

## La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico

*Cristina Torres<sup>1</sup>*

En la actualidad, una de las ideas centrales de la agenda política del desarrollo es que la reducción de la pobreza solo puede alcanzarse si se mejora la equidad. Las medidas destinadas a superar los rezagos en determinados grupos poblacionales no deben acotarse a correcciones en el mercado de trabajo, sino que deben atacar también las asimetrías de acceso a los servicios de educación y salud y de la representación política. Con esa perspectiva se visualizan nuevos factores, como las relaciones entre los dos sexos y los distintos grupos étnicos, que no se habían considerado en el pasado en la formulación de políticas.

El 2001 será un año clave debido a la realización de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras formas conexas de intolerancia. Durante la reunión preparatoria en la Región de las Américas, los Estados Miembros solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que promoviera el reconocimiento de la raza, la etnia y el género como factores significativos en el campo de la salud y que desarrollara proyectos para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades en los descendientes de africanos. La OPS comparte la preocupación expresada por los gobiernos de la Región de las Américas por la pobreza que afecta a muchos grupos y orienta algunos esfuerzos a reducir las inequidades en materia de salud. Ejemplo de ello es que la División de Salud y Desarrollo Humano ha centrado su cooperación técnica en la salud y la equidad. En ese marco, el presente trabajo se propone aportar al estudio de las inequidades en materia de salud, explorando la relación entre la salud y la etnicidad.

La discriminación racial es un factor social que fomenta diferencias de salud entre las personas, dificultando el acceso de los más necesitados a los servicios, permitiendo que los servicios sean de mala calidad e impidiendo que les llegue información adecuada para la toma de decisiones. También actúa por medio de mecanismos indirectos, como el estilo de vida, el lugar de residencia, el tipo de ocupación, el nivel de ingresos y la condición social. Como resultado del desarrollo histórico de la Región, las minorías étnicas han quedado subordinadas a otros grupos y se ha hecho más lenta la construcción de una identidad propia. Otra consecuencia ha sido la desvalorización del "otro", a quien a veces se identifica por el color de la piel o por rasgos propios

<sup>1</sup> Programa de Políticas Públicas y Salud (HDD), División de Salud y Desarrollo Humano (HDP), Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third St. N.W., Washington, DC 20037. Colaboraron con la elaboración de este documento en diferentes etapas Mercedes del Río (Departamento de Antropología, Smithsonian Institution), Terezinha Lisseu (Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía) y Pamela Henderson (Programa de Políticas Públicas y Salud, Organización Panamericana de la Salud).

de su cultura, como la lengua o el modo de vestir. Este proceso de segregación y automarginación es nocivo en sí mismo, ya que produce mayor estrés, condiciones de vida más difíciles y poco acceso a los servicios de salud.

En vista de lo antedicho, reducir las brechas entre grupos en el ámbito de la salud contribuye no solamente a mejorar concretamente las condiciones de salud y de vida, sino también a revertir el proceso de privación histórico y a crear las condiciones mínimas para deshacer el camino andado y apoyar el afianzamiento de la etnicidad de los grupos minoritarios. Puede, por lo tanto, influir favorablemente en el logro de un ambiente multicultural en la Región, donde se observan maneras muy heterogéneas de resolver las relaciones étnicas e interculturales debido al gran número y complejidad cultural de los segmentos poblacionales que han habitado ese territorio por más de quinientos años (europeos, pueblos originarios, africanos y otros) y compartido un proceso productivo y político.

En este documento se enfoca principalmente la relación entre la situación de salud y la etnicidad en América Latina, pero con frecuencia se hace referencia a la situación de los Estados Unidos de América y de los países de habla inglesa del Caribe, para efectos de comparación. En las próximas páginas se intentará dar respuesta a algunos interrogantes: ¿De qué manera están reaccionado a esta temática los líderes políticos de la Región y las agencias de cooperación? ¿Por qué se observan las mismas diferencias en las condiciones de salud de los diferentes grupos étnicos en toda la Región, pese a las notables diferencias socioeconómicas e históricas entre los distintos pueblos? ¿Cómo se articulan los factores condicionantes de carácter étnico con los socioeconómicos y cuál es el peso específico de cada uno de ellos? ¿Cómo se miden las inequidades en salud debidas a la discriminación racial o étnica? Por último se presentan algunas conclusiones que estimulan el debate y aspiran a contribuir al diseño de políticas públicas para identificar y reducir las inequidades de salud de origen étnico.

## PERSPECTIVA ETNODEMOGRÁFICA DE LA REGIÓN

La Región de las Américas presenta una de las realidades demográficas más complejas del mundo, dado que la conquista, el colonialismo y la inmigración han llevado a la confluencia de más grupos étnicos que en cualquier otra región. A pesar de que esos grupos no se han cuantificado con exactitud, hay estimaciones que permiten valorar la importancia numérica de los de origen africano e indígena (cuadros 1 y 2). Se estima que la población indígena

**CUADRO 1. Estimaciones de la población indígena en las Américas**

Porcentaje	País	Porcentaje de indígenas
>40	Bolivia	71
	Guatemala	66
	Perú	47
	Ecuador	43
5-20	Belice	19
	Honduras	15
	México	14
	Chile	8
	El Salvador	7
	Guyana	6
	Panamá	6
	Suriname	6
	Nicaragua	5
1-4	Guyana Francesa	4
	Paraguay	3
	Colombia	2
	Venezuela	2
	Jamaica	2
	Puerto Rico	2
	Canadá	1
	Costa Rica	1
	Argentina	1
0,01-0,0	Estados Unidos	0,65
	Brasil	0,2

Fuente: Ref. 1.

de América Latina y el Caribe oscila entre 45 y 50 millones de personas (10,18% de la población total), 90% de las cuales están concentradas en Centroamérica y la zona de los Andes. Por contraste, en los Estados Unidos los grupos indígenas, con solo 1,6 millones, representan 0,65% de la población total. En 1999, los países con los mayores porcentajes de población indígena (entre 71 y 40%) eran Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador. En nueve países (Belice, Honduras, México, Chile, El Salvador, Guyana, Panamá, Suriname y Nicaragua) los indígenas constituían entre 19 y 5% de la población. En 14 países, incluidos Guyana Francesa, Paraguay, Colombia, Venezuela, Jamaica, Puerto Rico, Canadá, Costa Rica, Argentina, y otras islas del Caribe, los habitantes indígenas ascendían a una cifra entre 4 y 1%. Finalmente, en el Brasil y Uruguay representaban menos de 1% de la población. Los tres países con la población indígena más numerosa en términos absolutos eran México, Perú y Guatemala con 12, 9,3 y 5,3 millones, respectivamente (cuadro 1).

Sin embargo, existe el consenso general de que hay un subregistro de la población indígena en las estadísticas oficiales, especialmente en América

**CUADRO 2. Población latinoamericana con ancestros africanos, 1999**

País	Porcentaje de la población total		Estimación	
	Infoplease	AAO	Alta	Baja
	(%)	(%)		
Bolivia		2	158 000	158 000
Brasil	44	46-70	73 000 000	11 000 000
Colombia	21	30-50	17 000 000	10 000 000
Costa Rica	2	2	ND	66 000
Cuba	62	34-65	6 800 000	ND
Ecuador	10	5-10	1 100 000	550 000
Honduras	2	2-50	2 800 000	112 000
México	< 1	0,5-10	9 000 000	450 000
Nicaragua	9	10-50	2 300 000	599 000
Panamá	14	14-77	1 900 000	350 000
Paraguay		3,50	162 000	162 000
Perú	< 3	5-10	2 300 000	1 100 000
Puerto Rico		23-70	2 000 000	Parte del territorio de los Estados Unidos
República Dominicana	84	90	7 000 000	ND
Uruguay	4	3-6	192 000	96 000
Venezuela	10	15-70	14 000 000	3 100 000

Fuentes: Infoplease.com/ipa/A0855617.html.2000; Afro-American Organization (AAO); Censo de los Estados Unidos de América, 1990.

Latina. Ese problema se refleja también en las estimaciones demográficas de poblaciones de origen o ascendencia africana, si bien algunas publicaciones recientes presentan estimaciones que ascienden a aproximadamente 150 000 000 personas, es decir, un tercio de la población total de América Latina (2).<sup>2</sup> Los países con más de 45% de afrodescendientes en la población son la República Dominicana (más de 84%), Cuba (62%) y Brasil (46%). Los que cuentan entre 40 y 5% de afrodescendientes son Colombia (más de 21%), Panamá (más de 14%), Venezuela (más de 10%), Nicaragua (más de 9%) y Ecuador (más de 5%). Los países que cuentan con menos de 5% de población afrodescendiente son Paraguay (3,5%), Uruguay (más de 3%), Honduras (2%), Costa Rica (2%), Bolivia (2%) y México (0,5%) (cuadro 2). Cabe observar que los datos existentes son todavía aproximaciones muy burdas que los organismos especializados seguramente seguirán refinando.

En el marco de este análisis, se considera pertinente complementar los vacíos de información estadística con una tipología de la distribución de los grupos de origen africano en los diferentes países. Se tendrán en cuenta tanto el tamaño de cada población afrodescendiente como los aspectos particulares de su distribución geográfica (figura 1), el grado de identificación con la lengua, las costumbres y los

ancestros, y su autodeterminación en cuanto a territorio y representación política. Debe entenderse además que los patrones de asentamiento de mayor concentración estimulan el sentido de etnicidad. Se han escogido estos criterios a fin de identificar fácilmente dos elementos necesarios para la formulación de políticas de salud: la ubicación geográfica del grupo y las instituciones que facilitan la participación social. Entre estas se cuentan las organizaciones no gubernamentales (ONG) y diversas entidades comunitarias religiosas y culturales.

En la Región de las Américas, las poblaciones de origen africano manifiestan situaciones diferentes en distintos lugares. En las naciones del Caribe de habla inglesa son la mayoría y participan ampliamente en la política. Además, tienen un alto grado de autodeterminación, autonomía y control del territorio, así como una extensa representación política sin exclusiones. Los afrodescendientes son la minoría de mayor importancia numérica en algunas naciones latinoamericanas. Cabe destacar, no obstante, que a diferencia de la situación descrita en el Caribe, este grupo no tiene una actividad política relevante sino muy restringida. Desde el punto de vista de la identidad étnica, en estos casos la población se distribuye de manera heterogénea y abarca tanto a grupos muy activos como a otros compuestos por individuos que no participan en actividades públicas comunitarias o políticas. Ejemplos de esta situación son la "masa étnica" conformada por los afrodescendientes brasileños y las minorías de afrodescendientes en Colombia, Venezuela y Panamá.

<sup>2</sup> Infoplease.com./ipa/A0855617.html.2000

**FIGURA 1. Poblaciones latinoamericanas de descendencia africana en Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela, Colombia, Ecuador, Bolivia, Perú, Paraguay y Uruguay**



Se dan aun otras situaciones en otros países, donde los afrodescendientes representan porcentajes pequeños de la población general pero tienen una identidad bien definida. Estas situaciones a su vez pueden subdividirse en dos tipos. El primero es el de comunidades rurales estructuradas, con cierto grado de aislamiento. Algunas veces tienen un idioma o dialecto propio, han ocupado el territorio por muchos decenios y apenas se han integrado en las economías nacionales. Por lo general tienen una fuerte conciencia de pertenencia comunitaria, identidad y autodeterminación. Algunos ejemplos son los misquitos de la costa atlántica de Nicaragua (Región Autónoma Atlántica del Norte) y Honduras;<sup>3</sup> los criollos negros de Guatemala, Nicaragua (Región Autónoma Atlántica del Sur) y las Bay Islands de Honduras; y los garífunas<sup>4</sup> de Belice, Honduras, Livingston (Guatemala) y Pearl Lagoon (Nicaragua). En Suramérica, algunos ejemplos de comunidades de descendientes de ancestros africanos se encuentran en la provincia de Esmeraldas de la

costa ecuatoriana; Yapateras, Paita, de la costa del Pacífico de Colombia; la comunidad camba cua del Paraguay;<sup>5</sup> las comunidades de ancestros africanos de los yungas paceños de Bolivia,<sup>6</sup> y los quilombos del Brasil y Colombia.<sup>7</sup>

El segundo tipo es el de los barrios urbanos de las periferias o barrios de bajos ingresos de las capitales o ciudades industriales. Precisamente en las grandes ciudades se presentan los ejemplos más contundentes de pluriétnicidad, es decir, de grupos sociales que mantienen valores, intereses, lazos afectivos y simbolismos diferentes de los de la sociedad en general. En las sociedades plurales, las líneas de clase social muchas veces se corresponden con las étnicas. Los grupos étnicos constituyen segmentos incorporados de forma desigual en el Estado. En estos casos, se conforman “grupos corporativos” que defienden la preservación de su herencia étnica o cultural (3). Esto ocurre en varios barrios de Puerto Limón, Costa Rica; en los barrios y favelas de São Paulo y Río de Janeiro, Brasil; en Piura, Lima y Nazca, Perú; en Caracas, Venezuela; Guayaquil, Ecuador, y otras ciudades. En este medio, la identidad se desarrolla por medio de distintas entidades como las ONG, cooperativas, asociaciones, o comparsas. Se trata de organizaciones registradas legalmente y administradas por afrolatinoamericanos, que benefician a las comunidades creando capital social y promoviendo la conservación de su etnicidad.

Por otra parte, en países con un alto grado de mestizaje hay grupos de afrodescendientes que no están concentrados en barrios o comunidades propias y tienen poca conciencia de pertenecer a un grupo étnico diferenciado. La falta de información estadística, de instituciones que los identifiquen y de trabajo comunitario impide evaluar el porcentaje de afrodescendientes en la población, factor que contribuye a su invisibilidad social. Es de suponer que, en estas situaciones, el sentido de identidad étnica está menos desarrollado que en las otras situaciones descritas.

<sup>3</sup> Los misquitos son pescadores y también agricultores de subsistencia. Hablan la lengua *miskitu* y sus ancestros son africanos e indígenas.

<sup>4</sup> Los garífunas mantienen fuertes lazos basados en el respeto a las prácticas rituales y sus redes sociales. Otorgan preponderancia al papel que desempeña la mujer en la sociedad. Sus antepasados fueron migrantes provenientes de la Isla San Vicente.

<sup>5</sup> Los orígenes de los camba cua se remontan a los afrodescendientes que formaban parte de las milicias populares uruguayas en la guerra de independencia bajo los órdenes de Artigas. Después de la derrota militar y política se exiliaron junto con su jefe en el Paraguay, donde se asentaron en las afueras de Asunción.

<sup>6</sup> En un claro ejemplo de etnicidad reelaborada, los grupos de antiguos esclavos de haciendas coloniales incorporaron las formas de organización social, costumbres, e indumentaria de los pueblos originarios.

<sup>7</sup> Los quilombos representan una forma particular de organización social. Se trata de núcleos poblacionales que ocupan su territorio desde fines del periodo esclavista. Los quilombos brindaban asilo a libertos y fugitivos de origen africano. Actualmente se han identificado a lo largo del Brasil unos 724 quilombos cuyos pobladores están exigiendo los derechos a sus tierras y el reconocimiento formal de su estatus. La mayor concentración se encuentra en el estado de Bahía (259 quilombos), seguido por Pará y Maranhão (1).

Cabe destacar que en la tipología propuesta anteriormente se ha otorgado primacía al peso porcentual dentro de la población, al grado de etnicidad y a la concentración territorial, para identificar las diferentes situaciones en que se desarrolla la vida de los diferentes grupos de ascendencia africana. A este respecto deben hacerse algunos comentarios.

Primero, se destaca la existencia de países en el Caribe de habla inglesa donde el poder político y social y el control de los mecanismos económicos se encuentran en manos de representantes de los grupos de descendencia africana. Esto constituye una experiencia sin correlato alguno en sociedades indígenas.

En segundo lugar, es preciso señalar que en algunos países donde el porcentaje de la población de afrodescendientes es muy alto coexisten diferentes formas de organización comunitaria. Por ejemplo, en el Brasil hay una gama de situaciones, desde la presencia de afrolatinos en barrios urbanos periféricos hasta las concentraciones de carácter rural como los quilombos, donde se levantan reclamos por la propiedad de la tierra y hay mayor cohesión. En el mismo país conviven afrodescendientes intensamente identificados con sus orígenes y pertenecientes a redes sociales y culturales, y otros que están menos vinculados con las organizaciones y la vida comunitaria (4).

En tercer lugar, cuando las condiciones sociales y políticas permitan una identificación con los ancestros africanos que no conlleve discriminación o exclusión, es posible que se redefinan los grupos de afrodescendientes. Es fácilmente predecible que el siglo XXI culminará con un mapa social más preciso en países donde el legado histórico todavía está por descubrirse.

En cuarto lugar se destaca que, a pesar de que los estudios socioeconómicos apuntan a que las poblaciones afrodescendientes se ubican mayoritariamente en los estratos menos favorecidos de las sociedades latinoamericanas, es erróneo pasar por alto su presencia en los otros estratos de la población. Habida cuenta del peso numérico de las poblaciones de origen étnico, tanto indígena como africano, en América Latina y el Caribe hispano es recomendable introducir el enfoque de etnicidad en la recolección de información estadística sobre las condiciones de vida y salud. La información estadística de naturaleza demográfica, socioeconómica y sanitaria constituye una herramienta de gran importancia para cuantificar las relaciones entre los diferentes grupos y medir las brechas. Los costos económicos y políticos de esos esfuerzos deben entenderse como una inversión social ampliamente justificada, ya que las estadísticas confiables son una base cada vez más sólida para diseñar y posteriormente evaluar las políticas sociales, en particular las de salud.

## **Dificultad de recolectar y analizar información por grupos étnicos**

La escasez de información estadística deriva de tres causas, por lo menos. Una es la ausencia de un enfoque étnico cuando se recolecta. La renuencia a adoptar ese enfoque al formular las políticas sobre los instrumentos de recolección responde a la poca conciencia de su importancia en la sociedad. Por otro lado, es difícil identificar a los individuos con un grupo determinado, dado que la etnicidad es un concepto social complejo. La mayoría de los latinoamericanos tienen ancestros multiétnicos y viven en un contexto multicultural, lo que dificulta determinar la pertenencia de una persona a un grupo étnico en particular.

Otra dificultad proviene de la utilización de criterios heterogéneos que responden a diferentes marcos conceptuales. Para identificar a los grupos étnicos, las instituciones de estadística y censos de algunos de los países y las diferentes organizaciones internacionales dedicadas al estudio del tema, como el Banco Mundial, las Naciones Unidas o la Organización Internacional del Trabajo (OIT), han acuñado criterios heterogéneos. Por ejemplo, algunos identifican a una población indígena por su lengua y territorio, mientras que otros se basan en la continuidad de las instituciones sociales, económicas y políticas (4). No obstante, todos reconocen la importancia de la identificación étnica de los propios individuos y la autodeterminación. Por otra parte, es común todavía referirse a la raza para definir a los afrodescendientes.

## **Etnicidad e indicadores de salud**

Los análisis históricos longitudinales han dado a conocer la relación entre la etnicidad y la pobreza, poniendo de relieve que las restricciones en los derechos humanos y civiles propios de un desequilibrio intercultural van en detrimento de algunos grupos minoritarios, pues limitan sus oportunidades de participar en el mercado de trabajo y de desarrollar condiciones de vida satisfactorias. Generadas en un mismo proceso, se confunden la pobreza y la etnicidad subalterna, es decir, la pertenencia a un grupo minoritario, que genera problemas de salud y dificultades de acceso a los servicios.

En la primera etapa de la colonización, los pobladores originales y los esclavos enfrentaron peligros para la salud y la vida misma que llevaron a una reducción importante de sus poblaciones en diferentes puntos del mundo colonial. La vulnerabilidad a las epidemias fue una constante. Como muestran varios estudios, en el siglo XVI se produjeron

en Mesoamérica por lo menos 14 grandes epidemias de enfermedades infecciosas como la viruela y el sarampión (5–9). Asimismo, se estima que, entre 1520 y 1600, en la región andina se presentaron más de 17 epidemias que causaron mortalidad masiva en las poblaciones originarias.

Un campo de interacción sensible entre la etnicidad y la salud está en la definición del “saber curar”, que conlleva el choque de culturas. En los primeros siglos de la colonización, la medicina tradicional y los conocimientos médicos de origen medieval que trajeron los españoles tuvieron cierto carácter complementario. Esto fue evidente en México, donde la medicina colonial recibió un fuerte aporte de las prácticas terapéuticas nahuas, cuyos medicamentos tuvieron gran difusión en Europa. En el Colegio de Santa Cruz Tlatelolco un grupo de indígenas llegó a impartir una cátedra de medicina nativa. Allí se redactó el primer texto de farmacología y de botánica indígena, “Herbario de la Cruz-Badiano” (10, 11).

Desde el comienzo, los servicios a los que tuvieron acceso las poblaciones autóctonas fueron pobres. Desde las primeras décadas de la colonización, los españoles fundaron hospitales para indios a lo largo de toda Hispanoamérica, como una práctica caritativa u “obra pía”. Su financiamiento provenía de donaciones privadas y del diezmo eclesiástico y su administración corría en manos de las órdenes religiosas, el clero secular, las cofradías o los herederos de los donantes.<sup>8</sup> Pero estas iniciativas fueron poco sensibles al respeto de lo étnico, lo que llevó a que durante esa época muy pocos indígenas acudieran a los hospitales y se mantuvieran fieles a sus prácticas. Tan solo a modo de ejemplo, se recordará el caso de los kallawayas, oriundos de los valles de Charazani entre el lago Titicaca y la Amazonía, en Bolivia. Los kallawayas son un famoso grupo étnico de médicos-curanderos itinerantes cuyos conocimientos terapéuticos se han transmitido a través de numerosas generaciones y se remontan a las épocas prehispánica y colonial. En efecto, el aprendizaje de la medicina empírica y de las prácticas mágicas se efectuaba durante los via-

jes, que duraban hasta dos años. Actualmente, todavía recorren extensiones inmensas para curar (de Panamá a la Argentina). Pero tal vez el rasgo más notable sea la farmacopea vegetal kallawayana, que es una de las más importantes del mundo, ya que incluye 980 especies botánicas con un 30% de acción eficaz semejante a la de los remedios de la medicina académica (13).

En la actualidad se han verificado factores diferenciales de salud en detrimento de las minorías. En los Estados Unidos se han realizado estudios que confirman las disparidades de salud entre diferentes grupos humanos según su origen étnico (14). Por ejemplo, las tasas de mortalidad son más altas en la población afroamericana que en la blanca: las dos primeras causas de muerte en el país son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, con razones respectivas de 2 a 1 y 6 a 1. También se han constatado valores más altos en el grupo de origen africano en las tasas de mortalidad por diabetes, homicidio y sida y en las de mortalidad infantil. Los estudios también revelan tasas más altas de mortalidad por ciertas enfermedades en la población afroamericana que en otros grupos minoritarios, como los indígenas y los ladinos (14).

En el resto de los países de la Región, la información no tiene la misma coherencia y los estudios son más esporádicos, pero los resultados son coincidentes. Estudios llevados a cabo en el Perú ponen de manifiesto las altas tasas de mortalidad infantil en las provincias con mayor concentración de afroperuanos, como Piura (93/1000), Lambayeque (68/1000) y Tacna (64/1000), en tanto que las tasas más bajas se hallan en Lima y el Callao (45 y 41 defunciones por 1 000 habitantes, respectivamente) (1). En Panamá, la probabilidad de morir antes del primer año de vida es 3,5 veces más alta entre los niños indígenas que entre los de otras razas (15). En el Brasil (cuadro 3), la mortalidad infantil estimada con datos de 1997 muestra fuertes disparidades: 62 por 1 000 nacidos vivos en el grupo de origen africano y 37 por 1 000 entre los blancos (16). En los estados del Brasil con poblaciones de afrodescendientes de más de 80% de la población —como Sergipe, Maranhão o Piauí— los indicadores de salud son notablemente peores (esperanza de vida 66,22, 64,72 y 64,72; tasa de mortalidad infantil 66,22, 63,22 y 64,72, respectivamente) que los mismos indicadores en estados donde 80% de la población es blanca —como Paraná, Río Grande do Sul, o Santa Catarina— (esperanza de vida 69,49, 71,03 y 70,70; tasa de mortalidad infantil 28,47, 19,66 y 23,37, respectivamente) (16).

La información estadística sobre el Brasil también indica que 16% de las mujeres mayores de 15 años han perdido por lo menos un recién nacido. Cuando este dato se analiza por grupos étnicos, se encuentra que comprende a 33% de las mujeres in-

<sup>8</sup> La fundación de los primeros pueblos-hospitales indígenas conforme a los lineamientos de la *Utopía* de Moro corrió por cuenta del Obispo de Michoacán, Vasco de Quiroga. En el siglo XVI, México contó con numerosos hospitales como el Amor de Dios (para enfermedades venéreas y de la piel), el San Lázaro (lepra), el de los Desamparados (primer hogar de niños expósitos), el de la Concepción (fundado por Hernán Cortés) el San Hipólito en la ciudad de México, y el Perote fundado en 1541 en Veracruz (11). En Bolivia, en 1568 se organizaron las Comunidades y Hospitales de Paria por una donación del encomendero Aldana. Estuvieron administradas por los agustinos hasta la época republicana y luego pasaron al Fondo de Beneficencia (12). En el Alto Perú había siete hospitales regentados por los betlemitas y por los hermanos de San Juan de Dios. El hospital de Santa Bárbara fue fundado en 1554 y posiblemente sea uno de los más antiguos de América del Sur.

**CUADRO 3. Tasas brutas de natalidad, mortalidad, mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer, por 1 000 habitantes. Estados del Brasil, 1997**

Estado	Tasa bruta de natalidad	Tasa bruta de mortalidad	Tasa bruta de mortalidad infantil	Esperanza de vida al nacer (años)
Amapá	32,15	5,28	32,12	68,13
Sergipe	25,94	7,17	54,09	66,22
Maranhão	27,58	7,71	60,94	63,93
Piauí	25,10	7,94	51,95	64,72
Roraima	31,96	5,62	38,85	66,59
Pará	29,54	5,70	36,22	67,85
Amazonas	31,70	5,41	35,37	67,94
Tocantins	28,77	6,21	33,74	67,49
Acre	30,97	6,36	45,25	67,35
Bahía	22,73	7,05	51,00	66,76
Ceará	27,52	8,13	56,26	65,44
Pernambuco	22,45	9,26	62,74	62,72
Rio Grande do Norte	24,13	8,38	74,07	65,49
Rondônia	27,32	5,55	35,02	67,35
Mato Grosso	24,51	5,41	28,57	68,29
Paraíba	25,37	9,81	65,21	63,48
Goiás	20,39	5,80	27,13	68,84
Alagoas	30,38	9,00	74,07	62,20
Distrito Federal	21,51	5,32	24,84	68,53
Espírito Santo	20,71	6,26	28,45	69,47
Minas Gerais	19,96	6,64	28,84	69,55
Río de Janeiro	17,00	8,62	25,60	67,14
Mato Grosso do Sul	21,91	5,82	26,98	69,53
São Paulo	19,17	6,76	24,63	69,55
Paraná	20,43	6,27	28,47	69,49
Rio Grande do Sul	17,96	6,91	19,66	71,03
Santa Catarina	19,75	5,83	23,37	70,70

*Fuente:* Instituto Brasileiro de Geografía y Estadísticas. Estimados y proyecciones demográficas.

dígenas, 19% de las negras y 13% de las blancas. Esta relación se acentúa cuando se incluye el estrato de menores ingresos, con una media de 26% de mujeres mayores de 15 años que han perdido por lo menos un hijo pequeño. En este grupo de escasos recursos económicos, la mortalidad infantil asciende a 42% entre las mujeres indígenas que han perdido por lo menos un hijo, a 29% entre las negras y mulatas, y a 23% entre las madres blancas pobres (16).

En Guatemala, la mortalidad materna en la población indígena también es elevada, especialmente en Alta Verapaz, donde vive un gran porcentaje de la población indígena del país. En 1998 se registraron allí 250 muertes maternas por cada 1 000 nacidos vivos, aproximadamente cinco veces más que la media nacional. La tasa de mortalidad neonatal, la de niños de 0 a 1 año y la de menores de 5 años son más altas en la población indígena guatemalteca (32/1000; 64/1000 y 94/1000, respectivamente) que en la ladina (27/1000, 53/1000 y 69/1000). Del total de niños que mueren antes de cumplir 5 años, 67,6% son indígenas y 32% no lo son (17). El riesgo que corre una mujer de parir un mortinato se relaciona también con el origen étnico y es 50% mayor entre

las indígenas que entre las mujeres ladinas. En el cuadro 4 se presenta la esperanza de vida al nacer de la población guatemalteca en zonas del país con diferente porcentaje de población indígena.

## FACTORES QUE AFECTAN A LA SALUD DE GRUPOS ÉTNICOS

### Restricción del acceso a los servicios

Algunos de los factores que están bajo el control del sector de la salud, como el acceso a los servicios, constituyen un elemento central en la producción de resultados de salud diferentes en grupos humanos. Estas restricciones pueden producirse por factores como la ubicación y los costos de los servicios.. Históricamente, la segregación espacial de grupos en barrios o zonas ha coincidido con la presencia de servicios públicos de menor calidad y eficiencia en esas localidades, incluidos los de la salud. Por lo general hay una fuerte concentración de médicos, equipos y servicios en las áreas urbanas. En los barrios periféricos de Caracas y Ma-

**CUADRO 4. Esperanza de vida al nacer, por sexo y distribución geográfica. Guatemala, 1999**

Área de salud	Población Indígena (%)	Esperanza de vida al nacer (años)		
		Mujeres	Hombres	Total
Ixcán	98,0	70,63	65,23	67,86
Totonicapán	96,92	62,88	59,26	61,04
Sololá	95,16	66,17	62,11	64,09
Alta Verapaz	90,75	70,19	64,8	67,43
Quiché	85,82	70,63	65,23	67,86
Chimaltenango	79,39	68,51	63,92	66,16
Huehuetenango	65,9	70,78	65,36	68
Quetzaltenango	60,73	67,2	62,94	65,02
Suchitepequez	58,08	67,85	63,35	65,55
Baja Verapaz	56,49	71,06	65,58	68,25
San Marcos	43,54	67,71	53,22	65,41
Sacatepéquez	42,64	70,5	65,35	67,86
Jalapa	38,43	67,07	62,57	64,77
Retalhuleu	34,01	70,26	65,21	67,67
Chiquimula	30,12	67,76	62,83	65,23
Petén Norte	26,93	70,04	64,37	67,14
Petén Sur Oriental	26,93	70,04	64,37	67,14
Petén Sur Occidental	26,93	70,04	64,37	67,14
Izabal	23,27	71,8	65,92	68,91
Guatemala Norte	12,84	74,3	68,66	71,41
Guatemala Sur	12,84	74,3	68,66	71,41
Amatitlán	12,84	74,3	68,66	71,41
Escuintla	6,59	66,01	62,12	64,02
Jutiapa	5,2	67,86	63,04	65,39
Zacapa	4,46	71,7	65,81	68,69
Santa Rosa	2,69	68,9	63,55	66,16
El Progreso	2,09	68,51	63,39	65,89

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2000.

racaibo, Venezuela, las poblaciones de afrodescendientes carecen de servicios; a su vez, los trabajadores de salud rehusan trabajar allí por temor a la violencia y la inseguridad (2).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, las estadísticas de 1976 muestran que en los Estados Unidos no accedía a ellos 16% de la población blanca, 23% de la afroamericana y 26% de la hispana. Los análisis muestran que esta situación se ha empeorado para la minoría hispana y que en 1986 la brecha se había extendido a 39% de los hispanos, porcentaje tres veces más alto que el de los blancos y el doble del de los afroamericanos (18).

En Guatemala, 74% de las mujeres indígenas escasamente acuden a control prenatal. En las alfabetas, la causa más importante de ese comportamiento es la distancia a los centros de atención, en tanto que para las que iniciaron o completaron el ciclo escolar primario la causa principal es la falta de confianza, los malos servicios o las responsabilidades familiares. Las indígenas que buscan consulta se dirigen al médico, a los centros de salud o a las parteras. En cambio, 67% de las mujeres ladinas tienen un control prenatal normal, la mayoría con

un médico. Más de 70% de las mujeres guatemaltecas tienen algún tipo de atención durante el parto, pero mientras que a 50% de las ladinas las atiende un médico, esto solo se cumple en el caso de 14,46% de las indígenas. Se sabe además que 87% de las mujeres indígenas tienen los partos en la casa, a una edad promedio entre los 20 y 25 años (17).

Junto con los problemas de ubicación y costos existen otros, relacionados con la lengua y los valores culturales, que tienen efecto excluyente. La visión de la salud y de las causas de enfermedad forma parte de las creencias de cada grupo étnico. Algunos de esos grupos piensan que las enfermedades pueden ser causadas por seres humanos con fuertes poderes, fuerzas sobrenaturales, accidentes, o excesos o deficiencias. Estas creencias pueden crear renuencia a la hora de acudir a los servicios basados en la medicina científica. En estos casos los sistemas tradicionales de medicina desempeñan una función muy importante en la prevención y curación de las enfermedades, ya que se adaptan mejor a las concepciones de los grupos étnicos.

Los curanderos, yerbateros, parteras y shamanes curan mediante rituales comunitarios, prácticas

adivinatorias o médicas, y la utilización de plantas medicinales, purgas, masajes y otros medios. En Petit Goave, Haití, la mitad de la población recurre a curanderos (sean estos yerbateros, parteras, o hechiceros) que practican vudú. En esta zona hay 150 curanderos por cada 10 000 personas, mientras que la razón de médicos a miembros de la población es de 15 a 10 000 (19).

### **La calidad de los servicios**

Otro elemento que puede explicar las diferencias entre los indicadores de salud de los grupos mayoritarios y minoritarios es la calidad de la atención. Este factor debe analizarse en dos aspectos. El primero se refiere a la relación entre médico y paciente, la cual puede albergar los sesgos ideológicos del personal y de los servicios, que a su vez pueden entrañar diferencias de calidad dentro de las propias instituciones prestadoras de atención. El otro aspecto de la calidad de los servicios se vincula con la capacitación y cantidad del personal profesional y la disponibilidad y el uso de la tecnología, así como con el modelo de salud aplicado por los profesionales de la salud. El uso o no de prácticas orientadas a prevenir las enfermedades y promover la salud puede producir diferencias en los indicadores de salud (20).

Comparadas con las blancas, las personas afroamericanas de edad avanzada en los Estados Unidos consultan con menos especialistas, reciben menos cuidados preventivos como la mamografía o la prueba de Papanicolaou y suelen acceder a servicios hospitalarios de menor calidad. No se benefician tanto de tecnologías complejas para tratar problemas cardiovasculares u ortopédicos, ni de los trasplantes renales. Tampoco acuden a programas intensivos para el tratamiento del cáncer, la inmunodeficiencia o la depresión. Estas disparidades también se presentan en las restantes minorías (21).

### **La oportunidad de acceder a los servicios**

La oportunidad es otro elemento muy relevante, ya que puede explicar los indicadores diferenciales. Se puede acceder a los servicios en un estadio demasiado tardío de la enfermedad para lograr el éxito de la intervención médica. Las razones por las cuales los individuos o determinados grupos acuden tardíamente a las consultas tiene que ver, en parte, con factores que ya se han mencionado: costos, ubicación, idioma, pero también con la visión del proceso de salud y enfermedad y con el conocimiento y la información a disposición de esos grupos sobre la función de la prevención y

de la promoción de la salud. La búsqueda de intervenciones médicas curativas se concreta después de la búsqueda de soluciones integrales (21).

Por último, debe tratarse de explorar el peso de la segregación y la discriminación realizadas por los propios servicios en el caso de pacientes que pertenecen a las minorías. Aunque esta causa ha sido menos estudiada, es factible que el sistema de salud reproduzca los estereotipos que existen en la sociedad en general, intensificando de ese modo la discriminación general (21).

## **FACTORES CONDICIONANTES DE ÍNDOLE SOCIOECONÓMICA**

Estos factores están relacionados con las condiciones de vida —fruto del desarrollo histórico, cultural y macrosocioeconómico— que reducen las oportunidades de los individuos provenientes de grupos minoritarios (22). La limitación de sus oportunidades se produce debido a factores como los que se enumeran a continuación.

### **Ingresos y ocupación**

Ciertas ocupaciones, más que otras, exponen a los trabajadores a riesgos para la salud y les ofrecen menor cobertura de salud o de seguridad social y niveles de ingresos que restringen la posibilidad de asumir costos de bolsillo o financiamiento privado. En Guatemala, 60,3% de los ladinos tienen relación de dependencia, es decir, empleos estables y, por lo tanto, acceso a los servicios de salud de la seguridad social. Entre la población indígena, en cambio, solo 30% tienen empleo, su participación en el sector público es muy baja y las dos terceras partes trabajan por cuenta propia, especialmente los varones en áreas rurales, o constituyen familiares no remunerados y, por ende, más desprotegidos por carecer de acceso a los servicios de salud (23).

Además de las diferencias de cobertura, cabe considerar las que derivan de las categorías profesionales. Sobre la base de estadísticas de los Estados Unidos, los análisis muestran que los gerentes y profesionales tienen una tasa menor de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (37 por 10 000) que los obreros industriales o de servicios (86 por 10 000). El mismo tipo de resultado se obtiene cuando se analiza la relación con los ingresos. Partiendo de datos de 1986, se calculó que la mortalidad de quienes ganaban anualmente menos de US\$ 10 000 era de cuatro a seis veces mayor que la de quienes ganaban más de \$35 000 (24, 25). Ya que las minorías suelen pertenecer a las categorías de

menores ingresos y de menor especialización en el mercado de trabajo, también suelen tener indicadores de salud por debajo de la media.

### **El lugar de residencia**

La segregación relega a segmentos de la población de menos recursos a barrios con un mal ambiente humano y físico. En los Estados Unidos persisten aún altos niveles de segregación residencial en la población de origen africano y escasos índices de traslado de afroestadounidenses a barrios de blancos con miras a alcanzar la integración social (25). Esto refleja una concentración de la pobreza en ciertas áreas residenciales y una sobrerrepresentación en ellas de los grupos afrodescendientes. En América Latina, la segregación espacial en muchos casos se superpone a la dicotomía urbano-rural. Así, las poblaciones indígenas y de descendencia africana se ubican en zonas rurales donde el acceso a los servicios de salud es limitado. Consideremos como ejemplo las comunidades negras de Colombia en la costa del Pacífico, o la Región Autónoma Atlántica del Sur en Nicaragua, donde predominan comunidades garifunas y criollas (2). Por lo general, los grupos indígenas y afroamericanos se ubican en la periferia urbana. En las zonas periféricas de Guayaquil, Ecuador, es donde vive 95% de la población afroecuatoriana de la ciudad. Asimismo, Telles comenta que en el Brasil los barrios de clase media son típicamente de blancos y las favelas típicamente de negros, aunque en las favelas de las grandes ciudades amazónicas el elemento negro es en gran medida sustituido por el indio o caboclo (26).

Esas comunidades sufren deficiencias del abastecimiento de agua potable, alcantarillado y electricidad. Lo mismo puede decirse del transporte y los medios de comunicación, así como del acceso a los servicios de salud.

### **Estilos de vida**

El “estilo de vida” abarca la dieta; el consumo de sustancias nocivas, como el tabaco, el alcohol y los narcóticos; la conducta social, incluidos los actos de violencia y los accidentes, y las barreras en el acceso a los servicios de salud (27, 28). La Encuesta Nacional Materno-infantil de Guatemala realizada en 1998 presenta las cifras sobre la desnutrición crónica y aguda en los indígenas menores de 5 años. Con datos de la misma fuente, también se observa que 67,8% de los niños indígenas sufren desnutrición crónica —calculada según la talla por edad—, mientras que en el grupo los ladinos la cifra apenas

llega a 36,7%. La desnutrición aguda —según el peso por edad— es de 34,6% en los indígenas y 20,9% en los ladinos. El porcentaje de bajo peso al nacer es de 9,94 entre los niños indígenas y 8,94 entre los ladinos (29).

Mediante las investigaciones de campo y análisis estadísticos, en los Estados Unidos se ha comprobado la prevalencia de enfermedades vinculadas con ciertos patrones de conducta en los jóvenes de ascendencia indígena. Se destacan el alcoholismo y los problemas de identidad entre los jóvenes que viven en las reservas de indios. En determinados países se han constatado la escasez de consultas médicas entre mujeres jóvenes de origen indígena y la baja institucionalización del parto debido a causas culturales. Las muertes violentas afectan a 23,4% de la población negra. Son la segunda causa de muerte en esa población y la cuarta en la población blanca (11,4%) (28).

### **La calidad y el acceso a la educación**

La ubicación de la vivienda se vincula estrechamente con el acceso a las escuelas públicas, pero también existe un vínculo entre la concentración de la pobreza y la composición racial de las escuelas (28). En los Estados Unidos, por ejemplo, dos terceras partes de los estudiantes afrodescendientes y tres cuartas partes de los hispanos asisten a escuelas donde más de la mitad de los estudiantes son de ascendencia africana o latina (25). En Guatemala se observa que 37,5% de la población mayor de 15 años es analfabeta (36% de los ladinos y 61% de los indígenas) (23).

En el Caribe, los grupos más pobres no tienen acceso a la universidad. En Jamaica, solo 1,6% logra ese privilegio y, en Guyana, solo 1%. Sin embargo, el gasto per cápita en educación terciaria es de 15 a 25 veces más alto que en educación secundaria y 50 veces más que en educación primaria (30). En la costa del Pacífico de Colombia, donde están localizados los grupos étnicos de ascendencia africana, las tasas de analfabetismo urbano y rural duplican la nacional (1, 30).

La situación de la educación tiene un gran impacto, no solo porque influye en la equidad en el mercado de trabajo y en la perpetuación de la situación de pobreza, sino también por sus consecuencias para la salud. Estudios recientes revelan que la educación de la madre es un factor de peso en el cuidado de la salud del núcleo familiar y suele influir en la búsqueda de un parto institucionalizado y de exámenes médicos regulares, y en otras prácticas de salud (31).

El otro aspecto relacionado con la educación es la formación de recursos humanos en el campo

biomédico. Los egresados de las facultades de medicina tienden a pertenecer al grupo mayoritario. Solo 2% de los cardiólogos de los Estados Unidos son afroamericanos<sup>9</sup> y su participación en el ejercicio clínico subió de 2,5% en 1968 a solo 2,9% en el decenio de los noventa. En el Brasil, los análisis de datos ocupacionales muestran que los profesionales de la salud —médicos, dentistas y otros especialistas— se distribuyen de la siguiente forma: blancos, 82,93%; mulatos, 12,42%; y negros, 1,01%. En las categorías de auxiliares médicos la participación de los grupos minoritarios aumenta: blancos, 59,09%; mulatos, 32,79%; y negros, 7,6% (27).

## CONCLUSIONES

Algunas reflexiones son pertinentes a la luz de este primer esfuerzo de la OPS por aproximarse a la búsqueda de la equidad en salud desde una perspectiva étnica. A continuación se enumeran algunas ideas para comenzar el debate interno y externo.

- Solamente con un enfoque longitudinal puede entenderse que las relaciones interculturales, vinculadas con el propio proceso histórico del continente, fueran las que produjeron la represión sistemática de las minorías y su consecuente caída en la pobreza estructural. El proceso intercultural actual es fruto de más de 500 años de relaciones entre cinco grupos humanos diferentes, en el marco de un proceso político y productivo. Los grupos son, primeramente, los más de 25 millones de habitantes originarios que habitaban el territorio<sup>10</sup> antes del descubrimiento; las poblaciones de origen ibérico y nordeuropeo que llegaron durante el descubrimiento y la colonización;<sup>11</sup> de 10 a 15 millones de personas de origen africano que fueron traídas a América por razones económicas; grupos de origen asiático, europeo, africanos libres y otros que llegaron posteriormente en flujos migratorios sucesivos por libre elección, motivados por razones fundamentalmente económicas o políticas y, en época más reciente, las migraciones intrarregionales de mexicanos a los Estados Unidos, nicaragüenses a Costa Rica, bo-

livianos a la Argentina, caribeños a ciudades extranjeras,<sup>12</sup> etc., que también son de libre elección y se ven motivadas por factores políticos o económicos.

- Las diferencias en la situación de salud de los grupos minoritarios se relacionan con factores estructurales, como la pobreza, y con factores bajo el control del sector de la salud, como la organización, distribución geográfica y calidad de los servicios de salud y el grado de información que tiene la población sobre cómo cuidar de su salud. Es prioritario que el sector de la salud atienda el segundo grupo de factores, que caen directamente bajo su responsabilidad.
- Los sesgos en el tratamiento de los pacientes que pertenecen a minorías pueden corregirse sistemáticamente en las instituciones, porque las causas no son evidentes, sino ocultas, y se amparan en facetas poco explícitas del orden social establecido.
- La marginación de hoy tiene una historia y a partir de ella es necesario reelaborar formas de ver y de verse para lograr mayor equilibrio en la relación entre los grupos étnicos.
- Las brechas en los indicadores de salud de los grupos étnicos pueden corregirse si se trabaja de forma focalizada y se respetan las creencias, saberes y lenguaje de los beneficiarios. Solo enfocando su participación podrá lograrse paulatinamente la plena ciudadanía de los más desposeídos.
- Si bien el enfoque étnico abarca los pueblos indígenas y los afrodescendientes, que pueden tratarse conjuntamente porque tienen una raíz común, debe tenerse en cuenta que la identificación y el análisis de los problemas de exclusión de los grupos de afrodescendientes en América Latina han sido menos investigados que los problemas relacionados con los grupos indígenas y se tiene, por ende, menos información sobre ellos.
- Lo novedoso del enfoque étnico es que permite definir mejor tanto el problema como la solución. Esta consiste en desarrollar los lazos de solidaridad y reciprocidad familiar y comunitaria que permitirán reconstruir las identidades fracturadas y la capacidad de los grupos mismos para superar la vulnerabilidad. Sin la participación social no podrá fortalecerse la etnicidad de los grupos postergados.
- Trabajar en el ámbito de la salud aplicando estos nuevos conceptos es todo un desafío. Las políticas actuales no siempre son sensibles a las variables étnicas ni raciales y esto exige una focalización para evitar una distribución regresiva de los recursos de salud.

<sup>9</sup> Este dato fue proporcionado por la Asociación de Cardiólogos Negros (ABC) de Washington, D.C., EE.UU.

<sup>10</sup> Los cálculos son aproximados y fluctúan entre 8,4 y 11,2 millones de habitantes. La población nativa en América Latina era de 8 a 17 veces más grande que en la América de habla inglesa (6, 32).

<sup>11</sup> En los Estados Unidos la inmigración europea fue continua durante el periodo colonial, a diferencia de la América española, donde disminuyó notablemente en el siglo XVII. Entre el siglo XVI y XVII, la inmigración inglesa fue tres veces mayor que la lusitana y española juntas. Los británicos fueron los primeros europeos que arribaron a América del Norte en el siglo XVII. Casi un siglo después migraron escoceses, irlandeses y alemanes, judíos sefardíes y franceses. Sin embargo, el contingente más numeroso fue el de los 300 000 europeos que llegaron a fines del siglo XVII (6, 32).

<sup>12</sup> Hay estudios que señalan que en los años ochenta 20% del total de la población del Caribe migró a distintas ciudades del mundo desarrollado (6).

## Tareas inmediatas

Para avanzar en el proceso planteado es preciso abordar una serie de tareas inmediatas:

- Mejorar la información disponible mediante nuevos estudios de casos.
- Colaborar con las instituciones nacionales para mejorar los instrumentos de recolectar información y hacerlos más sensibles a las variables étnicas y raciales.
- Profundizar en el conocimiento de los antecedentes de interculturalidad relacionados con la salud en el Caribe y Canadá.
- Formular instrumentos para una focalización positiva de las políticas de salud en beneficio de las poblaciones descendientes de pueblos indígenas y africanos.
- Desarrollar capacidades en el ámbito de las comunidades afroamericanas de países seleccionados para participar en el diseño y la evaluación de programas y políticas de salud.
- Identificar las mejores prácticas en lugares de la Región donde se hayan promovido programas de salud para grupos étnicos con el apoyo intersectorial y el concurso de la comunidad, para que sirvan de ejemplos dignos de emular.

## ANEXO 1: Glosario conceptual

**Raza.** La distinción entre razas es principalmente sociológica y no tiene fundamento en rasgos biológicos específicos, ni de carácter físico ni genético.<sup>13</sup> Desde los inicios de la historia de la humanidad, han existido múltiples y sucesivos procesos de mestizaje biológico y cultural que ponen en tela de juicio la existencia de fronteras interraciales fijas. Se ha comprobado, incluso, que existe mayor variación dentro de cada grupo racial que entre razas diferentes.<sup>14</sup> Por lo tanto, si bien el concepto de raza es abstracto y carece de una existencia “objetiva”, resulta muy útil, en términos operativos, si se entiende como una construcción cultural y política, al margen de que refleje o no una realidad biológica

<sup>13</sup> La interacción entre los diferentes grupos humanos ha sido objeto de análisis según diferentes corrientes de pensamiento y disciplinas como la antropológica, la biomédica y la sociológica, que subrayan de forma heterogénea aspectos parciales como los rasgos físicos y culturales. En la actualidad se tiende a aceptar que los conflictos entre los diferentes grupos humanos pueden explicarse mejor en función de creencias y valores que en la de diferencias biológicas.

<sup>14</sup> Marvin Harris afirma que “desde el punto de vista genético, de lo único que se puede estar seguro es de que un individuo es un ser humano. Ser miembro de una raza en términos biológicos significa ser miembro de una población que exhibe una frecuencia específica de genes de cierto tipo. Los individuos no exhiben la frecuencia de los genes sino simplemente un complemento humano de genes en número amplio y desconocido que es mayoritariamente compartido por todos los individuos” (31).

(33).<sup>15</sup> La taxonomía racial que identifica un acotado número de razas diferenciadas jerárquicamente por sus rasgos físicos, predominantemente el color de la piel, es un producto acuñado por el colonialismo occidental y hoy en día es evidente que constituye una concepción obsoleta del mundo.

El factor genético debe ser descartado como variable independiente para explicar las diferencias de salud entre los grupos humanos, pero puede tener una función limitada para explicar la distribución desigual de las enfermedades. Esta función residual está muy vinculada con las condiciones sociales y culturales en que viven las personas. Generalmente, las personas que pertenecen a minorías trabajan en ocupaciones insalubres, residen en barrios con menos servicios de salud, no manejan información para prevenir las enfermedades, enfrentan restricciones en el acceso a los servicios debido a su distancia, el horario u otros factores, o acceden a servicios menos dotados para resolver sus problemas.

Por último, ¿qué factores determinan que algunas personas posterguen la consulta médica? ¿Se trata de una brecha entre los que tienen medios económicos y los que no, o existen otras diferencias culturales que podrían arrojar luz sobre la respuesta? Para contestar estas preguntas, es necesario modificar nuestros conceptos. Si las razas no existen en sentido biológico, lo indicado es reconocer las diferencias culturales entre grupos.

**Minoría o grupo minoritario.** Una minoría se define en razón del tamaño, el poder y la etnicidad de un grupo. Si numéricamente el grupo representa más de la mitad de la población pero es subalterno, se lo considera una “masa étnica”. En los Estados Unidos, las minorías reflejan la intersección del estatus étnico y racial con las desventajas económicas. Los grupos que históricamente fueron objeto de discriminación y no se asimilaron satisfactoriamente son grupos minoritarios (26). Se pueden identificar minorías por causas religiosas, étnicas o lingüísticas.

La etnicidad implica la construcción de una conciencia colectiva. El concepto encierra una dimensión histórica y se encuentra estrechamente vinculado con las dificultades de clasificar a los seres humanos y las relaciones entre grupos (cómo se autclasifica un grupo, cómo clasifica a los demás y cómo se jerarquizan todos los grupos en la

<sup>15</sup> La diferenciación entre raza y etnia se justifica solamente para facilitar el abordaje metodológico. Desde esta perspectiva, *raza* se utiliza para identificar los rasgos biológicos que diferencian a los grupos humanos (color de la piel y estatura, tipo de cabello y otros) y el de *etnia* se refiere a factores de orden cultural y religioso que permiten visualizar la existencia de un pueblo y a veces de una nación. En este sentido, la raza es una categorización de individuos según un rasgo físico (blancos, negros, amarillos, pardos, etc.) mientras que la etnicidad es una identificación de grupos humanos (chirivano, sioux, aymara, etc.) y no una caracterización del individuo (33).

sociedad). Por lo tanto, la etnicidad no solo describe un conjunto de relaciones entre grupos dentro de un orden social, sino que también encierra una forma de conciencia que cambia con el tiempo.

La etnicidad se construye a partir de elementos que el grupo comparte, como los mitos, ancestros u orígenes comunes, la religión, el territorio, las memorias de un pasado colectivo, el vestir, el lenguaje, e incluso rasgos físicos como el color de la piel. La etnicidad permite dividir a la sociedad en grupos con identidades propias y diferenciadas, en torno a elementos seleccionados o “marcas étnicas” aleatorias, como son el territorio o las tierras de origen —aunque el grupo ya no las ocupe, como ocurre con las diásporas (34)—, un dialecto o rasgos físicos. Un grupo genera solidaridad entre sus miembros mediante la construcción de su etnicidad. La importancia de rasgos físicos como el color de la piel, el tipo de pelo o la forma de los ojos, o de mutilaciones como los tatuajes, la circuncisión o la escarificación, no reside en los propios rasgos, sino en el valor y el simbolismo que se les asigna cuando se construyen las identidades colectivas.

**Discriminación.** El orden social representa una determinada correlación de fuerza entre segmentos de la sociedad con intereses divergentes o contrarios, que se relacionan con la propiedad de la tierra, los derechos de sucesión, la circulación del capital, las tecnologías de producción y la productividad del trabajo. Los conflictos de intereses se traducen frecuentemente en intolerancia social y dan lugar a la discriminación, que opera a través del estigma<sup>16</sup> asociando determinados rasgos del carácter o del comportamiento, como la agresividad, la pasividad, la indolencia, etc., con características fenotípicas como el color de la piel, la estatura o el tipo de cabello (33, 35). La discriminación se pone de manifiesto a través de comportamientos sociales de diferente naturaleza y alcance, como la segregación y la asimilación, que pueden tener lugar en el plano público o privado.

**Racismo.** Esta forma de discriminación contra grupos o individuos, que se basa en la idea de la inferioridad, tiende a diferenciar de manera negativa a los grupos minoritarios o a menoscabar sus intereses.<sup>17</sup> Puede ser institucional o individual. El racismo está relacionado con ideas preconcebidas, estereotipos y prejuicios sociales sin fundamento racional o científico. Aunque invisible, a veces forma parte de las creencias y escala de valores de las sociedades o comunidades.

<sup>16</sup> El estigma consiste en la atribución desigual de características de comportamiento (positivas o peyorativas) a ciertos grupos humanos identificados por su aspecto físico.

<sup>17</sup> El concepto de prejuicio se refiere a pensamientos y sentimientos hostiles que justifican actitudes negativas.

**Segregación.** Este término denomina la exclusión de un grupo minoritario del seno de la sociedad. Puede expresarse en la separación espacial y laboral que representan los guetos, la esclavitud o el *apartheid* y es consecuencia de una lucha de poder desigual por la obtención de recursos. Las minorías permanecen apartadas y conservan su estilo de vida tradicional sin alcanzar plena participación. Cuando se pierden aquellos rasgos culturales necesarios para organizar y enfrentar los procesos de cambio y de choque cultural, sin haberlos reemplazado por los de la sociedad dominante o mayor, ocurren la marginación, la pérdida de identidad y la alienación.

**Asimilación.** Se denomina así a los procesos de interacción que tienden a reducir las fronteras entre grupos y, por lo tanto, a destruir la diversidad cultural. Abarca cuatro subprocesos que no siempre ocurren sucesivamente: 1) el mestizaje,<sup>18</sup> 2) la identificación psicológica con la sociedad mayor, 3) la aculturación y, por último, 4) la integración estructural (35). Los asimilacionistas suponen que los rasgos socioculturales y económicos que distinguen a los diferentes grupos desaparecen idílicamente en las sociedades urbanas y modernas. En este sentido, el grupo subordinado o minoría étnica quedaría subsumido dentro del grupo dominante asimilando progresivamente y en una sola dirección sus pautas de comportamiento, ya que no visualiza ni es consciente de los rasgos culturales que los diferencian, y acepta el sistema clasificatorio impuesto por las elites. Sin embargo, las respuestas asimilacionistas no son lineales ni siempre ocurren exitosamente ya que el choque cultural suele provocar culturas sincréticas, procesos de etnogénesis y casos de exclusión (35).

**Multiculturalidad.** La perspectiva multicultural es la más reciente en este campo. Promueve el concepto de la coexistencia de grupos culturalmente diversos, en el marco del respeto por la identidad del “otro” (36). Ese “otro” puede ser muy diverso y

<sup>18</sup> La noción de mestizaje o hibridación es muy compleja. En América Latina se expresa una síntesis genética, social y religiosa entre colonizadores y colonizados que culminó con la victoria de la lengua española, el cristianismo y la occidentalización (45). La población involucrada en estos procesos (mestizos, criollos, mulatos, etc.) presenta identidades sociales y étnicas ambiguas cuyas fronteras internas se crean y descomponen constantemente. En la América de habla inglesa, se advierte en la actualidad un nivel de mestizaje menor, si consideramos la relación entre los grupos blanco y africanos. En los Estados Unidos se observan cambios en ese patrón de comportamiento; por ejemplo, los matrimonios entre blancos y descendientes de africanos aumentaron de 2 a 6% entre 1970 y 1990. Entre los asiáticos e hispanos de los Estados Unidos se dan mayores porcentajes de matrimonios con personas de otros grupos.

El modelo segregacionista se vio reforzado por los valores culturales de los primeros inmigrantes colonizadores que llegaron en unidades familiares. En este contexto, el matrimonio tenía un valor social y religioso mayor que en la América hispana y lusitana. Las leyes no solo castigaban la paternidad y los matrimonios interraciales y prohibían el contacto sexual, sino que también discriminaban a los niños ilegítimos, de modo que las tasas de ilegitimidad apenas rozaban el 3% y el mestizaje era casi inexistente (48).

estar representado por inmigrantes, grupos étnicos minoritarios, las mujeres, los ancianos, grupos religiosos o minorías sexuales. Sin embargo, en la multiculturalidad se manifiesta una paradoja: si bien implica levantar las barreras de la subordinación, requiere actores dinámicos que fortalezcan la etnicidad propia para equiparar las fuerzas de abogacía, representación y autonomía con la de los otros grupos que participan en la sociedad.

## SYNOPSIS

### Equity in health as seen from an ethnic focus

*In this day and age, public policies that aim to improve equity cannot limit themselves to seeking greater access for all to the*

*job market; the lack of equity is also reflected in unequal access to health services, to education, and to political representation. In order to understand and attempt to correct this unequal access, an approach is needed that takes into account all the sociodemographic factors that shape inequality in the Region of the Americas, most notably sex, ethnic origin, and race.*

*This paper is the product of a request by the Member States of the Pan American Health Organization for PAHO to make known the influence that race, ethnic origin, and sex have on the state of health and on access to health care services. The paper examines how racial discrimination and other forms of intolerance, the low socioeconomic and educational level of certain ethnic and racial groups, and cultural beliefs exert a decisive influence on individuals' search for health care and their possibilities of enjoying good health. This subject is particularly important this year, when the United Nations is holding its World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance.*

## REFERENCIAS

1. Meentzen A. Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.
2. Banco Interamericano de Desarrollo. Comunidades de ancestría africana en Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela. Washington, D.C.: BID; 1996.
3. Smith J. Ethnicity and cultural heritage. Itasca, Illinois: Peacock Publishers, Inc.; 1996.
4. Rother L. Brazil's former slave havens slowly pressing for rights. New York Times, January 23, 2001.
5. Alponse JM. Cristóbal Colón: un ensayo histórico. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1992.
6. Bernard C. Descubrimiento, conquista y colonización de América a quinientos años. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1994.
7. Barrán JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. III. La invención del cuerpo. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1995.
8. Barrán JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. I. El Poder de Curar. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1992.
9. Meyer J. Esclaves et *Négrie*. Paris: Gallimard; 1998.
10. Wassermann J. Cristóbal Colón. Buenos Aires: Losada; 1991.
11. Trabulse J. La medicina de México. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1983.
12. Del Río M. Riquezas y poder: las restituciones a los indios del repartimiento de paria. En: Bouysse-Cassagne, comp. Saberes y memorias en los Andes. París y Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos; 1997. Pp. 261-278.
13. Girault L. Kallawaya, guâerisseurs itinéraires des Andes: recherches sur les pratiques medicinales et magiques. La Paz; 1987.
14. Nickens HW. Race/ethnicity as a factor in health and health care. En: Health services research, part II; 1995. Pp. 151-177.
15. Pan American Health Organization. Health in the Americas, Vol. 1. Washington, D.C.: PAHO; 1998.
16. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadísticas. Indicadores e dados básicos para a saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 1998.
17. Valladares R, Barillas E. Inversiones en salud, equidad y pobreza: Guatemala. Washington, D.C. y Nueva York: Banco Mundial, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud; 1998.
18. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Soc Sci Med 1995 Sep;41(6): 819-828.
19. Clerismé C. Medicina tradicional en Haití. Bol Oficina Sanit Panam 1985; 98(5):431-439.
20. Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. J Am Med Assoc 2000; 283(19):2579-2584.
21. Thomas VG. Explaining health disparities between African-American and white populations: where do we go from here? J National Med Assoc 1992; 84(10):837-840.
22. Navarro V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. Lancet 1990;336:1238-1240.
23. Guatemala, Instituto Nacional de Estadísticas. Guatemala: Censo Nacional de Población; 1994.
24. Williams D, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African-American experience. Ethnicity & Health 2000; 5(3/4):243-268.
25. Williams D, House J. Understanding and reducing socioeconomic and racial/ethnic disparities in health. Atlanta: Institute of Medicine of the National Research Council; 2000.
26. Coimbra CE. Minorías étnico raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares. En: Salud, cambio social y política. México, D.F.: ADAMEX; 1999.
27. Da Silva Barbosa MI. Racismo e saúde. [Tesis de doctorado.] São Paulo: 1998.
28. Williams D. Race and health: trends and policy implications. Presentado en la Conferencia on Income on Equality, Socioeconomic Status, and Health. Washington, D.C.: 2000.
29. Organización Panamericana de la Salud. La Encuesta Nacional Materno Infantil de Guatemala de 1998. Washington, D.C.: OPS; 1999.
30. Trouillot M. Exclusión social en el Caribe. En: Gacitúa, et al., comp. Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Flacso y Banco Mundial; 2000. Pp. 113-149.
31. Southern Education Foundation. Beyond racism. Atlanta: SEF; 2000.
32. Klor de Alva J. The postcolonization of the (Latin) American experience: a reconsideration of "colonialism", "postcolonialism" and "mestizaje". En: Prakash G, comp. After colonialism. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1995.
33. Pincus F, Ehrlich H. Race and ethnicity conflict: contending views on prejudice, discrimination, and ethnoviolence. Boulder, Colorado: Westview Press; 1994.
34. Hutchinson J, Smith AD, eds. Ethnicity. Oxford: Oxford University Press; 1996.
35. Yinger JM. Toward a theory of assimilation and dissimulation. Ethnic and Racial Studies 4(3):249-264;1981.
36. Jameson F, Zizek S. Estudios culturales: reflexiones sobre el multiculturalismo. Buenos Aires: Paidós; 1998.