



Natalia **LUXARDO***

*: Instituto de investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (FASOC/UBA). Trabajadora social. Magíster en ciencias sociales con mención en salud (FLACSO). Doctora en Ciencias Sociales (FSOC/UBA) y en Cultura y Sociedad (UNA). Investigadora independiente, CONICET. Docente en la Carrera de Trabajo Social. Especialista en inequidades de la salud en comunidades estructuralmente vulnerables. e-mail: natalialuxardo@conicet.gov.ar

Leila **PASSERINO***

*: Centro de Investigación y Transferencia Rafaela (UNRaf-CONICET). Licenciada en Comunicación Social (FCE-DU-UNER). Doctora en Ciencias Sociales (FCS-UBA). Investigadora Asistente CONICET. Docente de la Lic. en Educación (UNRaf). Investiga procesos de salud/enfermedad/atención/cuidado desde el estudio de las subjetividades y una perspectiva ligada a la interseccionalidad de género. e-mail: leilapasse@hotmail.com

PRESENTADO: 04.04.20

ACEPTADO: 17.05.20

DEUDAS EN SALUD PÚBLICA: COORDENADAS TEÓRICAS AUSENTES EN INTERVENCIONES SANITARIAS CON POBLACIONES "DIFÍCILES DE ALCANZAR"

111

Resumen

El objetivo de estas páginas es notar la necesidad de incluir el racismo de sectores de la sociedad argentina como una cuestión de incumbencia de la Salud Pública, por el peso que tiene en la vida de grupos sociales sistemáticamente vulnerados en sus derechos. Se parte de los resultados de una investigación empírica de más de cinco años sobre las inequidades en cáncer. En esta se identificó un sufrimiento continuo a lo largo de la vida de estas personas asociado a formas sutiles, latentes o directas de discriminación reproducida desde distintos ángulos: centros de salud, colegios, medios de comunicación, espacio público. Se discuten aspectos relativos a la inclusión de las desigualdades sociales de la salud en la agenda sanitaria, examinando el énfasis otorgado al estatus socioeconómico. Se fundamenta posteriormente por qué es necesaria la inclusión del racismo en la agenda sanitaria como instancia decisiva para que determinadas intervenciones disponibles, accesibles y universales no continúen fracasando en determinados grupos sociales, incrementando a su vez las brechas de desigualdad al interior de las poblaciones.

Palabras Clave: Desigualdades sociales de la salud; Racismo; Salud Pública; Comunidades estructuralmente vulnerables.

Summary

The objective of these pages is to note the need to include racism in sectors of Argentine society as a matter of concern to Public Health due to the weight it has on the lives of systematically violated social groups' rights. Based on the results of a five years empirical research on cancer inequities, a continuous suffering is identified throughout the lives of these people associated with subtle, latent or direct forms of discrimination reproduced from different angles: health centers, schools, media, public space, etc. Aspects related to the inclusion of health social inequalities in the agenda are discussed, examining the emphasis given to socioeconomic status. It is subsequently fundamented why it is necessary to include racism on the health agenda as a decisive instance, so that certain available, accessible and universal interventions do not continue to fail in certain social groups, increasing in turn inequality gaps within populations.

Key words: *Social inequalities in health; Racism; Public Health; Structurally vulnerable communities.*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de estas páginas insta a argumentar sobre la necesidad de incluir otras coordenadas teóricas que no tienen todavía peso suficiente (o peso alguno) en la Salud Pública nacional pero que encontramos como decisivas para entender por qué determinadas intervenciones sanitarias disponibles, accesibles y universales, continúan fracasando en determinados grupos sociales, incrementando a su vez las brechas al interior de las poblaciones. Si bien varios programas sanitarios ponen al principio de equidad en sus formulaciones, tanto en el acceso, la calidad y los resultados en salud, cómo se logra y en qué resulta requiere de la generación de evidencia específica para mostrar cuáles son los mecanismos conductores de tales desigualdades, y así poder pensar intervenciones tanto en un nivel individual como poblacional y en el sistema de salud. Cabe mencionar que las principales mediciones y monitoreos –así como los fundamentos– que se vienen realizando desde hace más de un siglo atrás sobre las desigualdades sociales de la salud están asociados a la posición socio-económica, tal como repasaremos en la primera parte del artículo.

En esta ocasión, a partir de una investigación que venimos desarrollando en los últimos 5 años sobre inequidades en el continuum del control del cáncer del primer nivel de atención en Entre Ríos, en el marco de distintos financiamientos de la UBA (Proyectos de Desarrollo Estratégico y proyectos Ubacyt) y del Instituto Nacional del Cáncer cuyos resultados serán próximamente publicados

(Luxardo & Sasseti, 2020), queremos reparar en ausencias de relevancia en la agenda sanitaria. Luego de varios años dedicados a profundizar en las condiciones de vida y trabajo, como en el acceso al sistema de salud de comunidades estructuralmente vulnerables (Quesada, Hart & Bourgois, 2011), resultó tan clave como los contextos materiales de existencia y privaciones, el papel que tenían sobre la salud las discriminaciones sistemáticas vividas en los entornos inmediatos, en los medios de comunicación, en las instituciones sanitarias, en la sociedad en general hacia estas comunidades.

En esta investigación, por ejemplo, pudimos comprender por qué ciertas mujeres bajo condiciones de pobreza persistente (Clemente, 2012), mujeres que llevaban varias generaciones complementando su reproducción cotidiana a través de la participación en un basural a cielo abierto, “no volvían” a determinadas prácticas preventivas, como los tamizajes citológicos (prueba de PAP). El impacto de lesiones abiertas y sutiles a su dignidad, se asociaba a insultos directos durante manifestaciones (“negras planeras”), a segregaciones en espacios públicos, a estereotipos en los programas de televisión, como en cada una de las instituciones en las que interactuaban. En una conversación grupal, estos aspectos que quizás podían subestimarse, fueron puestos sobre la mesa: “Te acostumbrás...pero no deja de dolerte”. Un tipo de sufrimiento que atraviesa estas vidas de manera mucho menos perceptible para el resto.

Estos resultados preliminares son el puntapié inicial para complejizar aspectos como la inequidad

y la desigualdad en salud, referidos y recorridos teóricamente en el primer apartado. En un segundo momento, reconstruimos algunos antecedentes en torno a pensar las desigualdades sociales en salud desde el énfasis otorgado al estatus socioeconómico. Así llegamos al tercer momento, en el que fundamentamos por qué es necesaria la inclusión del racismo en la agenda sanitaria de nuestro país, eje del artículo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES INICIALES SOBRE INEQUIDADES Y DESIGUALDADES EN SALUD

El concepto de equidad está presente en las definiciones de la OMS desde los años cuarenta, y en sus resoluciones del siguiente siglo, basado en que “todas las personas tienen derecho a gozar de la salud con independencia de su raza, religión, grupo político y clase social”, siendo el principal fundamento para la equidad en la salud la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en sus artículos 2 y 25. Desde este enfoque se hace hincapié en la necesidad de identificar cuáles son los sesgos y discriminaciones que conducen a las diferencias en el acceso a los recursos y oportunidades en salud entre los grupos, vinculando la equidad en salud con la justicia social y la libertad. Más recientemente, otros autores y autoras nutrieron este marco global para pensar la equidad en salud. Los desarrollos de Amartya Sen (1992) ponen el eje en la salud como una manera de promover la libertad de las personas y las sociedades. La problemática de la justicia distributiva de John Rawls (1971), con su horizonte en la equidad y en las razonables limitaciones de las elecciones, pone el énfasis en las razones morales. También en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966) que entran en vigor en 1976 (ONU, 2016) se refiere expresamente a la salud vinculada al contexto en el que las personas viven. Se defiende que las acciones a tomar deben buscar los estándares de salud alcanzables y los estándares a los que las políticas deberían apuntar tienen que tomar como indicador a las personas que mejor viven en una sociedad.

La equidad en las políticas y programas fue marcada como prioridad en el Informe de la OMS

(2008). Las Naciones Unidas recientemente promovieron un abordaje integral en el establecimiento de los objetivos del desarrollo sustentable con acento en las desigualdades globales, haciendo foco en estrategias intersectoriales, comprensivas y globales, reconociendo los amplios determinantes socio-económicos de la salud y la enfermedad (Niessen et al., 2018). Sin embargo, todavía sigue siendo elusivo el acceso a la salud para poblaciones históricamente postergadas en sus derechos.

Si bien el sistema de salud por sí solo no tiene la capacidad de transformar las desigualdades sociales, como muestra por ejemplo Paula Braveman (2006) en Estados Unidos al notar que el sistema sólo puede afectar un tercio de las desigualdades, sin estas intervenciones se incrementan aún más las brechas entre grupos sociales, por lo tanto la equidad en los resultados (Marmot, 2005) ha sido remarcado como fundamental.

Las “desigualdades sociales de la salud”, es decir, las variaciones que existen en el estado de salud y enfermedad entre poblaciones y en el interior de las mismas, constituyen una evidencia observable (Breilh, 2006), operando como la medida a través de la cual la “inequidad” puede conocerse. Esto provee información y fundamentos para incorporarla a las intervenciones sanitarias y para conocer los resultados de estas iniciativas. Medir las desigualdades en salud permite identificar diferencias sobre las que hay que actuar, pero antes se debe contar con definiciones y consensos sobre los estratificadores de equidad (*Canadian Institute for Health Information*, 2018), es decir, qué características serán relevantes por estar asociadas a la equidad en el acceso, la calidad y sus resultados.

En nuestro país, el Plan Nacional de Control de Cáncer (PNCC, 2018) alude varias veces al concepto de “equidad” como guía o principio rector de las intervenciones y nota que “los grupos desfavorecidos y de bajos ingresos están más expuestos por lo general a factores prevenibles de riesgo de cáncer como carcinógenos ambientales, consumo de tabaco, abuso del alcohol y agentes infecciosos e incluso tienen menor acceso a vacunación o a medidas de prevención secundaria eficaces” (INC, 2018). Estos grupos con menor acceso a intervenciones se presentan como

deudas pendientes del sistema sanitario, ya que son los que presentan los peores resultados epidemiológicos en las tasas de morbi-mortalidad. Por supuesto que estos indicadores no derivan solamente de la falta de acceso a los servicios de salud y habrá que rastrear en las estructuras de opresión mayores –económicas, políticas, sociales– la génesis de estos resultados en salud. Pero aun así, como sostienen Farmer et al. (2016), las realidades concretas también pueden beneficiarse a través de intervenciones que sirven para prevenir la muerte prematura y la discapacidad y mejorar la vida de las personas, como un tamizaje citológico para la prevención del cáncer de cuello de útero. Sin embargo, en el país siguen muriendo 2 mil mujeres por año por esta enfermedad (INC, 2020)

Entre los diversos enfoques que se utilizan, algunos ponen la lupa sobre los grupos sociales que “abandonan”, “rechazan”, “no adhieren” a estas políticas, programas, prescripciones médicas, etc. Las ciencias sociales críticas y la salud pública alternativa desde enfoques como la producción social de las enfermedades y la economía política de la salud, desde hace tiempo, denuncian las perspectivas reduccionistas y descontextualizadas de la salud pública (como la del estilo de vida) que culpan a las personas por sus comportamientos con relación a la salud y a la enfermedad, como si fueran elecciones completamente libres (Breilh, 2006).

Menéndez (2008) plantea la ingenuidad de los enfoques de los modelos de prevención y promoción de la biomedicina que piensan en una única racionalidad detrás de las conductas de las personas. Este antropólogo reconoce que todo grupo social tiene criterios preventivos respecto a lo que considera amenazante para su salud y, por lo tanto, producen y utilizan prácticas sociales de prevención en la vida cotidiana aunque, como en el caso de cáncer de cuello de útero que analizamos, implicó resistir determinadas prácticas preventivas de la biomedicina (Menéndez, 2008) como las pruebas de tamizaje citológico.

Desde estas miradas reduccionistas, se ha definido a las poblaciones como “difíciles de alcanzar o difíciles de detectar”, siendo aquellas:

“... que son relativamente pequeñas en comparación con la población general y para las

cuales no existen marcos muestrales (...). A veces además estas poblaciones están ‘ocultas’, es decir, que los miembros no están dispuestos a revelar que son miembros de la población de interés, por ejemplo por estar estigmatizados” (Lubbers et al., 2014: 2628-2629).

Dentro de esta amplia y difusa categoría de clasificación se incorporaron colectivos como pueblos originarios, migrantes y refugiados, poblaciones bajo condiciones de pobreza extrema, comunidades gitanas, poblaciones rurales, etc., que no sólo tienen peores indicadores de morbimortalidad sino para los que además existen menos datos y de menor calidad que permitan monitorear estos resultados en salud.

Entender qué está sucediendo es central, ya que como señala Krieger (2011), *no hay datos, no hay problema* y una parte que permite poder poner en la agenda sanitaria nacional los temas –que implica establecimiento de prioridades y recursos también– se fundamenta en mostrar su relevancia, sea desde movilizaciones sociales o como problema epidemiológico que enfrenta el país. De acuerdo al manual de la OMS (2013), los monitoreos en salud implican observar repetidamente en un tiempo y espacio establecidos determinado componente de la salud en una población determinada, datos que permitirán establecer si están alcanzando los objetivos propuestos. Para cualquier tema de salud el monitoreo incluye la identificación de los indicadores de salud relevantes; la obtención de la información de esos indicadores, el análisis de la información; la información de los resultados y la implementación de cambios. Pero cualquier selección de indicadores conlleva (explícita o tácitamente) una inscripción teórica determinada que es la que permite construirlos como tales, aspectos que veremos en la segunda parte.

LAS DESIGUALDADES SOCIALES DE LA SALUD Y LA INCLUSIÓN DEL ESTATUS SOCIOECONÓMICO

Probablemente lo más estudiado referido a las desigualdades sociales de la salud tenga ver con las condiciones económicas y sociales como determinantes de la salud y la enfermedad. Con

menor o mayor peso de acuerdo a los períodos históricos, forma parte de las preocupaciones sanitarias desde hace siglos. En las revisiones que realizan historiadores de la medicina (occidental), notan que se empiezan a relevar datos a partir de las consecuencias socioeconómicas, culturales y ambientales de la revolución industrial con sus dinámicas de pauperización y su impacto en la vida de la clase trabajadora durante finales del siglo XVIII y el siglo XIX (Barradas Barata, 2009). En esta época la salud de las poblaciones se empieza a asociar con problemáticas socio-ambientales y económicas más amplias, especialmente ante el desafío práctico que se presentaba a médicos, políticos y juristas, la alta mortalidad de las epidemias de estas incipientes ciudades, atravesadas por el humo de las fábricas, el hacinamiento, el vertedero incontrolado de residuos y basura que juntaba, la falta de abastecimiento de agua potable, los sistemas de alcantarillados diseñados para absorber aguas pluviales e incapaces de contener la avalancha de residuos sólidos, etc. (Ramos Gorostiaga, 2014).

La documentación sistemática de estos datos puede rastrearse en estos contextos, en los que nace el movimiento británico de salud pública. Hubo trabajos seminales para lo que se conoció como medicina social europea. Sigerist (2006) encuentra a la obra de Johann Frank (1745-1821) pionera de la medicina social por estudiar la influencia del entorno social, dando cuenta de detalles que incluían hasta el impacto del teatro en la salud de la población,¹ dejando un modelo de abordaje de la salud y la enfermedad amplio y no circunscrito a lo biológico. También Friedrich Engels, que se centraba en analizar cómo la industrialización afectaba el cuerpo, el intelecto y la moral de los trabajadores textiles. Su obra examina no solamente los riesgos ocupacionales a los que los trabajadores están expuestos en la fábrica sino que además rastrea qué consumen, a qué tipo de alimentos pueden acceder en los mercados locales cuando salen a la tarde de trabajar y sólo les

queda lo que las clases acomodadas dejaron “... queso (...) de mala calidad, tocino rancio” (1845 [1958]: 80). Pero además revisa en el curso de vida de estos trabajadores el efecto que tienen las privaciones en la infancia: “el sufrimiento de chicos queda impregnado en la vida de adultos” (1845 [1958]: 115), qué pasa durante los embarazos, ante la falta de sueño relacionada con “desórdenes nerviosos” (1845 [1958]: 170) entre muchos otros aspectos que lo llevan a justificar con evidencia por qué estas personas en sus 40 años presentan un envejecimiento prematuro y “parecen de 10 o 15 años más” (1845 [1958]: 180).

Rudolf Virchow (1821-1902) un médico y patólogo celular de la actual Alemania analizó los factores asociados a la epidemia de tifus en lo que era Prusia en ese momento. Este análisis que realiza constituye el principal pilar de la medicina social europea, al mantener que: “En la discusión sobre las causas de esta epidemia llegué a la conclusión que la peor de las causas era la situación social y que esta situación sólo podía cambiarse a través de profundas reformas sociales” (Virchow, [1848] 2006: 2105). Estas reformas sociales implicaban una democracia total y que no hubiera sociedades en donde pocos vivían bien mientras cientos permanecían en la miseria.

Desde este siglo XIX con el movimiento británico de salud pública y el afianzamiento de la relación entre los avances de la ciencia y la ingeniería en la promoción de la salud pública (por ejemplo a través del tratamiento de agua, del control de la polución, los productos de seguridad alimentaria, programas educacionales, entre otros aspectos), la reducción de las diferencias de enfermedades entre determinados segmentos poblacionales se volvió un campo fértil de la salud pública.

En el siglo siguiente esta tradición dará lugar a diversos movimientos que, enfrentados al paradigma reduccionista, biologicista, y descontextualizado de la salud pública hegemónica (Menéndez,

1. Aunque escapa a nuestras posibilidades de análisis, no podemos dejar notar que dejamos afuera el componente moralizador de muchas de las intervenciones sanitarias de esos contextos. Como señala Donzelot con respecto a Villermé, entre otros, otros: “Desde fines del siglo XVIII una multitud de asociaciones filantrópicas y religiosas se propusieron ayudar a las clases pobres, moralizar sus comportamientos y facilitar su educación haciendo converger sus esfuerzos en una restauración de su vida familiar, forma primera y más económica de la asistencia mutua” (Donzelot, 2008: 39).

2008), buscan explicar cómo y por qué se producen las variaciones en las tasas de morbi-mortalidad y carga de enfermedad de las poblaciones entre países y en el interior de los mismos, crudamente reflejado en las diferencias de hasta cuatro décadas, que existen entre regiones -y en el interior de las mismas-, en indicadores tales como la esperanza de vida al nacer.

Desde la década de los '60, de manera más sistemática en nuestra región estas preocupaciones se instalan con el movimiento de lo que después se llamó medicina social latinoamericana/ salud colectiva (MSL/SC), planteado como alternativa a la salud pública funcionalista. Bajo la "teoría de las determinaciones sociales" del proceso salud-doenia, se pone el acento en la constitución del sistema de producción capitalista y en sus formas particulares de expresión, enfatizando los mecanismos de acumulación del capital y distribución del poder, prestigio, bienes materiales. La posición de clase en la reproducción social pasa a ser vista como los principales determinantes del perfil de salud de las poblaciones. En este abordaje, el problema deja de ser pobreza absoluta o pobreza relativa y pasa a ser un problema de inclusión y exclusión social; siendo la posición de clase, central en la reproducción social de los perfiles de salud de las poblaciones (Breilh, 2006). La versión brasileña de esta teoría da mayor énfasis explicativo a los modos de vida, considerando que en ellos están englobados los aspectos materiales como simbólicos que reflejan las características de producción, distribución, consumo en las que están relacionadas cada grupo social a través del modo de vida. Al mismo tiempo, busca articular las diferentes esferas de la organización social bajo el concepto de "modo de vida", el cual reúne las condiciones colectivas de los grupos y los comportamientos de éstos (Barata, 2009; Almeida Filho, 2009).

Posteriormente, en las décadas de los '70 y '80, las variaciones de los resultados en salud entre poblaciones pasa a ser reconocido como un problema de salud pública de relevancia mundial a partir de la epidemiología social anglosajona que, inspirada en la medicina social europea del siglo anterior, desarrolla teorías realizadas sobre insu- mos de ciencias sociales, que permiten mostrar el gradiente social que participa de la salud en la

población (Black et al., 1980), es decir, diferencias derivadas de su estatus socioeconómico. En este período surgen con fuerza, desde el campo de esta epidemiología social, la incorporación de teorías de las ciencias sociales en la salud pública y la vuelta de los postulados de exponentes de la medicina social europea de siglos anteriores, que había sido olvidada después de la era de oro de la bacteriología, pero que menos aportaba para otro tipo de enfermedades no transmisibles en contextos en los que las brechas socioeconómicas entre poblaciones se iban profundizando. Nancy Krieger (2011) señala, que en 1969, Leo Reeder, en la *Asociación Americana de Sociología*, define a esta subdisciplina como el estudio del rol de los factores sociales en las etiologías de las enfermedades, vinculando marcos sociológicos con indagaciones epidemiológicas sobre enfermedades específicas. Dentro de este campo existen tres subcorrientes, los marcos psicosociales, los marcos sobre la producción social de las enfermedades y marcos ecosociales.

Los marcos psicosociales muestran claramente que además de las condiciones en sí, es la percepción que las personas tienen sobre éstas lo que será decisivo en la afectación de su salud. Así lo demuestra Marmot (2005) con la teoría del "síndrome de estatus" en la que explica por qué algunas poblaciones y grupos sociales permanecen con peores indicadores de salud pese a recibir las mismas intervenciones sanitarias. Estos desarrollos se preocupan en mostrar los mecanismos a través de los cuales el contexto social define la acumulación de exposiciones a riesgos a lo largo del tiempo y en las trayectorias de vida, con especial foco a las posiciones ocupadas en la estructura socioeconómica de la sociedad.

La prioridad otorgada a la clase social en los estudios sobre las desigualdades en salud, si bien otorga protagonismo a las ciencias sociales en el campo de la salud pública, descuida el papel que tienen otras categorías teóricas, como el género y el grupo étnico/raza, los cuales suelen quedar relegados a "variables agregadas".

En salud poblacional estos aspectos suelen incluirse como "estratificadores de equidad", marcadores de las desigualdades sociales que existen entre las poblaciones. Desde las ciencias sociales y los activismos iniciados en los años '60 y con

cada vez mayor participación –de movimientos feministas, anti-racismos y prácticas anti-opresivas–, se viene bregando por incorporar estas dimensiones fundamentales a la salud pública de modo más explícito. Como profundizaremos en el próximo apartado, se trata de complejizar los alcances de las intervenciones sanitarias incorporando estas otras claves, reparando fundamentalmente desde los datos empíricos, la relación a la raza/etnia.

Sin embargo antes, aunque no fuera parte de los objetivos iniciales, es necesario realizar una enorme nota al pie que ayude a deconstruir la impregnada noción que existe en vastos sectores de la sociedad, de que Argentina no es un país racista, sentido común que impide reconocerlo, nombrarlo y trabajar para transformarlo.

ARGENTINA: POR QUÉ ES NECESARIA LA INCLUSIÓN DEL RACISMO EN LA AGENDA SANITARIA DEL PAÍS

“Yo lo único que espero es que esta pandemia haga una limpieza étnica que todos nos merecemos (...) con 5 o 6 millones de negros menos (...) de planes menos....capaz que este país arranque” (entrevista radial a ex concejal de una provincia de Argentina en El Reino del Revés, 8 abril 2020).

Aunque el racismo en Argentina siempre existió (Segato, 2012), desde la época de la conquista, la corona establece un sistema de jerarquización de la sociedad basado en castas de origen étnico (Adamovsky, 2009), que adquiere una forma especial a partir de los años '40. En esta década, las migraciones internas que llegan a las ciudades desde las provincias ante la expulsión del mundo rural, que venía ocurriendo desde hacía por lo menos una década atrás, irrumpen en la escena política como una nueva clase obrera con fuerza política (Ratier, 1972), estereotipada desde las elites liberales y los sectores medios como un nuevo tipo de negro, los criollos mestizos (Adamovsky, 2009). Este grupo social será una pieza clave en el nacimiento de un nuevo movimiento político (peronismo), denostado por las elites liberales conservadoras y su ideal de la Argentina “blanca, europea y civilizada”, base del mito de unidad nacional en la que se construye como nación (Ada-

movsky, 2009).

Ratier (1972) refiere que la discriminación y el racismo son mecanismos dentro de una relación de poder tendientes a inferiorizar al otro para controlarlo y reprimirlo, especialmente cuando entra en la escena política. Segato (2012) advierte que el racismo reproduce una estructura social estratificada racial y étnicamente, a través de una forma de violencia que se expresa en varias formas, como el ejercicio sistemático de violencia psicológica, maltrato verbal o gestual y violencia moral, al poner en duda la moralidad, honradez o capacidad de los grupos discriminados y que tan claramente aparece como violencia. Menéndez (1972) también desde hace cinco décadas insistía en que la antropología debía retomar los estudios sobre el racismo porque tienen vigencia y que para ello es central mirar a las violencias cercanas.

En esta dirección, Segato (2012) advierte sobre la necesidad de nombrar la raza en nuestro país, ya que, de modo contrario, estamos negando su existencia. El racismo, siguiendo a la autora, es una forma de violencia que se expresa en varias formas, por ejemplo, en el ejercicio sistemático y enmascarado de la violencia psicológica –que puede consistir, simplemente, en ignorar su presencia– o del maltrato verbal o gestual, y de la violencia moral, frente a la sospecha de honradez o capacidad. El prejuicio se transforma así en costumbre, y el paisaje social estratificado racial y étnicamente que crea y reproduce, se transforma en una especie de naturaleza inamovible, también ahistórica, que además se hace presente en el prejuicio personal desde una desigualdad omnipresente en cualidades “naturales” que determinan la inferioridad de las posiciones sociales de los no blancos. Esto tiene consecuencias en un racismo “de costumbre”, que se naturaliza al punto de no reconocer el acto de discriminar.

Por su parte, Blázquez (2018), hace parecer a la discriminación como legítima porque no deriva del fenotipo biológico sino de la clase social y la cultura, inscriptas en la manera de hablar, de vestir, de interactuar y también, por supuesto, de cuidar la propia salud y la del entorno cercano. Una marca de clase que, como sostiene este autor, los coloca en una escala de inferioridad en un proceso de racialización de los subalternos. También Adamovsky (2009) señala claramente el racismo que existe en nuestro país al asignar atributos

negativos que se transmiten con el cuerpo entre generaciones a determinados grupos sociales.

Habiendo recorrido brevemente las bases de por qué fundamentamos la inclusión de este racismo, que tanto la antropología como la historia vienen marcando también en la salud pública, revisaremos en la segunda parte algunas teorías y enfoques posibles para empezar a pensarlo.

EL RACISMO Y LA SALUD DESDE LA EPIDEMIOLOGÍA

Como señalamos, el vínculo entre marcos de ciencias sociales e indagaciones epidemiológicas estableció parámetros para explicar la distribución desigual de la salud y la enfermedad entre los grupos sociales, no solamente en términos de estatus socio-económico, sino, también, con relación a otros marcadores sociales de la diferencia como el género, la etnia/raza, el lugar de origen y la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, la generación, entre otros (Braveman, 2006). Sin embargo, la articulación entre estos marcadores es todavía objeto de debate con respecto a su peso explicativo y pertinencia, y las ciencias sociales –la antropología especialmente– y la salud pública no han logrado todavía una agenda con relativo consenso para esta problemática.

Aunque la perspectiva de género viene consolidándose globalmente, las estructuras de opresión patriarcales están todavía lejos de haberse acabado. Los países y sus distintos sistemas (sanitario, judicial, educativos, laboral, etc.) están gradualmente incorporando esta perspectiva para detectar cómo operan en concreto y poder avanzar en su transformación –por ejemplo, a través de leyes, cuotas, etc.–. En el caso del racismo y sobre todo el racismo estructural de sociedades como la nuestra, su abordaje es todavía una preocupación marginal, sin todavía demasiada visibilidad.

La relación entre racismo y desigualdad en salud tiene resultados claros y contundentes, donde la discriminación percibida se encuentra asociada a menores niveles de salud física y mental. Aunque se destaca el papel central de éste y su énfasis no es novedoso, no hay aún consenso sobre las mejores

herramientas de medición. El Informe de la OMS (2008) identifica dos grupos principales de causas referidas a inequidad en salud. El primero son los mecanismos interpersonales, intrapersonales, institucionales, sistémicos, que organizan la distribución del poder y los recursos diferencialmente entre líneas de raza, género, clase, orientación sexual, identidad de género y otras expresiones de la identidad personal y grupal. El segundo es la disímil distribución de recursos de poder (servicios) que muestran las condiciones medioambientales, económicas y sociales desiguales, también llamados determinantes sociales de la salud.

Como refieren otros, las enfermedades y los eventos de salud se analizan en gran medida como episodios aislados de enfermedad. De modo que los sistemas de recopilación de datos proporcionan datos mínimos sobre elementos tan importantes del contexto cultural como el racismo, el sexismo, la competencia y la cooperación, normas y valores. Así, continúan los autores, si bien los sistemas de datos se utilizan vinculaciones de raza y etnia con salud, generalmente no incluyen la información necesaria para desenredar la forma en que la raza/etnicidad, como así también el estatus socioeconómico, la discriminación, la raza, como percibida por otros y otros factores, afectan la salud. De igual modo, no se supervisa el contexto político y rara vez sigue de manera continua los impactos de las políticas y leyes públicas, la cultura política y el derecho a la política en la salud de la población.

En América Latina las desigualdades sociales de la salud, pensadas desde las teorías de las determinaciones sociales, aunque le otorgan centralidad a los modelos de producción, complejizan también la perspectiva, enriqueciéndola con la incorporación del género y la etnia en la ecuación, dando como resultado lo que conoce como “matriz de la triple inequidad” en la determinación de la salud: clase, género y etnia (Breilh, 2006).

Sin embargo, Bello Urrego (2014) nota que hay un distanciamiento entre estos desarrollos de la MSL/SC y las teorías de ciencias sociales, básicamente por el lugar central de la clase en la estructuración de las sociedades en las propuestas de la determinación social, tal como hemos aludido. Así, cuando las variables de género y etnia son in-

cluidas, se las trata como independientes entre sí y jerárquicamente inferiores en cuanto a su peso explicativo, relegándoselas interpretativamente a un lugar de sumatoria. Esta autora retoma desarrollos de estudios decoloniales, postcoloniales, de los feminismos latinoamericanos y negros, como activismos indígenas, etc., que complejizan el análisis de la clase social, imbricando otros mecanismos de producción de desigualdades a través de la jerarquización que hacen los grupos sociales sobre la base de categorías como las de raza/etnia, género o sexualidad. Desde estas perspectivas, estas categorías no solamente:

“cohabitan dentro de un mismo sistema, sino que además son co-estructurantes entre sí (no es posible entender una categoría sin pasar por el análisis de su relación las otras) y desde su imbricación resultan estructurantes del capitalismo como modelo de sociedad” (Bello Urrego, 2014, 97).

Acordamos con la autora y por ello incluimos en el próximo apartado algunos enfoques teóricos de las ciencias sociales que intentan conjugar estas categorías.

EL RACISMO Y LA SALUD DESDE TEORÍAS DE CIENCIAS SOCIALES

Es imposible abarcar la complejidad y los extensos desarrollos que existen desde tradiciones como la antropología, los feminismos, el derecho, la historia, etc. Por ello, nos limitaremos a referir a algunos con el objetivo de mostrar posibilidades para profundizar acerca de cómo y por qué se distribuyen las enfermedades de determinada manera en la estructura social.

En primer lugar, mencionaremos la “teoría de las causas fundamentales” pensada por el sociólogo Bruce Link junto con Jo Phelan. Señalan que el racismo produce y reproduce las desigualdades sociales y económicas a lo largo de las líneas raciales y étnicas, y, como tal, es una causa fundamental de la enfermedad (Link & Phelan, 2015), que se cruza con otras formas de opresión. Los mecanismos a través de los cuáles el racismo afecta la salud son: 1) La segregación residencial, a través de la concentración de pobreza, escasez

de recursos según lugar y exposiciones a factores de riesgo ambiental, principalmente. Si bien algunos autores identifican que determinados enclaves residenciales son protectores porque tienen en el día a día las redes de soporte social que les permiten amortiguar el impacto de las desigualdades (capital social), otros muestran que pesa más su impacto negativo. Esta segregación tiene diferencias de acceso a una atención sanitaria de igual calidad por clase social, etnia, etc., produciendo que los grupos de regiones periféricas tengan peores experiencias (malos diagnósticos, malos tratamientos), llevando como resultado expresiones de inequidad en la atención.

En segundo lugar, el marco de la “interseccionalidad”, que tiene sus raíces en los desarrollos del feminismo negro de Estados Unidos, desafió las experiencias universales de género, argumentando que las experiencias de las mujeres negras también están atravesadas por la raza y la clase (Cho *et al.*, 2013). Contrariamente a la articulación del género, la raza y la clase como categorías sociales independientes, la interseccionalidad postula que estos sistemas de opresión están mutuamente constituidos y trabajan juntos para producir desigualdades. El foco estará puesto así, en cómo múltiples formas de identidad y opresión interactúan simultáneamente configurando las experiencias de vida de los grupos marginados (Hogan, 2017). Sin embargo, tal como refiere Hogan (2017), mientras que la interseccionalidad ha tenido un impacto tanto en la teoría feminista como en la Teoría Crítica de la Raza, su integración en la literatura de desigualdades es todavía limitada, razón por la cual se aboga a superar perspectivas que las ligen como simples variables demográficas (Caldwell, Guthrie, & Jackson, 2006). Más que llamar a tomar todas las variables todo el tiempo, se aspira a su arraigo en contextos sociales e históricos.

En el ámbito de la salud, la perspectiva de la interseccionalidad que aborda los efectos del sexo/género y la raza/etnicidad sin tratarlos como “adiciones”, tiene el potencial de estudiar la salud y la enfermedad en intersección con la identidad, la posición social, los procesos de opresión o privilegio, y las políticas o prácticas institucionales. A su vez enriquece la investigación al prestar una mayor atención tanto a la heterogeneidad de los efectos como a los procesos que conducen a desigualdades en la salud.

Otra perspectiva de relevancia en salud pública es la que refiere al “racismo estructural”. Se incluyen aquí las ideologías, las prácticas, los procesos e instituciones que operan a nivel macro para producir y reproducir el acceso diferencial al poder y las oportunidades de vida a lo largo de las líneas raciales y étnicas (Gee & Ford, 2011). Como este tipo de racismo estructural está incrustado en las instituciones, políticas y prácticas a nivel social, influye en la salud a través de múltiples vías. Se advierte que, aunque se trata de un factor estructural, se cruza con otras dimensiones de la desigualdad, como el género y la clase. A su vez, es una posición que se corre de explicaciones que ponen la responsabilidad solamente en aspectos relativos a la cultura, porque deriva en intervenciones centradas en las personas sin abordar los contextos estructurales que reproducen tales desigualdades. Para ello, Hicken et al. (2018) llaman a un examen más amplio del impacto de los “procesos de racialización”, la discriminación, la segregación residencial y las políticas de inmigración en los resultados de salud de los grupos sociales, advirtiendo que la primera tarea es quitarle el manto de invisibilidad con el que se presenta.

La “naturalidad” con el que parece mostrarse, también hace que pueda ser entendido como una forma de violencia estructural, descrito como algo naturalizado. El antropólogo y médico Paul Farmer, ampliando los trabajos de Galltung sobre violencia estructural, reformula este concepto para describir las “ofensas contra la dignidad humana” que incluyen a la pobreza, la discriminación, el racismo, las desigualdades de género y otras formas de violencia que constituyen abusos a los derechos humanos (Farmer, 2003). Engloba en estos desarrollos la violencia patriarcal y las discriminaciones raciales que interactúan generando enfermedad y muerte, prevenible y evitable, en poblaciones marginadas. Quesada, Hart & Bourgois (2011) señalan que, aunque el análisis de la violencia estructural ha incluido factores culturales como la desigualdad de género y el racismo, en la práctica, el concepto se ha utilizado principalmente para invocar fuerzas materialistas que llaman la atención sobre la opresión de clase y la injusticia económica. Un tipo de violencia ejercida sistemáticamente por todos los que pertenecen a cierta clase o posición en la estructura social.

CONCLUSIONES

En este artículo nos sumamos a la plétora de enfoques y estudiosos que vienen pidiendo inclusión en salud pública de otras coordenadas teóricas que permitan abordar las consecuencias concretas y diferenciales que tienen las estructuras de opresión –racismo, sexismo, clasismo– para los distintos grupos sociales, captando lo que tienen de específico en los procesos de salud y enfermedad de los distintos mundos locales en los que las desigualdades actúan, como en sus múltiples dimensiones –sociales, culturales, morales–. Existe una amplia literatura respaldando la influencia de estos factores estructurales y la prevalencia de carga de enfermedad y muertes prematuras pero, sin embargo, las intervenciones de la salud pública continúan focalizadas en el cambio de actitud de las poblaciones con modelos de la elección racional de las clases medias.

Quisimos hacer un llamado de atención para subrayar que el racismo, además de constituirse en un problema social, político, jurídico, es un problema sanitario, porque provoca un sufrimiento social –innecesario, injusto, evitable– con consecuencias directas en la salud física, psíquica, emocional de los que lo viven. Esto no es evidente por sí sólo para la salud pública dominante, y así como las desigualdades sociales derivadas o asociadas a las diferencias en el estatus socioeconómico, en primer lugar, y en el género y orientación sexual más recientemente, vienen cobrando más visibilidad y se empiezan a traducir con mejor o peor suerte en las políticas públicas, en el caso del racismo en el campo de la salud estamos verdes.

Es por eso que en la construcción de sólidos argumentos, además de la visibilización descriptiva, que permita persuadir y convencer a las miradas más reduccionistas, necesitamos definir cuáles herramientas teóricas y metodológicas pasen esta construcción de argumentos consistentes posibles. La academia tiene una amplia tradición acompañando los procesos de cambio a través de una ciencia crítica y comprometida con la transformación de las condiciones colectivas de salud, enfermedad y atención, aspecto que no es a expensas de la calidad, porque son estas capacidades teóricas y competencias técnicas las que van a ser

interpeladas por los sectores que más concentran el poder, para impactar en tales realidades, tomando decisiones y estableciendo prioridades en salud, pero que pueden no estar muy predispuestos a compartirlo.

Hay mucho más para decir, además, de que “la culpa” de las enfermedades y muertes la tiene el capitalismo, como ya hace siglos notaron algunos en el continente que le dio origen. Se necesitan teorías precisas de acuerdo a lo que se quiere dar cuenta, porque son las que permiten examinar y mostrar cómo y por qué los grupos sociales, que sistemáticamente sufrieron desventajas de estos arreglos sociales, tienen peores indicadores de salud, enfermedad y muerte, cuando se los compara con aquellos en mejores posiciones en la estructura social, siendo la evitabilidad de tales diferencias lo que le otorga el carácter de injusticia. Entre estos arreglos sociales que estructuran la producción de desigualdades sistemáticas está la distribución de recursos y poder en el interior de las sociedades. Aunque siguen prevaleciendo enfoques reduccionistas que centran las intervenciones en los cambios de conductas del nivel individual, la Salud Pública viene tomando nota de algunas manifestaciones de las desigualdades sociales –como las relacionadas con la clase o el género. Esto es necesario para promover agendas de prioridades, asignar recursos, poder monitorear intervenciones, también desde estas claves de lectura específicas, que contribuyan a empezar a achicar diferencias modificables.

Y para eso, necesitamos también dialogar y apoyarnos en disciplinas que tendemos a ignorar cuando no parten de marcos basados en la economía política de la salud o producción social de las enfermedades. Por ejemplo, también la biología muestra como las desventajas socioeconómicas se “meten en la piel”, con los nuevos biomarcadores de envejecimiento celular que usa la teoría psicosocial del estrés crónico asociado con la desventaja socioeconómica, que indica una forma de “envejecimiento acelerado”. Esta posición socioeconómica adversa aparece en la “aceleración” de los eventos críticos de la vida –partos prematuros, pérdida de escolaridad, causas externas de muerte, discapacidad, etc. – En definitiva, muestra cómo se va acumulando todo tipo de sufrimiento que deriva en determinados resultados de salud.

Debemos mostrar cómo actúa en estos contextos geopolíticos y en las micro-realidades de vida y trabajo de poblaciones históricamente oprimidas, como intentamos ejemplificar con el caso del racismo. Breilh (2006) y Almeida Filho (2009) describen las “iniquidades”, como aquellas que además de evitables e injustas, son vergonzosas, resultantes de la opresión social –discriminación, segregación– en la presencia de diversidad, desigualdad, diferencia y distinción. La distinción entre inequidad e iniquidad no es sólo una cuestión semántica, sino que implica introducir el proceso de teorización la indignación moral y política, entendiendo que tomar como referencia sólo a la dimensión de la justicia, parece insuficiente en lo que respecta al tema de la dignidad humana (Almeida Filho, 2009).

Creemos que esta distinción es sumamente importante y que el componente de avasallamiento de la dignidad humana no es simplemente injusto. Es inaceptable e indignante, y siempre debería generar esa reacción moral. Las omisiones del racismo resultan una de las formas en las que estas desigualdades se producen y presentan sistemáticamente. Pero esto no es simple, y pensar que con campañas para “despertar conciencias”, como realizó recientemente una de las organizaciones del Estado dedicada a este tema, no sólo no alcanza, sino que puede terminar provocando lo contrario, reforzándolo y naturalizándolo más. Además de los colectivos, por supuesto, necesitamos incluir categorías teóricas para dar cuenta de los procesos de salud/enfermedad, como del sufrimiento, que vienen afianzándose con fuerza, pero todavía para otros campos, como las teorías postcoloniales, los feminismos latinoamericanos y negros, lésbicos, activismos indígenas, entre otros, que complejizan y reflexionan en torno a la manera en que las personas producen y reproducen sus mundos sociales, en los que las oportunidades de la salud y la enfermedad son posibles –o bien son limitadas– por las estructuras de reglas y recursos.

El racismo, imbricado en las instituciones, en los mensajes de los medios, en el sentido común de las clases medias, en los estereotipos, resulta una categoría de lo inaceptable. Probablemente nunca vayamos a oír gritar 16 veces que no pueden respirar antes de morir como en Estados Unidos.

Pero acá no estamos mucho mejor, y también podemos estar contribuyendo a “asfixiar” en el corto o largo plazo a determinadas poblaciones sin ser conscientes siquiera de nuestro propio racismo, tanto por lo que hacemos como por lo que dejamos de hacer. Y para eso necesitamos impactar en las prioridades, recortes y decisiones también de la medicina porque, después de todo, como decía Virchow: “la medicina es una ciencia social y la política no es nada más que medicina en una escala más amplia” ([1848] 2006, 2105).

La epidemiología local ha mostrado factores socioeconómicos asociados con las muertes y cargas de enfermedad, pero hay poco relativo

a los mecanismos a través de los que operan estas desigualdades. Resulta ingenuo creer que en estos contextos de la vida cotidiana una intervención pueda pensarse de manera aislada. Así, por ejemplo, las 2000 muertes evitables de mujeres por cáncer de cuello de útero de nuestro país son las que nos marcan que algo estamos todavía haciendo mal. La salud pública por lo que no incorpora, las ciencias sociales por lo que no muestran/convencen. Así como fue la clase social, primero, y una fuerte impronta actual vinculada al género, la salud pública necesita seriamente incorporar los procesos de racialización de nuestra sociedad como una de sus deudas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adamovsky, E. (2009). *Historia de la clase media argentina. Historia y apogeo de una ilusión, 1919-2013*. Buenos Aires: Editorial Planeta.
- Almeida-Filho, N. (2009). “A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento)”. En *Saúde em Debate*, 33 (83), 349-370.
- Bauer, G. (2014). “Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity”. En *Social Science & Medicine* 110: 10-17.
- Barradas Barata, R. (2009). *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde* (1ra ed.). Fiocruz. <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>.
- Bello Urrego, A. del R. (2014). “Potencialidades del abordaje de la salud en ciencias sociales a partir de la definición de salud como proceso social”. En Morales, C. y Escala J. (Eds.). *Tras las huellas de la determinación. Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ Universidad Nacional de Antioquía, 87-100.
- Blázquez, G. (2014). *¡Bailalo! Género, raza y erotismo en el cuarteto cordobés*. Gorla: Buenos Aires.
- Braveman, P. (2006). “Health Disparities And Health Equity: Concepts and Measurement”. En *Annual Review of Public Health*, 27 (1), 167-194. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>.
- Breilh, J. (2006). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editorial Fiocruz.
- Caldwell, J. T., Ford, C. L., Wallace, S. P., Wang, M. C., & Takahashi, L. M. (2016). “Intersection of Living in a Rural Versus Urban Area and Race/Ethnicity in Explaining Access to Health Care in the United States”. En *American Journal of Public Health*, 106 (8), 1463-1469. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303212>.
- Canadian Institute for Health Information. (2018). *In Pursuit of Health Equity: Defining Stratifiers for Measuring Health Inequality A Focus on Age, Sex, Gender, Income, Education and Geographic Location*. Ontario: CIHI.
- Cho, K. W. Crenshaw, L. McCall. (2013). “Toward a field of intersectionality studies: theory, applications, and praxis”. En *Signs* 38: 785-810.
- Clemente, A. (2012). “Pobreza persistente y tensiones en el cambio de paradigmas en su abordaje”. En Arias, A., Bazzalo, A., García Godoy, B. (Comps.) *Políticas públicas y Trabajo Social. Aportes para la reconstrucción de lo público*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 55-63.
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Engels, F. (1958). *The Condition of the Working Class in England*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Feagin Joe R., Clairece Booher Feagin ([1978] 1999) *Racial and Ethnic Relations*. U.S.A: Prentice Hall.
- Gee, G.C., & Ford, C.L. (2011). “Structural racism and health inequities”. En *Du Bois review: social science research on race* 8, 115-132.
- Hicken, M.T., Kravitz-Wirtz, N., Durkee, M., Jackson, J.S. (2018). *Racial inequalities in health: Framing future research*, *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.12.027.
- Hogan, V.K., de Araujo, E.M., Caldwell, K.L., Gonzalez-Nahm, S.N., Black, K.Z., “‘We black women have to kill a lion everyday’: An intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil”. En *Social Science & Medicine* (2017). doi: 10.1016/j.socscimed.2017.07.008.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *Estadísticas. Mortalidad Argentina*. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad>.
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the People’s Health: Theory and Context*. New York, NY: Oxford University Press.
- Phelan, J.C., & Link, B.G. (2015). “Is racism a fundamental cause of inequalities in health?”. En *Annual Review of Sociology* 41, 311-330.

- Luxardo, N. & Sasseti, F. (2020). In situ. *El cáncer como injusticia social*. Buenos Aires: Biblos. En prensa.
- Marmot, M. (2005) *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York, NY: Holt Paperbacks.
- Menéndez E. L. (1972). “*Racismo, colonialismo y violencia científica*”. En Revista Transformaciones. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Menéndez, E. (2008). “*Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*”. En Región y Sociedad 20 (2): 6-50.
- Niessen, L. W., D. Mohan, J. K. Akuoku, A. J. Mirelman, S. Ahmed, T. P. Koehlmoos, D. H. Peters. (2018). “*Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda*”. En The Lancet 391 (10134), 2036–2046. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30482-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3).
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm
- Organización de las Naciones Unidas. (2016). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf?sfvrsn=d27f8211_2.
- Quesada J., L. K. Hart, P. Bourgois. (2011). “*Structural vulnerability and health: Latino migrant laborers in the United States*”. En Medical Anthropology 30 (4): 339-362. doi: 10.1080/01459740.2011.576725.
- Lubbers, M. J., L. Bengtsson, J. Molina, H. Valenzuela, A. Diaz, “*Conocer la prevención de emprendedores sociales en Cataluña: La viabilidad del método Respondent Driven Sample*”. Tarragona: Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, 2627-2642.
- Ramos Gorostiaga, J. L. (2014). “*Edwin Chadwich, el movimiento británico de Salud Pública y el higienismo español*”. En Revista de Historia Industrial 55: 11-38.
- Ratier, H. (1972). *El cabecita negra*. Buenos Aires: CEAL.
- Rawls, J. (2012). *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Segato, R. (2012). “*Racismo, Discriminación y Acciones Afirmativas*”. En Observatório da Jurisdição Constitucional 5, 2011-2012.
- Sen, A. K. (1992). *Inequality reexamined*. Oxford: University Press.
- Virchow, R. ([1848] 2006). “*Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848*”. En American Journal of Public Health, 96 (12), 2102–2105. <https://doi.org/10.2105/ajph.96.12.210>.