por su parte, se consolida como el epicentro de la pandemia, con impacto desproporcionado entre afrodescendientes e indígenas. En algunos países de Europa la situación tampoco es favorable.

En el análisis de Murillo se muestra cómo desde comienzos de abril del 2020 y a partir de los datos oficiales de 38 de los 50 Estados, se constató que el número de muertes por la pandemia por covid-19, el 21 % del total nacional correspondió a afrodescendientes. Incluso, en algunas zonas de la Unión Americana (Louisiana, con apenas un 32 % de población afrodescendiente, registró un 70 % de víctimas de covid-19; Washington D.C. con 46% de población afro, arrojó cerca del 60 % de muertes; en Milwaukee los afrodescendientes representan el 70 % de los muertos, aunque sean solo el 26 % de la población; en Michigan, 40 % de los muertos son afro, pero solo son el 14 % de la población; Chicago, 72 % de los muertos versus el 30 % de la población), el número de contagios registrados fue tres veces más alto que entre los blancos; el número de muertes, seis veces mayor. Al revisarse el caso de Brasil, por su parte, se consolida como el epicentro de la pandemia, con impacto desproporcionado entre afrodescendientes e indígenas.

Para el caso de Colombia, en la zona del Pacífico, donde según Murillo *“todo les llega tarde, hasta la muerte”*, se observa el aumento exponencial de la pandemia sin las más mínimas condiciones para afrontarla. Invita también a la reflexión en el análisis en mención el hecho que con la producción de información estadística desagregada de hoy, permite que un país como Costa Rica tenga un plan de atención diferencial para afrontar la pandemia por covid-19 entre su población afrodescendiente.

En ese orden de ideas, es importante y urgente identificar el real impacto que tiene en

Colombia el racismo como amenaza para la salud pública en el país y de manera especial de los afrodescendientes, así como factor determinante de acceso a los servicios de salud o incluso, de inequidad.

Tal y como lo dijo Edwards para el caso de la Unión Americana al declarar oficialmente al racismo como un problema de salud pública, aquí en Colombia como médicos y líderes en medicina, debemos estar comprometidos con el deber de garantizar salud óptima para todos los habitantes de este país. Así las cosas, debemos trabajar para asegurar que todas las personas y comunidades alcancen su máximo potencial de salud, sin que eso dependa de la raza, la capacidad adquisitiva del paciente ni del régimen de seguridad social al que se encuentre afiliado. En Colombia, un país que justo en estos momentos está recorriendo los *"camino para la verdad, la curación y la reconciliación"*, en virtud del ordenamiento jurídico vigente, el racismo no puede ser factor discriminador, ni de inequidad ni una amenaza a la salud pública, en tiempos de pandemia o sin pandemia.

Ulahy Beltrán López, Médico Cirujano, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Especialista en Seguridad Social Latinoamericana. Ha sido: Vicepresidente de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), Consejero Nacional, Departamental (Atlántico) y Distrital (Barranquilla), de Seguridad Social en Salud, miembro de juntas directivas de IPS privadas y de empresas sociales del estado, asesor en salud de la Contraloría General de la República, gerente del Hospital Universitario CARI ESE. Actualmente: docente universitario, columnista en medios impresos y virtuales, consultor y asesor en servicios en salud, editor de NOTAS DE ACTUALIDAD EN EL SECTOR SALUD. Todas las columnas del autor encuéntralas en ulahybeltranlopez.blogspot.com o solicítelas al contacto: ubeltran@hotmail.com

Foto tomada de: DW