

ACCIONES AFIRMATIVAS PARA LOGRAR LA EQUIDAD DE SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS/RACIALES

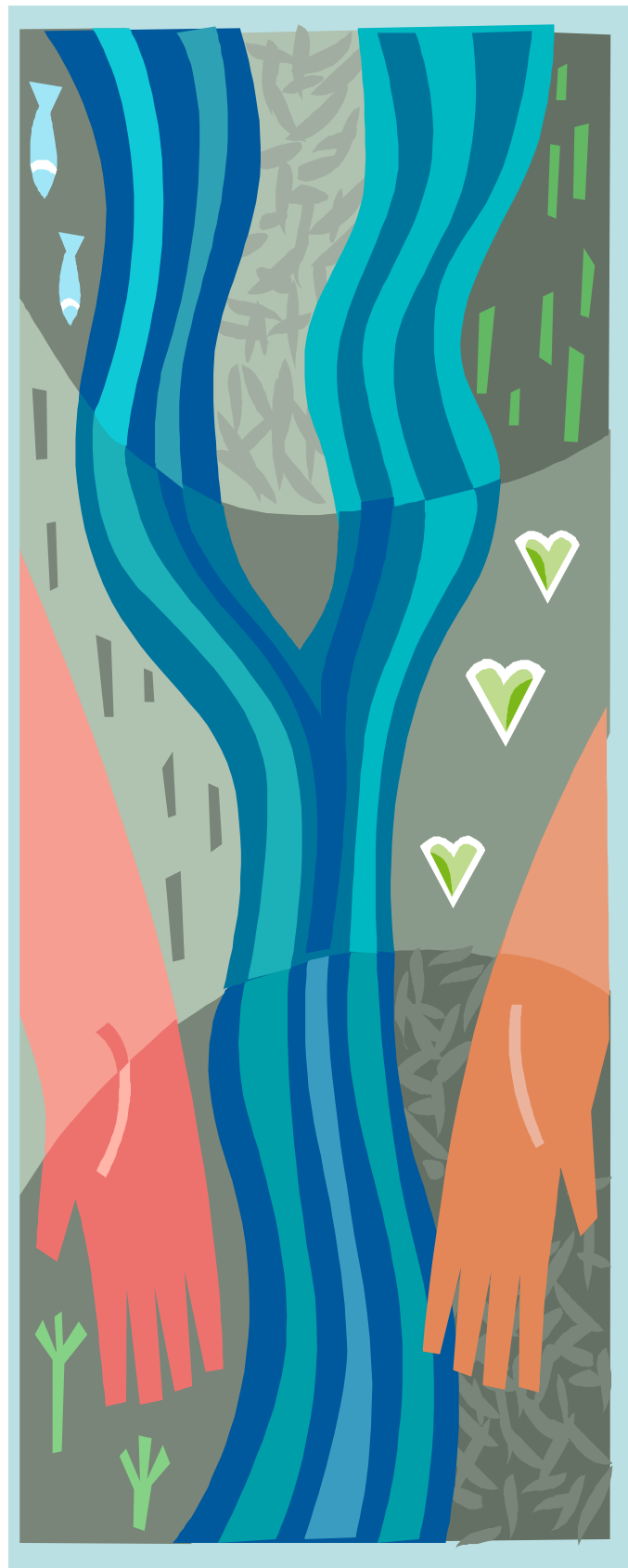
DOCUMENTO PRESENTADO EN EL
TALLER REGIONAL
PARA LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE POLÍTICAS DE ACCIÓN AFIRMATIVA
PARA AFRODESCENDIENTES
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

MONTEVIDEO, URUGUAY
DEL 7 AL 9 DE MAYO DE 2003



CRISTINA TORRES-PARODI
POLÍTICAS Y GOBERNANZA
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SEPTIEMBRE DE 2003 • WASHINGTON, DC.



ACCIONES AFIRMATIVAS
PARA LOGRAR LA EQUIDAD DE
SALUD PARA LOS GRUPOS
ÉTNICOS/RACIALES

DOCUMENTO PRESENTADO EN EL
TALLER REGIONAL
PARA LA ADOPCIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE POLÍTICAS DE ACCIÓN AFIRMATIVA
PARA AFRODESCENDIENTES
DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

MONTEVIDEO, URUGUAY
DEL 7 AL 9 DE MAYO DE 2003



CRISTINA TORRES-PARODI
POLÍTICAS Y GOBERNANZA
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
SEPTIEMBRE DE 2003 • WASHINGTON, DC.

El material contenido en esta publicación puede citarse o reproducirse sin restricciones, siempre que se indique la fuente y se haga referencia al documento. Deberá remitirse al Área de Políticas y Gobernanza de la Organización Panamericana de la Salud un ejemplar de la publicación en que aparezca el material citado o reproducido.

© Políticas y Gobernanza, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Septiembre, 2003.

Para mayor información favor comunicarse con Cristina Torres Parodi, Ph.D, Asesora Regional. Teléfono: 202 974 3217. Dirección electrónica: torrescr@paho.org. Visite nuestra página Web <http://www.paho.org>.

CONTENIDO

Presentación	7
Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales	1
Antecedentes y definición	1
Antecedentes históricos	1
Definición	2
¿Se justifica la adopción de acciones afirmativas en salud? Diagnóstico de situación en salud	3
Requisitos para la aplicación de la política de acción afirmativa.....	9
Tipología de la acción afirmativa	10
Instrumentos	11
Primer desafío: identificación y selección de beneficiarios.....	14
Segundo desafío: definición de normas para la regulación.....	16
La acción afirmativa y la salud: algunos ejemplos.....	17
Reflexión final.....	20
Bibliografía.....	23

GRÁFICOS

1. Brechas en la entrega de atención, Guatemala, 1995	5
2. Población afro viviendo con HIV/SIDA en Canadá (en porcentajes).....	6
3. Tasa de prevalencia en Honduras comparada con la tasa para los Garifuna	6
4. Defunciones de pacientes con VIH en Brasil (en porcentajes) 1990-2001	7
5. Afrodescendientes viviendo con HIV en los Estados Unidos	7
6. Porcentaje de personas viviendo con SIDA en los Estados Unidos,	8
por grupo étnico y período de notificación.....	8

CUADROS

1. Instrumentos de aplicación de acción afirmativa según diferentes enfoques ...	11
2. Instrumentos de aplicación de la acción afirmativa en salud	17

PRESENTACIÓN

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas conjuntamente con el Ministerio de Relaciones Exteriores de Uruguay organizaron el *Taller Regional para la adopción e implementación de políticas de acción afirmativa para afrodescendientes de América Latina y el Caribe*, el cual tuvo lugar en la ciudad de Montevideo los días 7 al 9 de mayo de 2003.

Asistieron al evento delegados gubernamentales y representantes de organizaciones no gubernamentales de Argentina, Brasil, Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Santa Lucía. También participaron diversas agencias de Naciones Unidas como el Banco Interamericano de Desarrollo, FAO, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, UNICEF y la Fundación Ford.

La autora agradece la colaboración recibida de Xavier Solórzano para la preparación de este documento, que fue presentado durante el evento.

ACCIONES AFIRMATIVAS PARA LOGRAR LA EQUIDAD DE SALUD PARA LOS GRUPOS ÉTNICOS/RACIALES

Cristina Torres-Parodi
Políticas y Gobernanza
Organización Panamericana de la Salud

ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN

Antecedentes históricos

El concepto de acción afirmativa surge en los Estados Unidos de América (EUA) como resultado de las acciones desplegadas por movimientos de derechos civiles y reivindicación de justicia social para conseguir la integración de la sociedad americana. Con el apoyo de miembros del Congreso se logró la definición explícita de políticas orientadas a mejorar las oportunidades de las minorías en el trabajo, la educación, la asignación de contratos públicos y la participación política.¹

El movimiento de masas en favor de los derechos civiles cobró fuerza, contribuyendo en forma decisiva a la aprobación de la Ley de los Derechos Civiles (1964) y de la Ley de Derecho al Voto (1965). En consecuencia, se crearon la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo y la Oficina Federal de Cumplimiento de Contratos para garantizar la observancia de la ley.¹ Estos instrumentos legales fueron la primera manifestación oficial en contra de la discriminación racial.

El término *acción afirmativa* apareció en forma oficial, por primera vez, en una Orden Ejecutiva suscrita por el presidente John F. Kennedy en 1961, en la cual instaba a las entidades del Ejecutivo a tomar “acción afirmativa” para terminar con la discriminación de los afroamericanos en la contratación de personal. Luego, en 1964, la Ley de Derechos Civiles incorporó otra vez el término en la sección de remedio del Título VII referido a la discriminación en el empleo.

¹ Una minoría étnico /racial hace referencia a la baja representación en situaciones específicas que favorecen la desigualdad de oportunidades.

El presidente Lyndon B. Johnson firmó la Orden Ejecutiva 11246² en 1965 en la que se exhortaba a las compañías contratadas con fondos federales al cabal cumplimiento de la acción afirmativa. En realidad, la meta de los movimientos de reivindicación civil era obtener leyes “sin color”. El cese de la discriminación no parecía suficiente, por ende era necesario, cuando fuere el caso, promover acciones para mejorar la igualdad. En este tenor, el presidente Johnson en un discurso pronunciado en la Universidad Howard, afirmó: “no se toma a una persona que ha estado encadenada durante años, se la libera y se la coloca en la largada de una carrera y se le dice: eres libre para competir con todos los demás, y se cree honestamente que uno ha sido completamente justo. . . ”ⁱⁱⁱ De ese modo, se dio impulso a la aplicación de la acción afirmativa para favorecer la contratación de trabajadores pertenecientes a minorías.

Definición

La acción afirmativa es una política pública que se expresa mediante una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja frente a los grupos dominantes.

La acción afirmativa no debe considerarse como un fin en sí mismo, sino como un mecanismo transitorio para reducir las disparidades incrementando de este modo la oportunidad de selección de las minorías, en particular en el acceso a educación, empleo, vivienda, fondos públicos y representación política. Se asume que se restringe la vigencia de los derechos humanos de la mayoría para equilibrar una situación que también atenta contra los derechos humanos de los grupos étnicos.

En algunos casos se prefieren las acepciones acción positiva o discriminación positiva. Al margen de la denominación, la acción afirmativa reconoce la existencia de desigualdades sociales. Su concepción está ligada a la eliminación de la discriminación y el fomento de oportunidades para todos los grupos que conforman una sociedad.^{iii iv} En todo caso, la adopción de una política pública de esta naturaleza implica un cambio de mentalidad tanto de los poderes públicos como de las personas y entidades privadas que interactúan en la sociedad.

La mayoría de constituciones y cuerpos legales de los países de América Latina incorporan enunciados expresos que favorecen la diversidad e inclusión de todos los grupos sociales —sin distinción de su condición étnica/racial, económica, de género, de credo, de orientación sexual, de filiación política, o de cultura— en el desarrollo

² La Orden Ejecutiva 11246 de 1965 de Estados Unidos y sus modificaciones posteriores, establece requisitos para su aplicación que son: la presentación de reportes sobre las compensaciones anuales y el total de las mismas con información desagregada por grado/rango/nivel del número total de empleados distribuidos por género y etnia/raza. Asimismo, deben elaborar planes anuales de acción afirmativa que incluyan las metas, las fechas y los medios para divulgar los procesos de reclutamiento. El cumplimiento de estos procedimientos puede ser verificado en cualquier momento por el Departamento de Trabajo, www.dol.gov/esa/regs/satutes/ofccp/eo11246.html; acceso obtenido en 2003.

nacional. El espíritu de la norma es garantizar que todas las personas gocen de las mismas oportunidades sin discriminación alguna. En este sentido, se pretende asegurar la participación de todas las personas en la vida nacional mediante el respeto a las particularidades de los grupos sociales y sus formas de organización.

En América Latina se han hecho esfuerzos recientes para inducir a los gobiernos a la aplicación de la acción afirmativa como medio para garantizar la existencia de oportunidades y favorecer la participación de los grupos étnico/raciales en el desarrollo del país. Por ejemplo, la Declaración de líderes afrolatinoamericanos y caribeños de San José (Costa Rica), realizada durante la preparación para la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, y las Formas Conexas de Intolerancia es muy explícita en cuanto al establecimiento de cuotas para la aplicación de la acción afirmativa en el empleo, educación, y participación política. Además exhortan al desarrollo de una política de acción afirmativa integral en vivienda, patrimonio cultural, acceso a la justicia y a la salud.³

De igual forma, el Plan de Acción del Foro de las Américas por la Diversidad y la Pluralidad celebrado en Quito, Ecuador en marzo del 2001 señala:^v

Exigir a los Estados la creación de políticas de acción afirmativa para pueblos indígenas y afrodescendientes, como parte de las políticas públicas y las políticas de desarrollo, en el ámbito nacional y regional, que englobe: la vivienda, patrimonio cultural, acceso a la justicia, salud y, de manera especial, la participación política plena con cuotas porcentuales de participación en las estructuras ejecutivas, legislativas y judiciales de los gobiernos nacionales; cuotas porcentuales en la selección y promoción de los empleados en las empresas privadas; de comunicación y gubernamentales; cuotas porcentuales de participación en el sistema educativo, particularmente en la docencia de escuelas primarias, secundarias y educación universitaria.

¿SE JUSTIFICA LA ADOPCIÓN DE ACCIONES AFIRMATIVAS EN SALUD? DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN SALUD

El 43% de población se encuentra debajo del umbral de la pobreza en América Latina.^{vi} Varios estudios confirman que existe una mayor proporción de personas de origen étnico/racial dentro del grupo de los carenciados, en especial mujeres jefes de hogar y niños.

Según datos de la Encuesta de Hogares de 1996 de Brasil, si analizamos el segmento de la población con niveles de ingreso más bajos en el quintil I, el 63.86% es afrodescendientes y el 35.79% son descendientes de europeos. Las minorías étnicas están

³ Declaración de Líderes Afrolatinoamericanos y Caribeños pertenecientes a las organizaciones no gubernamentales convocados por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, en el proceso preparatorio para la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial y las Formas Conexas de Intolerancia; San José, Costa Rica: 28 a 30 de septiembre de 2000.

sobre representadas en el quintil más bajo —de cada diez personas seis son afrobrasileros—.

Las diferencias de ingresos según los grupos étnicos no son exclusivas de los países en desarrollo sino que también se observan en los países desarrollados de la Región, como los Estados Unidos. Según datos de la Oficina del Censo (1999) de ese país, el ingreso promedio en dólares de los Estados Unidos por habitante era para los afroamericanos 14.397, para los hispanos, 11.621 y para los blancos, 24.109.

Inclusive en los países desarrollados las minorías étnicas perciben situaciones de vulnerabilidad. En los Estados Unidos,^{vii} según datos del 2000, los afroamericanos tienen una esperanza de vida cinco años menor que la población en general. (En ese país la esperanza de vida de la población general es de 76,9 años, cuando para los afroamericanos, los indígenas y los blancos es, respectivamente, de 71,8, 71 y 77,4 años).

Los niveles de pobreza están vinculados a los complejos fenómenos de exclusión social y por ello debe ser abordado desde un enfoque integral que incluya educación, salud y acceso a agua y saneamiento. Las formas tradicionales de exclusión social se han asociado al género, la raza y la etnia.

Para ilustrar lo anterior, utilizaremos algunos indicadores clásicos. Según datos de PNAD en Brasil, (Interamerican Dialogue, 2002), a pesar de que se ha elevado la expectativa de vida, la brecha de siete años en la esperanza de vida al nacer entre los blancos y los afrobrasileros que existía en 1950 se mantiene inalterable.

Otro indicador que nos permite medir brechas en la situación de salud es la mortalidad infantil. En Colombia, por ejemplo, la mortalidad infantil es entre tres veces (para los niños) y cuatro veces (para las niñas) mayor en el Departamento de Chocó que en el Departamento de Antioquia. La mortalidad infantil masculina es de más de 90 por mil nacidos vivos en Chocó, mientras que en Antioquia está por debajo de la media nacional, o sea por debajo de 25. Chocó es un departamento cuya población es fundamentalmente de afrocolombianos.

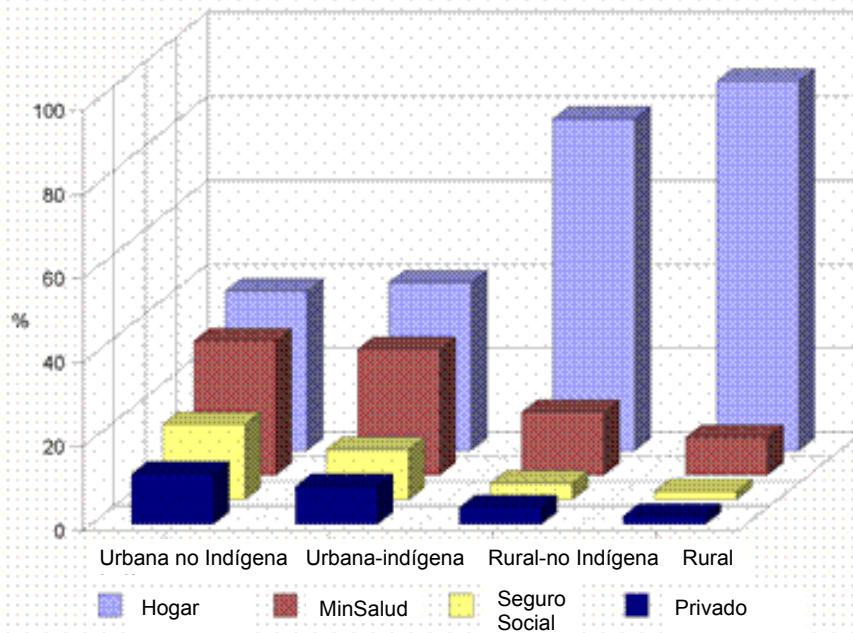
Muchos especialistas se interrogan si el origen étnico es una variable pertinente o si las diferencias en la mortalidad infantil se correlacionan fundamentalmente con el nivel socioeconómico.

Si se compara la mortalidad infantil en Brasil con los años de escolaridad de la madre como aproximación de nivel socioeconómico, en cada grupo étnico se observa que los hijos de las mujeres afrodescendientes con mayor escolaridad (ocho años y más) tienen la misma mortalidad infantil que los hijos de las mujeres blancas analfabetas.

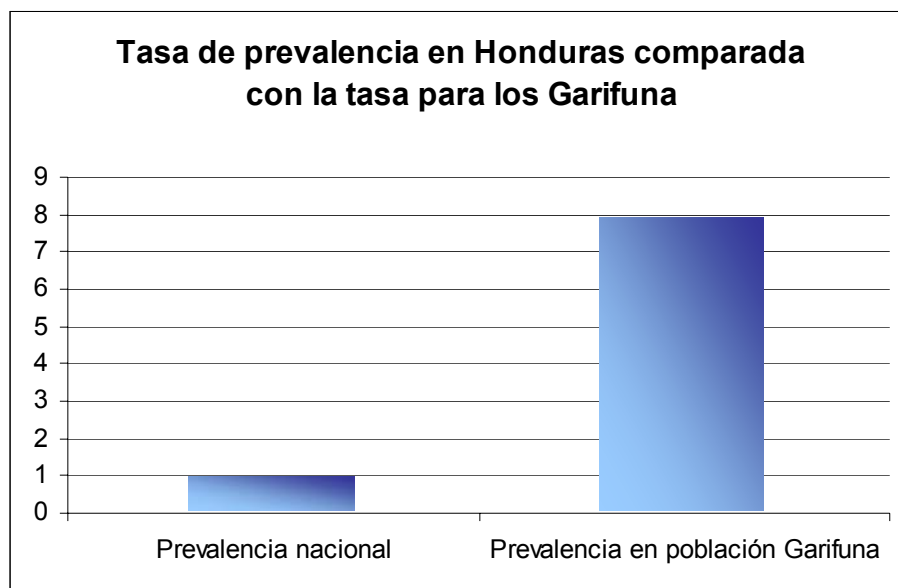
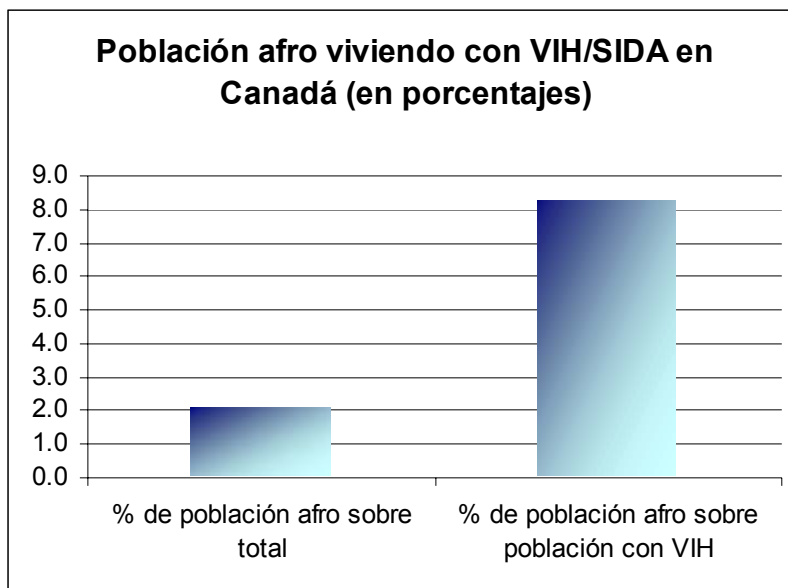
Esto demuestra que la variable origen étnico tiene cierta independencia del nivel socioeconómico de las personas medido por el nivel de escolaridad.

Otro ejemplo, de Guatemala, ilustra sobre brechas marcadas entre grupos étnicos es el acceso a los servicios, independientemente del lugar de residencia.

Brechas en la entrega de atención, Guatemala, 1995

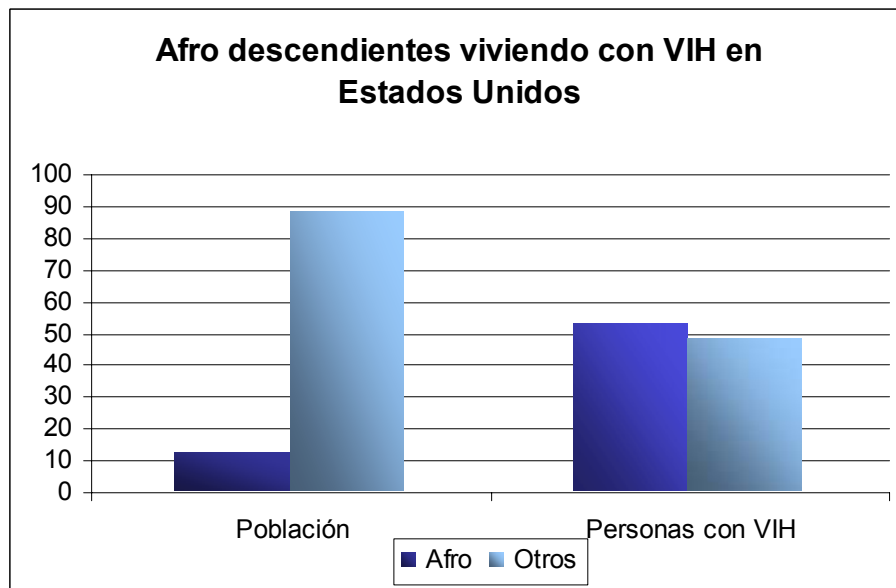
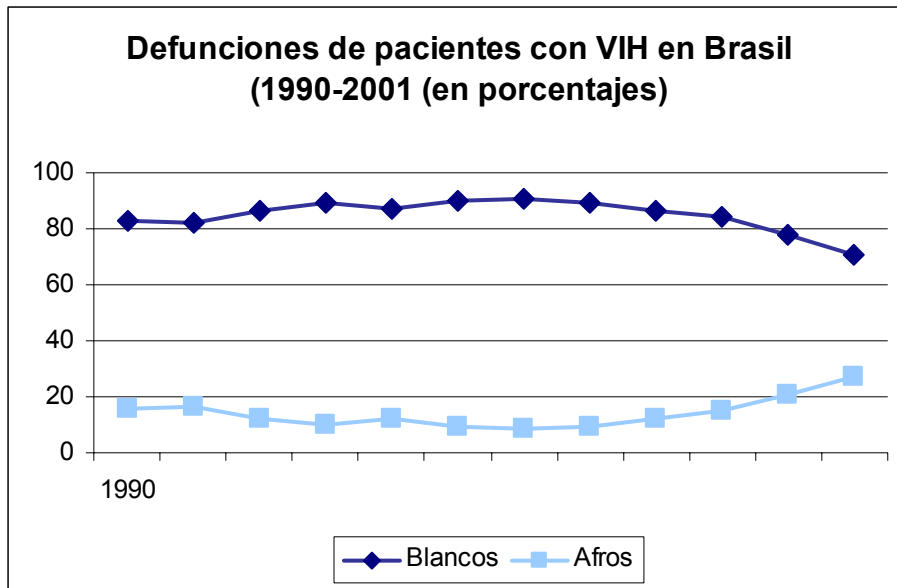


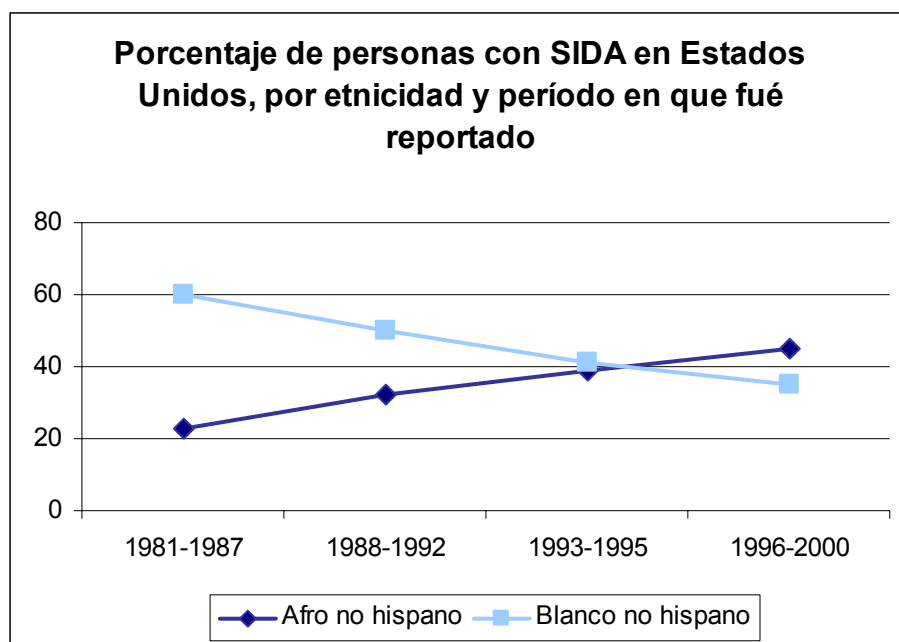
Uno de los temas de salud más urgentes es la pandemia de VIH/SIDA, que afecta a los grupos étnicos de manera devastadora. La tasa de prevalencia de la enfermedad sobre los segmentos de población afrodescendiente es mucho más alta que sobre otros grupos poblacionales tanto en América Latina como en Canadá y Estados Unidos. A continuación presentamos algunos datos.



Fuente: Banco Mundial, 2002.

Cabe destacar que las políticas están beneficiando de manera diferencial a los integrantes de la sociedad en detrimento de los grupos afro. En la información que se presenta a continuación se percibe claramente para Brasil y Estados Unidos que, a partir de mediados de la década de los noventa, mientras las defunciones de pacientes de VIH/SIDA descienden para los blancos, éstas aumentan para los afrodescendientes.





En principio, en la mayoría de los países de la Región se enuncia que el Estado garantiza a todos los ciudadanos el acceso a salud. Sin embargo, en la práctica hay evidencia empírica que demuestra las brechas y exclusiones. El primer nivel de análisis es el acceso a los servicios de seguridad social, fundamentalmente asociados con la calidad del empleo. Por ejemplo, en Brasil 64% de los blancos entre 10 y 64 años cotiza a la Seguridad Social contra solo el 34.76% de los afrobrasileros (Instituto de Previsión Social) (PNAD, 1996).

En Brasil, según la encuesta de hogares (PNAD, 1998) el comportamiento entre los grupos de población con mayor capacidad económica es muy diferente, así los que se consideran blancos consultan un médico privado una y media veces más que los afrodescendientes. Similar patrón se observa en los Estados Unidos entre los mismos grupos lo que insinúa que la conducta hacia la salud presenta una brecha entre los grupos étnicos/raciales, accediendo estos últimos a tratamientos de menor capacidad resolutive o de mayor costo para el individuo como las amputaciones.

En general, en América Latina hasta los años noventa se había utilizado el modelo de “acceso universal a servicios básicos de salud” para alcanzar la equidad.

La forma tradicional de asignar los recursos en el sector salud en la mayoría de países de la Región, ha sido mediante el subsidio a la oferta de servicios de salud. La población beneficiaria recibe el subsidio en forma indirecta porque los recursos van a los proveedores del servicio.

Esta modalidad de asignación de recursos es administrativamente sencilla pero proclive a la ineficiencia debido a la falta de incentivos para mejorar la productividad y la calidad de los servicios. Los proveedores ofrecen los servicios en forma universal sin considerar las necesidades de los usuarios, quienes tampoco pueden escoger, y el desempeño no está ligado al financiamiento.

Durante el proceso de reforma del sector salud se repensó la efectividad de estos mecanismos. Los programas que aspiran a una cobertura universal no logran llegar a toda la población. Por ejemplo, los programas de vacunación tienen un carácter universal pero en la práctica la cobertura dista del total de la población objetivo. A comienzos de la década de los noventa, en Bolivia, El Salvador y Venezuela se observó una cobertura con tercera dosis de DPT que no superaba el 60% de la población infantil.^{viii} De igual manera, en Guatemala, a mediados de 1996 se encontró una caída en la cobertura de vacunación antitetánica de la población indígena.^{ix}

El ejemplo de VIH del Brasil, anotado líneas arriba de este mismo documento, es elocuente en el mismo sentido. También se puede observar una tendencia regresiva en los programas universales porque benefician más a quienes menos los requieren.

No obstante debe mencionarse que la aplicación de acciones afirmativas efectivas ha generado tensiones crecientes y debate en torno a la legitimidad de mantenerla en forma permanente. En el caso de los Estados Unidos, al inicio del siglo veintiuno –cuatro décadas después del inicio de su aplicación– se observa una elevación en el grado de educación, una reducción en la pobreza, un aumento en la propiedad de viviendas y el mejoramiento del nivel laboral de la población afroamericana, aunque las inequidades persisten. Para 1999, según datos de la Oficina del Censo, el ingreso promedio de los afroamericanos es aproximadamente 40% por debajo de los blancos (\$14.397 y \$24.109, respectivamente). Otro ejemplo sobre el acceso a salud de la población es el porcentaje de no asegurados en el grupo de afrodescendientes (20%)^x que representa el doble de los no asegurados en la población blanca.

REQUISITOS PARA LA APLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE ACCIÓN AFIRMATIVA

Las acciones afirmativas, como toda política, tiene etapas de desarrollo que comienzan por la definición de planes con el establecimiento de objetivos, metas, fuentes de financiamiento y plazos determinados para alcanzar los objetivos (cronograma), sistema de monitoreo y evaluación de impacto.

Inicialmente orientadas a regular el mercado de trabajo, estas acciones han sido fuertemente influenciadas por la perspectiva jurídica. García Añón^{xi} propone que para aplicar la acción afirmativa se deben tomar en consideración los siguientes elementos:

- El contexto en el que se determinan las características de la desventaja de un grupo sobre otro en esa sociedad.
- La objetividad de los supuestos, es decir identificar la existencia de igualdad de hecho en la competencia para un puesto de trabajo. A la par, identificar si hay menor representación o de desigualdad por otros motivos (históricos, sociales, económicos).
- La objetividad en la apreciación de los beneficiarios. Para ello se debe tomar en cuenta todos los criterios relativos a la persona en función de su aptitud y competencia profesionales. Así, se debe ignorar la preferencia concedida por la norma cuando los criterios inclinen la balanza a favor de personas mejor calificadas. Esto no significa discriminar a las minorías.

TIPOLOGÍA DE LA ACCIÓN AFIRMATIVA

Las acciones afirmativas pueden implementarse para responder a diferentes problemas y se justifican en diferentes enfoques, a saber:

- *Compensatorio* (orientado fundamentalmente para remediar los daños ocasionados en el pasado. Se aplica fundamentalmente cuando da lugar a una acción legal como demanda y es objeto de decisión de un tribunal civil. Se ha utilizado en demanda por temas de titularización de tierra o por discriminaciones en el empleo y se salda a través de una compensación monetaria y/o de la restitución del bien o el derecho perdido).
- *Correctivo* (se utiliza para garantizar el cese de prácticas discriminatorias. Tiene un efecto sobre el futuro. Se aplica fundamentalmente en áreas de educación, empleo, vivienda y salud).
- *Redistributivo* (el objetivo es acabar con la mala distribución de los bienes de oportunidad^{xiii}).

A partir de estos enfoques se puede entender mejor los diferentes tipos de acción afirmativa, los campos de aplicación y los instrumentos utilizados en cada uno de los casos.

En principio, los instrumentos que faciliten la aplicación de la norma para asegurar la igualdad de oportunidades y la integración de las minorías a la dinámica social sin desmedro de las mayorías se denominarán de tipo blando. Mientras que aquellos instrumentos que impongan la norma sin la suficiente consideración de la esencia de la igualdad de oportunidades se clasificarán como de tipo duro.

En el cuadro siguiente se observa la relación entre los enfoques arriba señalados y los tipos de instrumentos utilizados para aplicar la acción afirmativa.

CUADRO 1. INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN DE ACCIÓN AFIRMATIVA SEGÚN DIFERENTES ENFOQUES

Enfoque	Tipo de instrumento	
	Duro	Blando
Compensatorio	Ley Dictamen , decreto	-----
Correctivo	Cuotas	Selección preferencial Focalización programas específicos Subsidios Enfoque de riesgo
Redistributivo	Focalización restringida Cuotas	Focalización Programas específicos Subsidios

INSTRUMENTOS

Dentro de los instrumentos duros encontramos los dictámenes judiciales y las cuotas. Las cuotas son porcentajes impuestos por ley para asegurar que un segmento del grupo postergado acceda a la participación social. Lo encontramos habitualmente en el mercado laboral, en las regulaciones del sistema político y en las normas que regulan el acceso a la educación.

Existe alguna controversia sobre la utilización de las cuotas.⁴ A pesar que la legislación puede no establecer su elección como instrumento específico de las políticas afirmativas, las cuotas, en la práctica, fueron adoptadas por algunas entidades privadas y públicas por ejemplo en Estados Unidos debido a que otorgan alta visibilidad al fiel cumplimiento de la ley y además logran neutralizar las presiones de los grupos minoritarios organizados. No obstante, esta práctica ha generado oposición ya que se viola el derecho constitucional de la igualdad de las personas ante la ley y que es debatible discriminar a las personas en el presente para compensar la exclusión de las minorías en el pasado.

De hecho, se señala que las cuotas establecen un mecanismo de discriminación negativa (*reverse discrimination*) que perjudica a personas calificadas por el solo hecho

⁴ Richard Nixon fue el primer presidente que implementó políticas federales para garantizar la contratación de las minorías. El Plan Filadelfia se desarrolló en 1969 para requerir a los contratistas federales el establecimiento de metas específicas (cuotas) para contratar a las minorías.

de pertenecer a un grupo considerado “dominante.”^{xiii} ⁵ La educación superior ha sido un campo fértil para las demandas en contra de las prácticas de acción afirmativa, sobre todo, utilizando el argumento de la discriminación negativa. En los últimos años se han presentado demandas contra las Universidades de Georgia, Michigan, Texas y Washington, entre otras.⁶

La focalización restringida es aquella dirigida a un grupo específico definido según criterios muy estrictos y selectivos.^{xiv} A partir de esta definición, se entiende cómo la focalización restringida se convertiría en un instrumento de tipo duro de la acción afirmativa, mientras que el resto del continuo de focalización-universalización sería compatible con un instrumento de tipo blando. (Ver cuadro anterior.) Un ejemplo de focalización restringida es la entrega de suplemento de hierro a mujeres embarazadas de bajos ingresos.

En contraste, los instrumentos de tipo blando —selección preferencial, focalización de programas específicos, subsidios— tienen mayor aceptación.

*Selección preferencial (tiebreak).*⁷ Este instrumento de tipo blando se aplica cuando existe una igualdad de capacidad en los aspirantes, es decir, si hay dos candidatos a un cupo —ya sea de educación o empleo— que presenten perfiles similares y merecimientos comparables, se escoge a quien pertenezca a una minoría. La selección preferencial es menos objetada porque no excluye en forma automática a las mayorías como en el caso de las cuotas. Si objetivamente hay desigualdad a favor de un candidato, independiente de si es de la minoría, o de la mayoría, si la persona de una tiene más méritos que el resto, no hay ninguna razón para aplicar medidas de igualación,^{xv} sino que se le debe otorgar la prioridad.

⁵ Para ilustrar lo anterior cabe mencionar que se han presentado demandas ante la Corte Suprema de Justicia como el caso de Alan Bakke (1978) quien demandó a la Universidad de California en Davis por establecer cuotas para el ingreso de estudiantes de medicina de grupos minoritarios impidiendo su ingreso. El fallo fue favorable a Bakke estableciendo que las cuotas numéricas basadas en la etnia/raza violaban la 14ª enmienda de la Constitución y la Ley de Derechos Civiles, sin embargo, concluyó que la etnia/raza puede ser utilizada en forma legítima, en ciertas circunstancias, siempre y cuando no sea el único factor de selección.

⁶ La oposición a la utilización de cuotas ha llegado al más alto nivel, puesto que hace unas semanas el presidente George W. Bush se pronunció en contra del programa de admisión a la Universidad de Michigan que favorece a los aspirantes de minorías con puntos adicionales en sus solicitudes de ingreso a dicha universidad. Bush argumentó que este tipo de programas equivale a cuotas raciales y es un tipo de discriminación que es inconstitucional. Mary Sue Coleman, presidenta de la Universidad de Michigan, aseveró que la institución no tiene un sistema de cuotas pero reconoció que la etnia/raza es un factor que se considera en el proceso de admisión conforme lo establece la jurisprudencia.

⁷ A modo de ilustración, se puede utilizar cuando se observa poca asignación de fondos federales a empresas pertenecientes a minorías étnico/raciales. El gobierno federal está en la obligación de invitar a estas empresas a participar en las licitaciones de sus contratos. Algo similar ocurre con las instituciones de educación que buscan diversificar su población estudiantil, o las entidades públicas y las Fuerzas Armadas que procuran mantener una proporción de sus nóminas ocupada por representantes de las minorías.

También existen otras modalidades más difusas implementadas a través de programas de subvención, de programas específicos y/o subsidios específicos destinados a las minorías que abarcan desde actividades vocacionales hasta créditos para vivienda y empresariales. En general, estos programas ad hoc y dirigidos a las minorías cuentan con financiamiento mixto (federal, estatal y privado).

Otro grupo de instrumentos son comunes a los utilizados por la focalización. En su sentido más amplio, focalizar significa canalizar recursos públicos o subsidios hacia grupos específicos de población para lograr ciertos objetivos de política.^{xvi} El propósito fundamental de la focalización es utilizar los recursos públicos de manera eficiente y no promover la equiparación de las minorías étnicas. Varios estudios han demostrado que los subsidios benefician muchas veces a grupos de población que no los necesitan generando ineficiencia e inequidad en el gasto público.

Por ejemplo, hay programas subsidiados de distribución de alimentos para pobres que son aprovechados por no pobres con recursos de poder y de cabildeo.^{xvii} En este caso, la acción no fue efectiva porque incluyó a no pobres, es decir, hubo un error en la asignación del subsidio (error de tipo I). Pero puede ocurrir que la filtración de no pobres excluya a legítimos beneficiarios del programa. Estos errores se clasifican como tipo II.

Por ello, en general los gobiernos emplean la focalización —entendida como política— para entregar subsidios a los pobres. Sin embargo, la focalización introduce herramientas válidas para orientar programas y recursos hacia otros grupos de población con base en criterios étnico/raciales, de género, de grupo de edad y de localización geográfica, entre otros.

Algunos estudios sobre la focalización del gasto público en los sectores sociales revelan que en términos de equidad es más ventajoso focalizar programas y servicios en grupos prioritarios que proveerlos en forma universal. No obstante, en los países en desarrollo el riesgo político y los intereses creados han incentivado la adopción de políticas de provisión universal de servicios como educación, nutrición y salud. Es común observar la focalización de subsidios como parte de los programas de ajuste estructural y reforma macroeconómica. Pero, la focalización no debe ser aplicada tan solo para compensar los efectos de una política económica que profundiza las desigualdades sociales y resulta en una distribución menos equitativa del ingreso. La focalización de programas y servicios sociales, en América Latina, ha sido cautelosa a pesar del beneficio que podría brindar en términos de eficiencia, eficacia y equidad.

La focalización puede ser un instrumento blando o duro según la amplitud que adquiera el grupo objetivo. La focalización restringida —como vimos anteriormente— es aquella dirigida a un grupo específico definido según criterios muy estrictos y selectivos.^{xviii}

En suma, la focalización tiene su origen en otro contexto que la acción afirmativa, pero puede contribuir a reducir la discriminación, y ser un instrumento útil de

identificación y selección de beneficiarios y mecanismo de entrega de servicios y subsidios.

Por último, otro instrumento blando tiene su origen en la perspectiva epidemiológica —el enfoque de riesgo—. Este instrumento se ha utilizado en salud para dirigir las acciones pertinentes a poblaciones que presenten características o comportamientos asociados con un riesgo elevado de enfermar o morir.^{xix}

En este caso, se toma como base una condición específica para curar o prevenir un deterioro en la salud de las personas, verbigracia madres y niños con malnutrición que reciben el beneficio de los programas de alimentación y suplementos nutricionales. Sin embargo, hasta el presente, al utilizar el enfoque de riesgo no se consideran las características económicas ni étnicas/raciales de la población para focalizar las acciones.

Este enfoque es útil, sobre todo, para focalizar acciones y programas de salud en grupos de población que por su condición étnica/racial es más vulnerable.

Primer desafío: identificación y selección de beneficiarios

La definición de beneficiarios es una de las tareas más complejas en la implementación de las acciones afirmativas. Las pautas para definir a los beneficiarios son variadas; citaremos algunas de ellas a continuación.

Los beneficiarios pueden ser identificados como un conjunto de personas adscritas a un territorio o pertenecientes a una comunidad, práctica muy pertinente para pueblos indígenas, marrons y palenques. También pueden fijarse criterios para la identificación de individuos pero teniendo cuidado de tomar la pertenencia al grupo étnico como un acto voluntario de tipo cultural y no como un acto obligatorio derivado de fenotipo.

Los criterios pueden ser establecidos por un equipo de expertos, con participación de miembros de la comunidad, lo que se calificaría como beneficiario grupal. Esto tiene como ventajas la fácil aplicación y el menor costo administrativo. Para aplicar acción afirmativa sobre un grupo, basta con identificar el grupo minoritario sujeto de la acción afirmativa para entregarle los beneficios. Una de las características que se debe considerar es que la membresía se pueda establecer con cierta precisión utilizando un procedimiento administrativo sencillo. Para este efecto se requiere información estadística que puede provenir del censo de población o de encuestas de hogares que se aplican en forma periódica. Este mecanismo es útil para diversos programas como alimentación, educación y salud, por ejemplo, a partir de la identificación de grupos de escolares, obreros de la construcción y pobres, respectivamente.

La ubicación geográfica es una modalidad de este tipo de identificación de beneficiarios grupales. Se provee los beneficios a toda la población identificada como objetivo. Aparte de las ventajas señaladas tiene un efecto positivo sobre la integración social cuando se usa para aplicar la acción afirmativa al garantizar igualdad de

oportunidades a todo el grupo. La principal desventaja es la filtración de beneficiarios y por ende cierto grado de ineficiencia.

La identificación de beneficiarios individuales se hace de acuerdo a las características personales. Por ejemplo, pertenencia a un grupo étnico, su localización geográfica, nivel de ingreso, nivel de educación, lugar de nacimiento, edad y sexo. Este mecanismo demanda mayor cantidad de información y el costo se eleva debido a que la selección se hace para cada beneficiario. Entre las herramientas que se utilizan para recopilar la información pertinente constan las encuestas sobre recursos económicos; las evaluaciones sobre el ingreso realizadas por asistentes sociales; los indicadores indirectos del ingreso como género del jefe de hogar, condiciones de la vivienda, posesión de ciertos bienes (televisión, vehículo) y servicios (teléfono, energía eléctrica); los indicadores de riesgo nutricional y los de salud. Sin duda, este mecanismo permite mayor precisión pero no siempre resulta más eficiente. El caso típico en el que se usa este mecanismo de focalización es en la asignación de becas de estudio para minorías. Se justifica realizar la investigación exhaustiva en el caso de becas para educación superior en las cuales los montos pueden ser significativos.

En el caso de becas escolares que cubran nada más que una asignación para libros, el costo administrativo de averiguar si la persona beneficiaria califica puede ser mayor que el monto de la beca. En estos casos, es preferible optar por criterios de focalización grupal que garanticen un buen grado de homogeneidad entre los miembros del grupo escogido, aunque en forma individual, algunos, no califiquen. Por ende se concluye que los criterios de eficiencia son a tener en cuenta cuando se escoge la modalidad de selección del beneficiario.

La auto-selección es más limitada pero más precisa. Sin embargo, hay que considerar que se podría discriminar negativamente sobre todo por el estigma, el costo de oportunidad y las dificultades de acceso asociados a este mecanismo. En contraste con los mecanismos anteriores la carga administrativa de la auto-selección es casi inexistente, pero tiene la desventaja que no elimina por completo las filtraciones. El costo se traslada al usuario que debe asignar tiempo y dinero para obtener los beneficios.

Es probable que este mecanismo evite que personas que no califican consuman los beneficios pero también puede excluir a otros que de veras los necesitan. Por ejemplo, en los programas de entrega de alimentos donde es necesario inscribirse demostrando la insuficiencia de recursos económicos y las largas esperas que requieren hasta recibirlos pueden disuadir a beneficiarios legítimos. Este mecanismo, sin embargo, es útil en el reclutamiento de personal ya que al establecer con claridad los requisitos para llenar una vacante permiten que los aspirantes que no reúnan los conocimientos y experiencia requeridos por si solos tomen la decisión de no aplicar.

Ahora bien, más allá de la eficacia y precisión de los mecanismos de focalización, una cuestión clave para la aplicación de la acción afirmativa es el reconocimiento e identificación explícita de las personas pertenecientes a determinado grupo de población.

Es de particular importancia la identificación y sentido de pertenencia a un grupo étnico/racial. Si quien hace la identificación a la vez dirige un programa de beneficios, puede generar controversia por el grado de subjetividad que entraña tal decisión porque toma en consideración los criterios de apreciación del observador y deja de lado los del sujeto (focalización individual).

En principio, debe ser el sujeto de la acción afirmativa quien se identifique como miembro de tal o cual grupo étnico/racial (auto-selección) aunque no elimina lo subjetivo, si lo reduce. En una situación extrema podría darse el caso de personas que, en forma inescrupulosa, se auto-identifiquen con cierto grupo étnico/racial para convertirse en beneficiarios, produciendo una filtración. Para disminuir este tipo de error se puede recurrir a la comunidad beneficiaria para que mediante sus líderes de hecho o derecho y sus miembros en general corroboren la identificación individual, así se fortalece la transparencia de los programas y se fortalece la auditoria social.

En la práctica, se opera una combinación de mecanismos de selección de beneficiarios, pero, sobre todo, la participación de la comunidad en el monitoreo de la población beneficiaria pueden garantizar la mayor eficacia, eficiencia y equidad de las políticas de acción afirmativa.

Segundo desafío: definición de normas para la regulación

La regulación de los programas de acción afirmativa es necesaria para prevenir las filtraciones y los abusos que podrían ocurrir. Un argumento importante para la regulación es el económico, siempre los recursos son limitados y por ende hay que preservar el buen uso de los mismos, entendiéndose como buen uso la producción de resultados esperados en un proceso transparente y definido.

La regulación a su vez contribuiría a reducir la oposición a la aplicación de la acción afirmativa dando muestras fehacientes del beneficio que trae la integración social. La oposición se sustenta en el argumento de la erosión del derecho de igualdad de las personas ante la ley. Sobre esa base se afirma que se debe escoger a la persona más calificada para un trabajo o un programa de estudio sin distinción de etnia/raza, género o cualquier característica que le otorgue ventaja. Se destaca que los planes de acción afirmativa favorecen un incentivo perverso mediante la asignación de fondos vinculados al cumplimiento de metas específicas (cuotas), reduciendo así la eficiencia y la eficacia en el trabajo y en la educación. Una regulación cabal fortalecería la participación de las minorías étnicas/raciales y en consecuencia reduciría la controversia que se mantiene sobre la acción afirmativa.

En contraste, la acción afirmativa puede convertirse en una herramienta de discriminación cuando sus beneficiarios establecen barreras para la participación de personas con características étnicas/raciales diferentes. Por ejemplo, el rechazo a la incorporación de una persona especializada en el manejo de las finanzas de un grupo étnico/racial diferente al predominante en la empresa.

LA ACCIÓN AFIRMATIVA Y LA SALUD: ALGUNOS EJEMPLOS

Las Naciones Unidas consideran que la raza humana es una sola y que las diferencias que existen entre los individuos son de carácter cultural y simbólico.⁸

Para expandir el análisis en el área de la salud cabe señalar que la salud es un bien con características peculiares. Primeramente las acciones del estado no pueden “garantizar la salud” sino el acceso a los servicios y a la información, prevención y promoción de la salud.

A diferencia de la educación, la salud es un bien más vulnerable y sujeto a variaciones que se relaciona con los riesgos a los que están sometidas las personas en sus diferentes ciclos de vida.

Entonces cabe la pregunta ¿es posible la acción afirmativa en el campo de la salud?

Si bien es cierto que las acciones afirmativas no han sido la terminología de “políticas de salud”, si se pueden identificar muchos instrumentos utilizados en salud que son comunes. Por ejemplo, la focalización por regiones geográficas específicas o en ciertos distritos administrativos, a grupos demográficos particulares (como madres con niños de edad preescolar), a grupos de riesgo (personas VIH positivas) o a ciertos grupos económicos (agricultores sin tierras, microempresarios). Por lo tanto, la característica étnica/racial puede utilizarse para focalizar políticas, programas o acciones pero no ha sido hasta ahora un factor decisivo.

CUADRO 2. INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN DE LA ACCIÓN AFIRMATIVA EN SALUD

Áreas de salud	Instrumentos blandos	Instrumentos duros
Acceso a los servicios	Subvención de programas especiales	
Promoción de la salud	Campañas de comunicación	
Capacitación de personal	Selección preferencial	Cuotas
Mercado de trabajo	Selección preferencial	Cuotas
Calidad de la atención		Compensaciones

Dicho de otra manera, los grupos étnicos/raciales son objeto de focalización de programas de salud en caso que haya una brecha en salud identificable con relación al resto de la sociedad. En este sentido, la perspectiva económica de la focalización pretende mejorar la equidad al poner énfasis de las acciones en grupos vulnerables.

⁸ La publicación de los resultados sobre la secuencia del genoma humano constituyó un hito no sólo desde el punto de vista de la ingeniería genética sino también del debate sobre el racismo. La secuencia del genoma humano prueba que el cimiento genético es el mismo para todos los seres humanos. El mito de grandes diferencias genéticas entre las razas se desvaneció; no obstante, persiste la construcción social y cultural que establece estereotipos y prejuicios sobre las razas.

¿Cuándo se aplica? Otro ejemplo en el rubro de atención a las personas es la focalización de medidas de educación para la salud y prevención del contagio con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En la actualidad se conoce cuáles son los grupos de mayor riesgo y se han desplegado esfuerzos para cambiar el comportamiento de la población. Sin embargo, en ciertos grupos los logros han sido limitados, quizás porque los mensajes no siempre se han desarrollado con el matiz social y cultural que requieren para ser aceptados y puestos en práctica.

En muchos países de la Región se ha promovido el uso de condones durante las relaciones sexuales mediante mensajes elaborados con un adecuado contenido técnico pero sin la sensibilidad social requerida para llegar al grupo objetivo. Para ilustrar lo anterior, hay que señalar que uno de los medios más utilizados para transmitir el mensaje es el afiche; sin embargo, se sabe que el analfabetismo prevalece en ciertas regiones y grupos étnicos/raciales de los países de la Región. Asimismo, aun en los casos que el grupo objetivo sea capaz de leer los mensajes, éstos no siempre se adecúan a sus características culturales de tal manera que sea comprensible y asimilable.

Más importante todavía, es penetrar en las prácticas rutinarias del grupo y para ello es necesario que sus líderes asimilen el mensaje para que influyan sobre el resto de miembros. Esta situación es común en comunidades indígenas en las cuales el visto bueno del cacique es determinante para la aceptación del mensaje y el cambio de comportamiento de la población objetivo.

Un ejemplo de enfoque de riesgo en poblaciones étnicas son los programas de identificación de portadores de hemoglobina S para implementar las medidas necesarias en quienes tengan anemia falciforme. En este sentido, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) ha actualizado el formulario de atención perinatal mediante la inclusión de preguntas sobre el origen étnico/racial de la madre y su interés para realizar la prueba de detección en el recién nacido.

La detección temprana mediante una sencilla prueba de laboratorio permite el tamizaje de los portadores y de quienes desarrollarán la enfermedad. Así, a estos últimos se les puede brindar una oportunidad de llevar una vida más normal y lograr un desarrollo similar a la del resto de los miembros de la sociedad.

La promoción de la salud es otra área importante de la atención dirigida a las personas. Aquí la focalización es útil para dirigir los mensajes de las campañas de comunicación a los grupos objetivo. Estas pueden ser desde estilos de vida saludables hasta prevención de dengue. Sin embargo, lo que interesa resaltar, como se esbozó antes, es la necesidad de desarrollar los mensajes con un contenido apropiado y un lenguaje comprensible para los grupos objetivo. En este sentido, lo que interesa es que el desarrollo de los mensajes se haga mediante un proceso participativo para incorporar los elementos culturales propios del grupo objetivo.

En particular, los grupos étnicos/raciales poseen códigos de comunicación y elementos culturales propios que deben incorporarse en el contenido del mensaje para que éste sea efectivo. Los medios de transmisión del mensaje también son importantes para estos grupos y deben responder a su situación particular, por ejemplo en las comunidades indígenas donde prevalece un alto grado de analfabetismo hay que utilizar medios como el socio drama y el lenguaje autóctono del grupo. Así se logrará que la promoción de la salud tenga el contenido cultural correcto facilitando la comprensión del mensaje. No es posible concentrarse tan solo en la imagen.

Algunos gobiernos de la Región (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras y Panamá) han puesto en marcha programas de salud especiales para la población indígena. Esto alienta la posibilidad que en el futuro se amplíen los programas a otros grupos étnicos/raciales.

De hecho, en los Estados Unidos se ha ido más lejos mediante la creación de una suerte de ministerio de salud específico para los grupos indígenas que tiene autonomía financiera y administrativa denominado *Indian Health Services* (IHS) encargado de proveer servicios de salud a las poblaciones indígenas. Canadá por su parte también otorga cuidado a la atención de salud de los pueblos indígenas incluidos los Inuit, dedicando recursos de más de un millón de dólares canadienses a nivel federal complementado con presupuesto de provincias y nivel local.

Otra experiencia exitosa en el marco de programas especiales son los programas de doble referencia que integran la medicina tradicional con las prácticas ortodoxas de salud. Existen experiencias piloto en Bolivia, Colombia, Ecuador y México.

En este rubro se deben contemplar la introducción de mecanismos para superar las barreras culturales o lingüísticas que hace que las instituciones de atención de salud muchas veces no estén preparadas para recibir contingentes de población de origen étnico/racial.

El área más evidente de aplicación de acción afirmativa es la formación de personal y el mercado de trabajo. El déficit en la formación profesional afecta negativamente a los grupos étnicos. En Brasil (PNAD, 1996) por ejemplo, los profesionales de la salud (médicos, dentistas y otros especialistas) se distribuyen de la siguiente manera cuando la información estadística se desagrega por raza: Blancos 82,93%, pardos 11,84% y negros 1,01%.

Es necesario implementar mecanismos para alcanzar un balance en el ingreso a las universidades de estudiantes de los diferentes grupos étnicos/raciales no solo porque la política de acción afirmativa así lo establece, sino porque se ha encontrado que la diversidad étnica/racial en la fuerza de trabajo del sector salud es clave para la provisión de servicios de salud culturalmente adecuados para los grupos minoritarios. Promover la diversidad en los recursos humanos en salud ayuda también a mejorar la cobertura de grupos minoritarios, la investigación en áreas descuidadas y a incorporar más líderes en

salud con sensibilidad étnica/racial que sirvan de mentores a las futuras generaciones.^{xx} No obstante, la solución a largo plazo está en modificar el sistema de educación secundaria; mientras tanto, la acción afirmativa es útil para lograr la diversidad en la fuerza laboral de salud.^{xxi}

Para reducir el sesgo que podría tener la acción afirmativa al considerar la etnia/raza como criterio gravitante en la selección de estudiantes de medicina, se ha propuesto la adición del factor socioeconómico o clase social para ponderar la decisión y favorecer el incremento de oportunidades. Sin embargo, no se propone eliminar el criterio étnico/racial porque en el caso de las facultades y escuelas de medicina la práctica de la acción afirmativa sobrepasa los objetivos de disminuir la discriminación. Más bien se usa para aumentar la diversidad de los estudiantes y mejorar la provisión de servicios de salud.^{xxii}

REFLEXIÓN FINAL

La acción afirmativa ha sido cuestionada porque puede producir sesgos en la selección que atenten contra los derechos humanos y perjudiquen la igualdad de oportunidades desplazando a personas con mayores conocimientos y destrezas por el solo hecho de no pertenecer a una minoría. Aunque existen casos probados de la falencia en la aplicación de la acción afirmativa, en parte los argumentos se sustentan en prejuicios y percepciones de los grupos involucrados. Varios estudios realizados en instituciones educativas y lugares de trabajo concluyen que las percepciones sobre la acción afirmativa son más favorables cuando se aplica la selección preferencial y se reducen los prejuicios sobre la misma.^{xxiii} En cambio, el uso de instrumentos duros; como por ejemplo, las cuotas, generan una percepción negativa e inflaman los prejuicios raciales.^{xxiv}

En una evaluación de treinta programas sociales en América Latina, realizada por Grosh a mediados de la década de los noventa, él concluyó que: (a) los programas focalizados llegan más a la población objetivo que los no focalizados; (b) los diferentes mecanismos de focalización logran resultados similares en términos de la proporción de beneficiarios legítimos; (c) el costo administrativo de la focalización no es exagerado; (d) parece que no hay relación entre los resultados de la focalización y los costos administrativos.^{xxv}

Se percibió que cuando los recursos se canalizan al usuario y se otorga un subsidio a la demanda, se debe implementar un mecanismo de focalización y es necesario identificar a los beneficiarios antes de canalizar el subsidio. El subsidio a la demanda favorece a los usuarios de los servicios porque les da mayor libertad de elección y fomenta la calidad y la eficiencia de los proveedores. La desventaja reside en que administrativamente es más costoso financiar la demanda por la obligación de identificar a los beneficiarios.

Asimismo, la ideología de la supremacía de grupo asociada al comportamiento racista objeta la acción afirmativa sobre la base de que es injusto asignar cuotas o dar

trato preferente a personas por su condición de pertenencia a determinado grupo social y no por su capacidad.^{xxvi} De igual manera, las personas que han sufrido discriminación en el pasado tienden a aprovechar más las oportunidades de educación y capacitación para minorías como una estrategia para mejorar su nivel de empleo.^{xxvii} Del mismo modo quienes apoyan la selección basada en los méritos de las personas se oponen a la acción afirmativa porque aducen que los beneficios deben llegar a quien lo merece.

La resistencia a la acción afirmativa disminuye cuando la perciben como una medida para combatir la discriminación.^{xxviii} En un estudio realizado entre 360 empleados de salud en África del Sur se encontró que la evaluación de las percepciones de los empleados con relación a la implementación de la acción afirmativa era crucial para identificar problemas y desarrollar planes de acción para mejorar la situación. Es más, el grupo investigador asoció la efectiva aplicación de la acción afirmativa al incremento en la productividad; respaldó los nombramientos de personal para aplicar la acción afirmativa; y opinó que la acción afirmativa fracasaría si sus objetivos no eran adecuada y efectivamente comunicados a todos los empleados.^{xxix}

En el campo de salud algunas áreas como la formación de personal y el mercado de trabajo pueden ser susceptibles de incorporar algunos instrumentos duros como cuotas, en países donde la población étnica tenga un peso porcentual significativo. Para otras áreas como son la promoción de la salud, la atención médica y el acceso a los servicios, existen una serie de mecanismos que ya se han adoptado en otros contextos y que podrían ser adaptados para mejorar la situación de las poblaciones étnicas/raciales.

BIBLIOGRAFÍA

-
- ⁱ Finkelman, P. Affirmative Action. *Microsoft Encarta Online Encyclopedia*, 2003.
- ⁱⁱ Op. Cit.
- ⁱⁱⁱ Froomkin, D. Affirmative Action under Attack. *The Washington Post*. October 1998.
- ^{iv} Finkelman, P. Affirmative Action. *Microsoft Encarta Online Encyclopedia*. 2003.
- ^v Plan de Acción del Foro de las Américas por la Diversidad y la Pluralidad. Numeral 70. Quito, Ecuador: 13 al 16 de marzo de 2001.
- ^{vi} OPS/OMS. Grupo Étnico y Salud. Washington, D.C. SPP37/10: marzo de 2003.
- ^{vii} OPS/OMS. Grupo Etnico y Salud. Washington, DC. SPP37/10, marzo de 2003.
- ^{viii} Francis, I.P. Affirmative Action and the Allocation of Health Care. *The Mount SINAB Journal of Medicine*. Vol. 66 (4), 241-246; September 1999.
- ^{ix} Valladares, M, y Barrillas, E. Inversiones en Salud, Equidad y Pobreza en Guatemala. Banco Mundial, PNUD, OPS; 1998.
- ^x Trevino, F., et. Al. Quality of Health Care for Ethnic/Racial Minority Populations. *Ethnicity & Health*. Vol. 4: (3): 153-164; 1999.
- ^{xi} García Añón, J. El principio de igualdad y las políticas de acción afirmativa. Algunos problemas de la dogmática jurídica y el Derecho Europeo. Universitat de Valencia: *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. Número 2. ISSN 1138-9877; marzo de 1999.
- ^{xii} Sanclemente Téllez O. La "Acción Afirmativa": Políticas para las Minorías Étnicas de Los Estados Unidos. Comentarios en Relación con el Caso de las Comunidades Negras de Colombia. Sin fecha.
- ^{xiii} Allen, W.R., Teranishi, R., Dinwiddie, G., and Gonzalez, G. Kocking at Freedom Door: Race, Equity, and Affirmative Action in U.S. Higher Education. *Journal of Public Health Policy*. Vol 23 (4), 440-452; 2001.

^{xiv} Solórzano, X, Bamberger, M, y Hurtado, M. *La Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial; 1997. p.16

^{xv} García Añón, J. El principio de igualdad y las políticas de acción afirmativa. Algunos problemas de la dogmática jurídica y el Derecho Europeo. Universitat de Valencia: *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho*. Número 2. I.S.S.N.: 1138-9877; marzo de 1999.

^{xvi} Bitrán, R y Muñoz, C. *Focalización en la Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias*. Washington, D.C.; Partnership for Health Reform (PHR): USAID; septiembre de 2000.

^{xvii} Pfeffermann, G.F. y Griffin, C. *Programas de Nutrición y Salud en América Latina: Enfoque en los Gastos Sociales*. Washington D.C.: BIRF/CIDE; 1989.

^{xviii} Solórzano, X, Bamberger, M, y Hurtado, M. *La Focalización de Programas de Salud y Nutrición para Poblaciones Pobres en América Latina*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial; 1997. p.16

^{xix} Organización Panamericana de la Salud. *Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la atención Maternoinfantil*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud No. 7; 1986.

^{xx} Hammond, R. The Moral Imperatives for Diversity. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. No. 362: 102-106; May 1999.

^{xxi} Cohen, J.J., Gabriel, B.A., and Terrell, C. The Case for Diversity in the Health Care Workforce. *Health Affairs (Project Hope)*. 21 (5): 90-102; Sep-Oct 2002.

^{xxii} Magnus, S.A, and Mick, S.S. Medical Schools, Affirmative Action, and the Neglected Role of Social Class. *American Journal of Public Health*. Vol. 90 (8): 1197- 1201; August 2000.

^{xxiii} Kravitz, D.A. and Klinenberg, S.L. Reactions to the Two Versions of affirmative Action Among Whites, Blacks, and Hispanics. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 85 (4): 597-611; 2000.

^{xxiv} James, E.H., Brief, A.P., Dietz, J., and Cohen, R.R. Prejudice Matters: Understanding the Reactions of Whites to Affirmative Action Programs Targeted to Benefit Blacks. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 86 (6): 1120-1128; 2001.

^{xxv} Grosh, M. *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice*. Washington D.C.: World Bank; Regional and Sectoral Studies; 1994.

^{xxvi} Federico, C.M., and Sidanius, J. Racism, Ideology, and Affirmative Action Revisited: The Antecedents and Consequences of “Principled Objections” to Affirmative Action. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 82 (4): 488-502; 2002.

^{xxvii} Slaughter, J.E., Sinar, E.F., and Bachiochi, P.D. Black Applicants’ Reactions to Affirmative Action Plans: Effects of Plan Content and Previous Experience with Discrimination. *Journal of Applied Psychology*. Vol. 87 (2): 333-344; 2002.

^{xxviii} Son Hing, L.S., Bobocel, D.R., and Zanna, M.P. Meritocracy and Opposition: Making Concessions in the Face of Discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 83 (3): 493-509; 2002.

^{xxix} Rankhumise, E., Netswera, G., and Meyer, M. Employees’ Perceptions of the Implementation of Affirmative Action in the Health Sector in the Standerton District in South Africa. *Curationis*. Vol 24 (4): 52-58; 2001.