

**Equidad
en salud:**

desde la
perspectiva
de la
etnicidad



**Equity
in Health:**

From an
Ethnic
Perspective



**Equidade
em saúde:**

pelo prisma
da
etnicidade



**Programa de
Políticas
Públicas y Salud
División de
Salud y
Desarrollo
Humano**

**Public Policy
and Health
Program
Division of
Health and
Human
Development**

**Programa de
Políticas Públicas
e Saúde
Divisão de Saúde
e
Desenvolvimento
Humano**



**Organización Panamericana de la Salud
Pan American Health Organization
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington, D.C. // Junio /June/Junho 2001**

Referencia:

Organización Panamericana de la Salud
Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad
Washington, D.C.: OPS, © 2001.
—236p. —

ISBN 92 75 07386 4

I. Título II. Cristina Torres III. del Río, Mercedes IV. Organización Panamericana de la Salud

1. GRUPOS ETNICOS
2. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION
3. EQUIDAD EN EL ESTADO DE SALUD
4. EQUIDAD EN EL ACCESO
5. DEMOGRAFIA
6. JUSTICIA SOCIAL

NLM WA300.T693 2001

Se incluyen en esta publicación las versiones en inglés y portugués de los dos artículos sobre el tema. Aunque el material se puede citar, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN. Se pide que envíen un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita, o reproduzca cualquier parte de éste, al Programa de Políticas Públicas y Salud de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037.

Copyright 2001
Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street NW, Washington, D.C. 20037

Para diseminar ampliamente la información contenida en esta publicación, visite el sitio internet de la Organización en la siguiente dirección: URL:<http://www.paho.org>. Las opiniones expresadas en la presente publicación son las de sus autores y colaboradores y no reflejan necesariamente las que mantiene la Organización Panamericana de la Salud o sus Gobiernos Miembros.

Ilustraciones en la cubierta:

- “African Bowl Bearer”
- Máscara de oro precolombina
- Caligrafía china

Revisión y diagramación de textos

diseño de cubierta:

Clara Inés Rodríguez

Contenido / Contents / Conteúdo

Presentación	1
Etnicidad y salud: Otra perspectiva para alcanzar la equidad	3
Etnia, pobreza y salud en la Región de las Américas: Una mirada histórica para entender esta relación	53



Presentation	79
Ethnicity and Health: Another Perspective Towards Equity	81
Ethnicity, Poverty, and Health in the Region of the Americas: A Historical Perspective to Understand this Relationship	129



Apresentação	153
Etnicidade e saúde: Outra perspectiva para alcançar a equidade	155
Etnia, pobreza e saúde na Região das Américas: Uma visão histórica para compreender esta relação	205



Presentación

Al comienzo de este nuevo milenio la Organización Panamericana de la Salud se muestra, una vez más, atenta a la preocupación de los gobiernos y de la comunidad internacional por reducir las inequidades sociales y de salud como una forma de contribuir al perfeccionamiento de los sistemas democráticos y al desarrollo de la Región de las Américas.

Es en este sentido que la Organización incorpora a sus actividades de cooperación de la División de Salud y Desarrollo Humano la perspectiva de etnia y raza para analizar las inequidades de salud, entendidas como diferencias injustificadas e injustas entre los grupos humanos.

Es nuestra convicción que, junto con las diferencias de género y aquellas derivadas del status socioeconómico, la discriminación étnico-racial constituye una barrera al acceso a los servicios, a la información y al tratamiento igualitario, lo cual genera diferencias en la situación de salud de individuos pertenecientes a grupos étnicos minoritarios.

Es en este marco que el Programa de Políticas Públicas y Salud ha iniciado una línea de trabajo que incluye el desarrollo conceptual respecto a este tema, la recopilación de evidencia empírica para un diagnóstico regional sobre el mismo y la proposición de alternativas de políticas para reducir su impacto.

En esta oportunidad me enorgullece presentar dos de los trabajos preparados con este propósito. Espero que los mismos contribuyan a la reflexión que ya está planteada en muchos de los países de nuestra Región, tanto a nivel de los gobiernos como en el ámbito académico.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento al equipo que bajo la dirección de la doctora Cristina Torres tuvo a cargo esta tarea. En particular agradezco a dos reconocidos expertos en la problemática. Ellos son el Profesor David Williams de la Universidad de Michigan y la Senadora Piedad Córdoba de Colombia, quienes fueron los primeros lectores de la versión preliminar de estos trabajos y con sus comentarios y sugerencias contribuyeron a mejorar nuestra visión sobre este asunto.

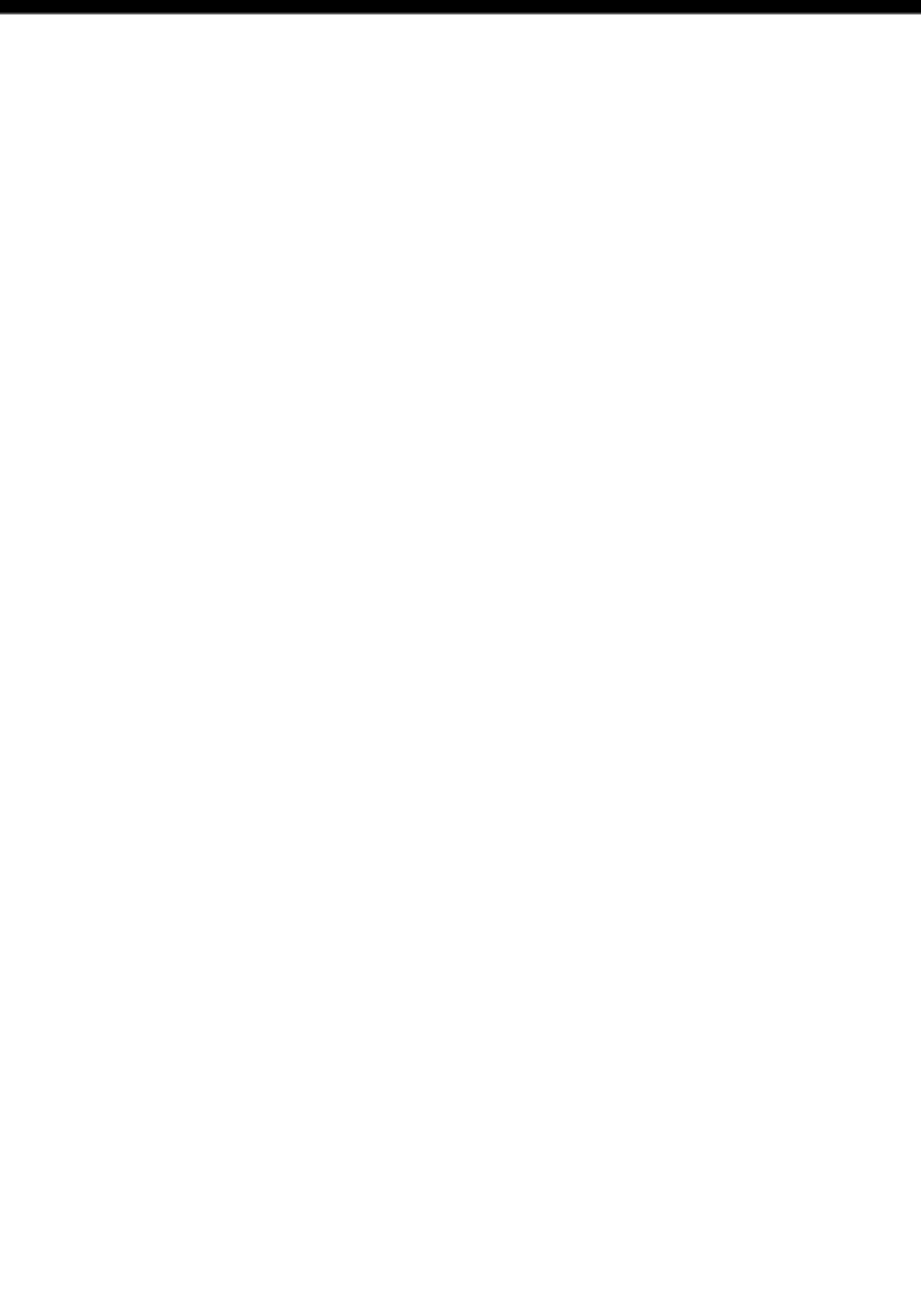
Por último, deseo transmitir el anhelo que compartimos quienes estamos trabajando en este campo. El anhelo de que en este siglo que apenas comienza se logren concretar nuestras aspiraciones de lograr un mundo social más justo e igualitario donde haya salud para todos en la Región de las Américas.

César Vieira
Programa de Políticas Públicas y Salud
División de Salud y Desarrollo Humano
OPS/OMS



**Etnicidad y salud:
otra perspectiva para alcanzar la
equidad**

Cristina Torres



Contenido

INTRODUCCIÓN	7
EL ENFOQUE ÉTNICO EN LA AGENDA POLÍTICA REGIONAL Y EN LAS AGENCIAS DE COOPERACIÓN TÉCNICA Y ORGANISMOS DE FINANCIAMIENTO INTERNACIONAL	9
Agenda política regional	9
Las agencias de cooperación técnica y los organismos de financiamiento internacional	11
LA PERSPECTIVA ÉTNICA EN UNA MIRADA DEMOGRÁFICA DE LA REGIÓN	14
ÉTNICIDAD E INDICADORES DE SALUD POR GRUPO ÉTNICO	22
ESTUDIOS DE CASOS	28
Brasil	28
Guatemala	35
CONCLUSIONES	40
GLOSARIO CONCEPTUAL	43
BIBLIOGRAFÍA	47
CUADROS	
1. Estimados de la población indígena de las Américas	16
2. Población con ancestros africanos en América Latina	17
3. Porcentaje de población de Brasil por raza y estado (1996)	29
4. Tasas brutas de natalidad, de mortalidad, de mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer de Brasil, por estados (1997)	34
5. Porcentaje y esperanza de vida de la población indígena por género y distribución geográfica en Guatemala	39
FIGURAS	
1. Porcentaje de poblaciones afrolatinoamericanas	18
2. Distribución de la población brasileña por ascendencia	30
3. Distribución de la población en Guatemala por ascendencia	36



Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad

Cristina Torres, Ph.D en sociología¹

Introducción

En la actualidad, una idea central que ocupa la agenda política del desarrollo es que la reducción de la pobreza sólo se puede alcanzar a través del aumento de la equidad. Se entiende que para superar los rezagos de determinados grupos poblacionales, no se deben acotar las medidas a correcciones en el mercado de trabajo sino también atacar las asimetrías en acceso a los servicios de educación y de salud, así como de representación política. Se visualizan entonces nuevos factores que explican la exclusión estructural tales como las relaciones de género y de etnicidad, que no habían sido considerados en el pasado en el diseño de políticas.

La adopción de este enfoque fue necesaria debido a la ausencia de resultados contundentes en el pasado y la constatación de que la estrategia anterior no solo no había garantizado el crecimiento sostenido sino que además se habían acentuado las brechas entre los grupos sociales. América Latina y el Caribe constituyen la región que muestra las más grandes disparidades en ingresos, así como en otros factores determinantes de la calidad de vida, incluyendo la salud y el acceso a los servicios de atención.

En los ámbitos sectoriales nacionales se constata un renovado dinamismo en la formulación de políticas públicas para lograr una redistribución positiva que beneficie a los grupos postergados (políticas y programas para el combate de la pobreza) y existe creciente interés por aplicar mecanismos exitosos de focalización que permitan alcanzar mejor los grupos vulnerables en el marco de una utilización eficiente de los recursos disponibles. En cuanto al sector salud, el actual desafío consiste en contribuir con la disminución de la pobreza a través del aumento de la equidad en salud.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) hace suya la preocupación compartida por los gobiernos de América Latina y el Caribe para

¹ Asesora regional de Políticas en el Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS/OMS. Colaboraron en la elaboración del presente documento, en las diferentes etapas, las doctoras Mercedes del Río (Investigadora Asociada del Departamento de Antropología, Smithsonian Institution), Teresinha Fagundes (Instituto de Salud Colectiva, Universidad Federal de Bahía) y Pamela Henderson, Consultora del Programa de Políticas Públicas y Salud, OPS/OMS.

mitigar la pobreza y, por lo tanto, orienta en parte esfuerzos a trabajar en pos de la reducción de las inequidades en salud. Por esta razón, la División de Salud y Desarrollo Humano ha centrado en "Equidad y Salud" su cooperación técnica. En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo aportar al estudio de las inequidades en salud, explorando la relación entre salud y etnicidad.

La idea central de este trabajo es que la discriminación racial es un factor social que interviene en la constitución de diferenciales de salud entre los individuos. La discriminación en el plano de la salud se opera a través de diferentes formas: dificultades de acceso a los servicios, baja calidad de los servicios disponibles, falta de información adecuada a la toma de decisiones o a través de mecanismos indirectos (estilos de vida, lugar de residencia, tipo de ocupación, nivel de ingresos o *status* de los individuos). El proceso histórico real de la Región subordinó las minorías étnicas e hizo más lento el proceso de construcción de identidad de estos grupos y en consecuencia la desvalorización del "otro", a veces identificado por el color de la piel, o por rasgos muy sobresalientes de su cultura, como la lengua o la vestimenta. El producto de este proceso de segregación y automarginación, genera en si enfermedad a través de: la producción de mayor estrés en los individuos, de las condiciones de vida más severas y de dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Entonces, reducir las brechas en el ámbito de la salud contribuye no solamente a mejorar la condición de salud y de vida concretas sino también a revertir el proceso de privación histórico y crear las condiciones mínimas para deshacer el camino andado y apoyar el afianzamiento (*empowerment*) de la etnicidad de los grupos minoritarios y, por lo tanto, en sus posibilidades de influir positivamente en la construcción de la multiculturalidad en la Región.

A modo de advertencia se señala que la Región presenta una amplísima heterogeneidad en las formas de resolver las relaciones étnicas (interculturalidad) debido a la diversidad en número y en complejidad cultural de los segmentos poblacionales que han habitado este territorio en más de quinientos años (europeos, pueblos originarios, afros y otros) compartiendo un proceso productivo y político. El foco del presente documento está en el planteo de la relación situación de salud y etnicidad en América Latina, no obstante lo cual, con frecuencia se hace referencia a la situación de Estados Unidos y/o el Caribe para no perder la riqueza en el análisis y para enfatizar su indiscutida naturaleza social.

Para emprender esta tarea es necesario responder algunos interrogantes. La primera pregunta es, ¿de qué manera están reaccionado a esta temática los líderes políticos regionales y las agencias de cooperación? El segundo interrogante se refiere a explorar si existen variaciones en las condiciones de salud entre los diferentes grupos étnicos y por qué dichas variaciones pueden estar presentes en toda la

Región, a pesar de las marcadas diferencias socioeconómicas e históricas. La tercera es, ¿cómo se articulan las condicionantes étnicas con las socioeconómicas, y cuál es el peso específico de cada una de ellas. Por último, dilucidar cómo se miden las inequidades en salud, debidas a discriminaciones raciales o étnicas.

En los próximos capítulos intentaremos dar respuesta a estas cuestiones. Cierran el presente documento algunas conclusiones que pretenden abrir el debate y contribuir al diseño de políticas públicas para la identificación y reducción de inequidades de salud de origen étnico.

El enfoque étnico en la agenda política regional y en las agencias de cooperación técnica y organismos de financiamiento internacional

a. Agenda Política Regional

Con motivo de la celebración de los 500 años del descubrimiento de las Américas se abrió el debate sobre las consecuencias de la relación colonial en la situación actual de marginación y exclusión de la población indígena. Sin embargo, cabe destacar que en esa misma oportunidad el problema de la diáspora de la población africana o de las formas contemporáneas de discriminación no se levantó con la misma visibilidad.

La II Cumbre Iberoamericana reunida en Madrid (1992) sentó las bases para la creación de un Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, concretándose los objetivos de la Declaración de Guadalajara (1991). Sin embargo, la voluntad política para la defensa del respeto a la pluralidad étnica y el derecho a la identidad cultural no se agotó en esta resolución ya que permeó en otros foros importantes en la década de los noventa.

Solo a modo de ejemplo se recordará que en la primera Cumbre Hemisférica (1994), los presidentes y los primeros ministros de las Américas convocados en Miami, declararon enfáticamente que:

Resulta políticamente intolerable y moralmente inaceptable que algunos sectores de nuestras poblaciones se encuentren marginados y no participen plenamente de los beneficios del desarrollo. Con el objetivo de lograr una mayor justicia social para todos nuestros pueblos, nos comprometemos individual y colectivamente a mejorar el acceso a la educación de calidad y a la atención primaria en materia de salud, así como a erradicar la pobreza extrema y el analfabetismo. Todos deben tener acceso a los frutos de la estabilidad democrática y al crecimiento económico sin discriminación de raza, sexo, nacionalidad de origen, o religión.

En el marco de esta contundente recomendación, durante la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en 1995, se elaboró la Declaración y Programa de Acción de Copenhague. Ésta contiene un conjunto de ambiciosas metas referidas a la eliminación de la pobreza, la marginalidad social y la violencia y propone, entre los numerosos compromisos, promover la integración social basada en la no-discriminación y en el respeto a la diversidad, incluyendo a los grupos más vulnerables y desfavorecidos de la sociedad.

Es de suma importancia mencionar que, en esa misma década, el Gobierno de Estados Unidos comprendió la importancia de los factores socioculturales —a través del concepto de raza y etnia— como claves para atacar los problemas del desarrollo o para introducir cambios positivos en el sistema de salud americano. En efecto, el proyecto del Cirujano General David Satcher, “Healthy People 2010 Objectives” (1998), relaciona la presencia de determinadas enfermedades o restricciones en el acceso a los servicios de salud con los grupos étnicos, minorías raciales americanas e indicadores de género y edad. Propone promover y prevenir, a través de programas comunitarios, educativos y de servicios, los problemas de salud. Este proyecto destaca que el deterioro en la salud o en la prevención se encuentra íntimamente asociado a comportamientos de origen socioeconómico y cultural no saludables —dietas, medio ambiente, tabaco, y otros— de los diferentes segmentos sociales del país.

En ese mismo año, en la conferencia sobre “Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health: a Chartbook”, organizada por Grantmakers in Health (GIH) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, el entonces Presidente Clinton señaló que en la población de los Estados Unidos aún subsisten disparidades raciales y étnicas en ciertas áreas de salud como son la mortalidad infantil, el VIH/SIDA, cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, e inmunización.

Asimismo, reafirmando estas últimas tendencias, los presidentes y los primeros ministros de los países del hemisferio convocados por la II Cumbre de las Américas (Chile, 1998), volvieron a postular la importancia de trabajar sobre las variables sociales y culturales para enfrentar el tema de la pobreza en forma integral. Así, en la declaración final afirman que:

La extrema pobreza y la discriminación continúan afligiendo las vidas de muchas de nuestras familias e impidiendo su potencial contribución al progreso de nuestras naciones. Para avanzar hacia un futuro próspero para todos, facilitaremos la regularización de los títulos de dominio de las propiedades urbanas y rurales y redoblabemos nuestros esfuerzos para aumentar el acceso al crédito y apoyo técnico a las micro-empresas y protegeremos los derechos básicos de los trabajadores. Eliminaremos todas las formas de discriminación contra las mujeres, las comunidades indígenas, las minorías raciales y étnicas marginadas y otros grupos vulnerables. Procuraremos mejorar la calidad de vida de todos los pueblos de las Américas

mediante un esfuerzo que asegure el acceso a los servicios de salud adecuados, a tecnologías mejoradas en el área de salud, el agua potable y una nutrición apropiada. El conjunto de estas medidas facilitará la incorporación de todos los habitantes, sin exclusión alguna, en la transformación económica y democrática del Hemisferio.

Finalmente, los Presidentes Iberoamericanos reunidos en Cuba (1999) recogieron, en su declaración final, la preocupación en torno al proceso de globalización y su relación con la equidad.

....reconocemos las oportunidades que este proceso ofrece para alcanzar el desarrollo y bienestar de nuestros pueblos y los grandes desafíos que este proceso entraña, lo que ha conducido a los países iberoamericanos a desplegar esfuerzos procurando obtener los mayores beneficios posibles en las nuevas condiciones de la economía mundial. No obstante aún enfrentamos obstáculos para avanzar en la reducción de las desigualdades económicas y sociales, por ello estimamos necesario, entre otras medidas, fortalecer (...) políticas sociales encaminadas a reducir las desigualdades, a lograr que los sectores más vulnerables accedan a las oportunidades que ofrece la globalización y a revertir la brecha tanto entre países desarrollados y en vías de desarrollo, como entre los segmentos poblacionales de mayores y menores ingresos.

El 2001 será un año clave debido a la realización de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas contra el Racismo, Discriminación racial, la Xenofobia y otras formas conexas de intolerancia. En la reunión preparatoria de la Región de las Américas los gobiernos, en el numeral 111 de la declaración “requieren que la OPS promueva acciones para el reconocimiento de la variante raza/etnia/género como variable significativa en el campo de la salud, y que desarrolle proyectos específicos dirigidos a la prevención, diagnóstico, y tratamiento de los afrodescendientes”.

b. Las agencias de cooperación técnica y los organismos de financiamiento internacional

Conforme al mandato emanado de los foros políticos arriba mencionados, múltiples organismos de cooperación técnica y financiera han realizado esfuerzos por profundizar el conocimiento y orientar intervenciones que provean a los programas para la reducción de la pobreza con enfoques de género, etnia, o raza para otorgarles un carácter resolutivo mayor.

El Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) son las dos entidades que más influyeron en el financiamiento de los países de la Región e impulsaron políticas para la atención de las comunidades indígenas vinculadas a cuestiones ambientales y de combate a la pobreza y más recientemente para atacar el problema de inequidad en las poblaciones afro-americanas. Ambas instituciones han reactualizado la concepción del desarrollo promocionando el desarrollo social sustentable y endógeno, de allí que consideren que los factores socioculturales y

participativos sean claves pues intervienen de un modo central en los procesos de desarrollo económico.

En 1991, el Banco Mundial amplió el enfoque sobre los pueblos indígenas al diagramar una estrategia participativa y de autogestión en los programas de desarrollo. Entre 1992 y 1996 fueron aprobados 31 proyectos. En el sector salud pública apoyó cuatro proyectos en América Latina que identifican a pueblos indígenas en riesgo por sus condiciones de salud y saneamiento ambiental. Asimismo, a fin de fortalecer las organizaciones indígenas, en 1993 apoyó un Programa de Capacitación destinado a la población indígena (Uquillas, 1996).

En el año 2000, el Banco Mundial conjuntamente con el BID y el Diálogo Interamericano (IAD) auspiciaron una reunión en Washington DC, donde participaron ONGs representantes de comunidades afro de la Región para debatir sobre el tema "La Raza y la Pobreza: consulta interagencial sobre el afro-latinoamericano".

Con anterioridad el BID, en la reunión de gerentes correspondiente al Octavo Aumento General de Recursos, aprobó una recomendación por la cual la institución debía fortalecer las áreas dedicadas a promover la equidad. Este fue el soporte para la creación de un Programa de Alivio a la Pobreza de las Minorías en América Latina (1995-1996) financiado por la mencionada institución y ejecutado por Cowater International (Canadá). Se desarrollaron múltiples iniciativas a nivel local en los países de América Latina donde existen comunidades pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, marginados y empobrecidos.

Asimismo, es importante destacar que de un modo muy innovador se abrió la temática y se abordó el estudio de la situación de las poblaciones afro-americanas en nueve países latinoamericanos (Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay, y Venezuela)². Estos estudios constituyen un esfuerzo muy valioso para equiparar el interés sobre las inequidades de los grupos afro de un modo semejante al que se venía otorgando a los estudios de la situación de postergación de los pueblos indígenas.

En el marco de esta iniciativa, se reunieron en 1996 los delegados de trece países donde coincidieron en la importancia del tema para alcanzar las metas de equidad en el próximo milenio y definieron conjuntamente la declaración "Afro-américa XXI" que contiene un plan de acción y la propuesta de creación de una red.

En coherencia con lo anteriormente anotado, en 1998 el BID convocó en Cartagena de Indias (Colombia) a un coloquio sobre Programas Sociales, Pobreza

² Este programa fue auspiciado por Cowater International bajo la dirección de M. Sanchez y M. Franklin de la Organización de Afro-americanos.

y Participación Ciudadana, previo a la XXXIX Asamblea de Gobernadores realizada en la mencionada ciudad. Como corolario de esta actividad se acordó promover el fortalecimiento de la sociedad civil y la participación ciudadana como motor de cambio en América Latina, al evaluar que el crecimiento económico sostenido y la modernización de la Región son incompatibles con las profundas desigualdades socioeconómicas internas y con los problemas derivados de la exclusión. Entre las conclusiones, derivadas de la revisión de los 32 estudios de caso presentados en los talleres del seminario, se recomendó a los gobiernos la necesidad de formular proyectos y políticas sociales de carácter participativo (Jarquin y Caldera, 2000).

Por otra parte, se destaca la atención otorgada al tema por la Organización de Naciones Unidas (ONU). La ONU ha tenido en su agenda la problemática de la discriminación racial desde 1948, año en cual la Asamblea General adoptó la Declaración Universal de los Derechos del Hombre³ en donde expresamente se promueve la eliminación del prejuicio y de la discriminación. Unos años más tarde la Asamblea General adoptó, en 1965, la Convención Internacional para la Eliminación de todas formas de discriminación racial y organizó por primera vez un "Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial" cuyas actividades se iniciaron en 1969. En las últimas décadas del siglo pasado se proclamó la Declaración sobre la Raza y el Prejuicio Racial (1978), la Declaración para la Eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación basadas en creencias o religiones (1981) y la Declaración de los derechos de las personas de mantener la identidad étnica o nacional, de religión, y lingüística de las minorías (1992). Paralelamente se desarrollaron programas de acción (1973-2003) cuyo foco es la lucha contra la discriminación a través de campañas educativas y de elaboración de modelos legislativos nacionales que incluyan estos objetivos.

En la actualidad, la ONU está comprometida en la organización de una próxima conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de la intolerancia (Sudáfrica en 2001)⁴. Un comité de la ONU con apoyo de la Fundación Rockefeller, tiene a su cargo la organización preparatoria y realizó actividades de consulta con expertos y ONGs de varios países para formular recomendaciones sobre una serie de temas candentes como son el racismo, la globalización, los conflictos étnicos, etcétera. Entre ellas se destaca la Consulta de expertos realizada en Bellagio, Italia (International Human Rights Law Group; 2000). En el texto de la declaración, el comité sostuvo que los pueblos indígenas, las personas de color en las Américas y las "mayorías excluidas" como son las afrobrasileñas constituyen, entre otros, las víctimas actuales de la discriminación racial e intolerancia. Si bien sus causas hay que rastrearlas en el colonialismo y el

³ Adoptada por los 58 Estados miembros, declara la libertad de asociación, elección política, opinión, expresión, derecho al empleo y al desarrollo colectivo.

⁴ Resolución 52/111 de la Asamblea General de 12-12-97.

régimen de esclavitud, los expertos opinan que la globalización económica, la pluralidad de identidades y los modelos dispares de desarrollo constituyen factores importantes que, sin un cuidadoso control las pueden profundizar. Si bien entienden que estos problemas son mundiales, exigen planes de acción puntuales y concretos y a su vez proponen la promoción de los aspectos sociales como forma de reducir la exclusión y de prevenir el racismo y los estereotipos culturales⁵.

Por su parte, la Organización de Estados Americanos (OEA) ha estado trabajando en el tema a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la que ha preparado informes nacionales sobre la situación de discriminación.

También UNICEF ha promovido programas de salud entre las poblaciones afroecuatorianas de la provincia de Esmeraldas. A su vez, el programa Pro-Andes rescata los aportes culturales de las poblaciones indígenas serranas y africanas en la costa de Guayaquil.

Finalmente, no es posible cerrar este capítulo sin mencionar el “Convenio sobre pueblos indígenas y tribales”⁶, de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), aprobado en 1989, a través del cual se promueve el respeto por los valores, prácticas e identidades de los grupos étnicos, el derecho a diseñar sus proyectos de desarrollo, a la propiedad de sus tierras y al uso de sus recursos naturales, la extensión de los regímenes de seguridad social y de servicios de salud y educación. Otros convenios (100, 111 y 156), y recomendaciones (90, 111 y 165) completan los instrumentos promovidos por esta agencia en contra de la discriminación.

La perspectiva étnica en una mirada demográfica de la Región

La Región de las Américas presenta una de las realidades demográficas más complejas desde el punto de su composición étnica. Por su propia historia de conquista, colonialismo e inmigración concitó la confluencia de más grupos étnicos que cualquier otra en el mundo.

A pesar de las limitaciones en la cuantificación de los diferentes grupos étnicos en los países de la Región y dentro de cada uno de ellos, los estimados existentes

⁵ Los presidentes, jefes de Estado y primeros ministros de los países miembros fueron invitados a esta conferencia. Durante ocho días se reunieron los grupos de trabajo para concluir con una reunión plenaria. Se programó la realización de un foro de ONGs previo al inicio de la Conferencia.

⁶ Este convenio entró en vigor en 1991 y fue ratificado por trece países en los cuales se encuentran Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Dinamarca, Ecuador, Fiji, Guatemala, Honduras, México, Noruega, Países Bajos, Paraguay y Perú.

permiten valorar la importancia numérica de los grupos étnicos de origen afro e indígenas.

A los efectos de tener un breve panorama de la incidencia de los grupos étnicos en la Región, se aportan a continuación algunos estimados estadísticos disponibles en diferentes fuentes.

Se estima que la población indígena total para América Latina y el Caribe oscila entre 45 y 50 millones de personas (o sea, 10,18% de la población total). El 90% se encuentra concentrada en América Central y en los Andes. Por su parte, los indígenas de Estados Unidos alcanzan 1.6 millones de personas (0,65%).

El estimado de población indígena de América Latina para 1999 muestra que los países que tienen el mayor porcentaje de población indígena (entre 70% y 40%) son Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador. Nueve países tienen entre 20% y 5% (Belice, Honduras, México, Chile, El Salvador, Guyana, Panamá, Suriname y Nicaragua). Unos 14 países tienen sólo entre 4% y 1%. Estos son Colombia, Costa Rica, Argentina, Venezuela, Paraguay, Guyana Francesa, e islas del Caribe. Finalmente, Brasil y Uruguay solo tienen menos de 1% (Meentzen, 2000). (Ver cuadro 1.).

Los tres países que concentran el número más alto de población indígena en términos absolutos son México, Perú y Guatemala (13, 11 y 7 millones respectivamente).

En términos generales, existe acuerdo en que hay una tendencia al subregistro de la población indígena en las estadísticas oficiales, especialmente en América Latina.

El problema del subregistro también se refleja en las estimaciones demográficas de las poblaciones de afro-descendientes, dado que muchos países carecen de datos estadísticos sobre población de origen africano, o con ancestros africanos. Algunas publicaciones recientes presentan estimaciones que alcanzan aproximadamente los 150 millones de personas, es decir un tercio de la población total de América Latina.

Los países que presentan más de 45% de afro-descendientes sobre el total de la población son: República Dominicana (más de 84%), Cuba (62%) y Brasil (46%). Los que cuentan entre 40% y 5% son Colombia (más de 21%), Panamá (más de 14%), Venezuela (más de 10%), Nicaragua (más de 9%) y Ecuador (más de 5%). En tanto, los países que cuentan con menos de 5% de población afro-latinoamericana son Paraguay (3,5%), Uruguay (más de 3%) y Honduras (2%), Costa Rica (2%), Bolivia (2%) y México (0,5%). (Ver cuadro 2 y figura 1.).

Cuadro 1. Estimados de la población indígena de las Américas

Países según porcentaje de población indígena	País	Población indígena	
		Millones	% población total
<i>Grupo 1</i> más de 40%	Bolivia	4,9	71
	Guatemala	5,3	66
	Perú	9,3	47
	Ecuador	4,1	43
<i>Grupo 2</i> 5%-20%	Belice	0,029	19
	Honduras	0,7	15
	México	12	14
	Chile	1	8
	El Salvador	0,4	7
	Guyana	0,045	6
	Panamá	0,14	6
	Suriname	0,03	6
	Nicaragua	16	5
<i>Grupo 3</i> 1%-4%	Guyana Fr.	0,014	4
	Paraguay	0,1	3
	Colombia	0,6	2
	Venezuela	0,4	2
	Jamaica	0,048	2
	Puerto Rico	0,072	2
	Canadá	0,35	1
	Costa Rica	0,03	1
	Argentina	0,05	1
<i>Grupo 4</i> Menos de 1%	Estados Unidos	1,6	0,65
	Brasil	0,3	0,2

Fuente: Meentzen, 2000. op.cit.

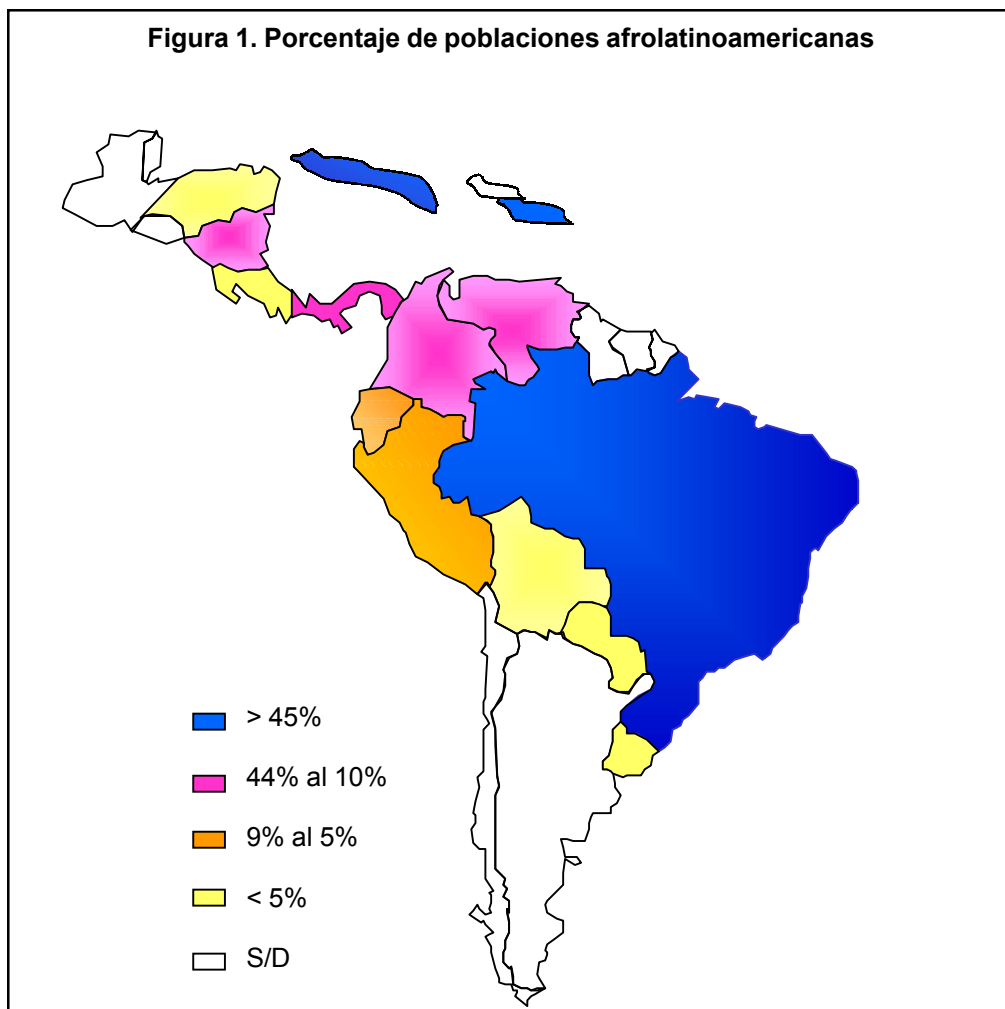
Cuadro 2. Población con ancestros africanos en América Latina

Países	% población total		Estimados (millones)	
	Infoplease	AAO	Altos	Bajos
Bolivia	N/D	2	0.158	0.158
Brasil	44	46> 70	111	73
Colombia	21	30>50	17	10
Costa Rica	2	2	N/D	0.066
Cuba	62	34>65	6.8	N/D
Rep.Dominicana	84	90	7	N/D
Ecuador	10	5-10	1.1	0.550
Honduras	2	2>50	2.8	0.112
México	<1	0,5-10	9	0.450
Nicaragua	9	10-50	2.3	0.599
Panamá	14	14-77	1.9	0.350
Paraguay	N/D	3,50	0.162	0.162
Perú	< 3	5-10	2.3	1.1
Puerto Rico	N/D	23-70	2.4	N/D
Uruguay	4	3-6	0.192	0.096
Venezuela	10	15-70	14	3.1
Estados Unidos	12	N/D	29.9	N/D

Fuente: Infoplease.com/ipa/A0855617.html y AAO (Organización Pro-Avance de los Pueblos de Ascendencia Africana) para columnas 2-3-4.

Para los Estados Unidos, la fuente es el censo de 1990.

Nota: Los datos existentes son todavía aproximaciones muy gruesas sobre las que las instancias especializadas seguramente seguirán trabajando.



En el marco del presente análisis se considera pertinente complementar los vacíos de información estadística confiable con una tipología de la distribución de los grupos afro según su forma de organización en los diferentes países. El reagrupamiento se realizará teniendo en cuenta no sólo el número de población afrodescendiente sino también aspectos particulares de la distribución geográfica y de su grado de identidad (lengua, costumbres, ancestros) y autodeterminación (territorio, representación política) entendiendo, además, que los patrones de asentamiento de mayor concentración estimulan los procesos de etnicidad. Se han escogido estos criterios a fin de identificar fácilmente dos elementos necesarios para la definición de políticas como son la ubicación geográfica y las instituciones que facilitan la participación social (las ONGs, entidades comunitarias religiosas, culturales, y otros.)

Las diferentes situaciones en que se encuentran las poblaciones de origen afro, podemos ordenarlas de la siguiente forma:

- a) son mayoría y detentan el poder político, tienen un alto grado de autodeterminación, autonomía, control del territorio y representación política amplia sin exclusiones, como es el caso de las naciones del Caribe inglés.
- b) Son primera minoría por su importancia numérica. Se destaca que a pesar de la importancia del número absoluto de afrodescendientes en estos países (a diferencia del numeral a), no conlleva una situación de gravitación política relevante sino que se encuentran insertos en realidades nacionales con participación restringida. Desde el punto de vista de la identidad étnica la población se distribuye de manera heterogénea, abarcando tanto a grupos muy activos como a otros, compuestos por individuos que no participan en actividades públicas comunitarias o políticas. Ejemplos de esto son: Brasil, Colombia, Venezuela, y Panamá.
- c) Son minorías porque representan numéricamente un porcentaje menor en la población general, pero tienen una identidad muy definida. A su vez, éstos se pueden subdividir en dos grupos :
 1. *Comunidades rurales* estructuradas, con un relativo grado de aislamiento, algunas veces con un idioma o dialecto propio, con ocupación del territorio desde hace muchas décadas y con escasa integración en las economías nacionales, pero con una fuerte conciencia de pertenencia comunitaria, identidad y autodeterminación. Algunos ejemplos son: *Misquitos* de la Costa Atlántica de Nicaragua y Honduras⁷; los *Criollos Negros* de Guatemala, Nicaragua y las Bay Islands de Honduras; los *Garífunas* ⁸ Belice, Honduras, Livingstone (Guatemala) y Pearl Lagoon (Nicaragua). En Sudamérica, algunos ejemplos de formas comunitarias de ancestros africanos se encuentran en la provincia de Esmeraldas de la costa ecuatoriana, en Yapateras, Paita, en la Costa del Pacífico de Colombia, la comunidad *Camba Cuá* del Paraguay⁹, las comunidades de ancestros africanos de los *Yungas paceños* de Bolivia¹⁰ o los *quilombos* del Brasil y de Colombia¹¹.

⁷ Los Misquitos son grupos de pescadores y en menor medida agricultores de subsistencia, de habla miskitu y de ancestros africanos e indígenas.

⁸ Tienen fuertes lazos a través del respeto a prácticas rituales y al mantenimiento de redes con preponderancia del rol de la mujer. Fue una migración proveniente de la Isla San Vicente.

⁹ Sus orígenes se remontan a los afrodescendientes que formaban parte de las milicias populares uruguayas en la guerra de independencia bajo los órdenes de Artigas y que luego de la derrota militar y política se exiliaron en Paraguay junto con su jefe, asentándose en las afueras de Asunción.

¹⁰ Un claro ejemplo de etnicidad re-elaborada, los grupos de ex-exclavos de haciendas coloniales incorporaron formas de organización social y costumbres e indumentaria de los pueblos originarios.

¹¹ Los quilombos son formas particulares de organización social. Se trata de nucleamientos poblacionales que ocupan territorios desde los finales del período esclavista y que servían de guaridas a libertos y

2. *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 pluriethnicidad, es decir de grupos sociales que mantienen valores, intereses, lazos afectivos y simbolismos diferentes a los de la sociedad nacional. En las sociedades plurales, las líneas de clase se cruzan muchas veces con las étnicas. Los grupos étnicos constituyen segmentos que están incorporados de forma desigual en el Estado. En estos casos, se conforman "grupos corporativos" que defienden la preservación de la herencia étnica o cultural (Smith, 1996). Por ejemplo, en varios barrios de Puerto Limón (Costa Rica), los barrios y favelas de San Pablo y Río de Janeiro (Brasil), Piura, Lima y Nasca (Perú), Caracas (Venezuela) y, Guayaquil (Ecuador). En este nivel la identidad se desarrolla a través de distintas instancias organizativas como son ONGs, Cooperativas, Asociaciones y, Comparsas. Se trata de organizaciones administradas por afrolatinoamericanos, registradas legalmente y que benefician a las comunidades afro en la creación de capital social, promueven el mantenimiento de la herencia histórica y luchan contra la discriminación, o persiguen objetivos más puntuales como es ayuda de becas de estudio, y otros¹².
- d) forman parte de la sociedad nacional en países con un alto grado de *mestizaje* en donde la mayoría de los afrodescendientes no están agrupados en barrios o comunidades propias y tienen baja conciencia de pertenencia como grupo étnico diferenciado. La falta de información estadística, de instituciones que los agrupen y de trabajo comunitario, no permite aún evaluar el porcentaje de afrodescendientes en el total de población, contribuyendo así a su invisibilidad social. Es presumible que el grado de identidad sea más bajo que en otras situaciones.

Cabe destacar que en la tipología arriba propuesta se han privilegiado el peso porcentual sobre la población, grado de etnicidad y la concentración territorial, para identificar las diferentes situaciones en que se desarrolla la vida de los diferentes grupos afro.

fugitivos de origen africano. Actualmente se han identificado a lo largo de Brasil unos 724 quilombos cuyos pobladores están exigiendo los derechos a sus tierras y reconocimiento formal de su status. La mayor concentración se encuentra en el estado de Bahía (259 quilombos), seguido por Pará y Maranhão (New York Times, 2001/01/23).

¹² Tan solo a modo de ejemplo entre las numerosas organizaciones: la Asociación de Mujeres Caribeñas del Atlántico, la Asociación de Nicaraguenses Negros, Movimiento Francisco Congo (Perú), Mundo Afro, Club Uruguay de Melo, Asociación Cultural y Social del Uruguay Negro.

A este respecto se deben hacer algunos comentarios.

Primero, se destaca la existencia de países en el Caribe inglés en donde el poder político y social y el control sobre los mecanismos económicos se encuentra en manos de representantes de los grupos de descendencia afro, constituyendo experiencias sin correlato en el mundo indígena.

En segundo lugar, que en algunos países donde el porcentaje de la población es muy alto, coexisten diferentes formas organizativas. Por ejemplo, en Brasil tenemos presencia de una gama de situaciones que van desde afros latinos en barrios urbanos periféricos hasta las concentraciones de carácter rural como los quilombos, que levantan reclamos en cuanto a la propiedad de la tierra y tienen niveles de cohesión mayor.

Conviven en el mismo país, afrodescendientes con un mayor grado de identidad a sus orígenes y perteneciendo a redes sociales y culturales, y otros que están menos vinculados a las organizaciones y a la vida comunitaria.

El tercer comentario es que cuando las condiciones sociales y políticas permitan una auto-identificación que no conlleve discriminación o exclusión, posiblemente el grupo cuatro se redefinirá. Es fácilmente predecible que el siglo XXI culminará con un mapa social más preciso en países donde el legado histórico todavía está por redescubirse.

En cuarto lugar, se destaca que a pesar de que los estudios socioeconómicos dan como resultados que las poblaciones afrodescendientes se ubican mayoritariamente en los segmentos más desfavorecidos de las sociedades latinoamericanas, es erróneo invisibilizar su presencia en otros segmentos de la población.

A modo de conclusión general y habida cuenta del peso numérico de las poblaciones de origen étnico tanto indígenas como afros en América Latina y el Caribe hispano, se recomienda introducir el enfoque de etnicidad en la recolección de información estadística de condiciones de vida y de salud. La información estadística de naturaleza demográfica, socioeconómica y de salud constituye una herramienta de gran importancia para cuantificar las relaciones y medir las brechas entre los diferentes grupos.

Los costos económicos y políticos de tal esfuerzo deben ser entendidos como inversión social y se justifican ampliamente ya que estadísticas cada vez más confiables serán una base sólida para el diseño de políticas sociales, en particular de salud, y su posterior evaluación.

Principales dificultades en la recolección y análisis de información de carácter demográfico y de salud según grupo étnico

- Ausencia de un enfoque étnico en el proceso de recolección de información. Las dificultades en adoptar el enfoque de etnia en la definición de políticas y en los instrumentos de recolección responden a una baja conciencia del tema en la sociedad.
- Identificación de los individuos cuando existe la variable, dado que la etnicidad es un concepto social complejo. Las personas y los encuestadores tienen dificultades, dado que la mayoría de los individuos en América Latina tienen ancestros multiétnicos y están insertos en un contexto multicultural que dificulta los procesos de privilegización en el momento de identificar el grupo de pertenencia.
- La utilización de criterios heterogéneos que responden a diferentes marcos conceptuales. Las instituciones de estadística y censos de algunos de los países, así como las diferentes organizaciones internacionales abocadas al estudio del tema (Banco Mundial, Organización Internacional del Trabajo, Naciones Unidas) han acuñado criterios heterogéneos para identificar a los grupos étnicos. Por ejemplo para la población indígena (Meentzen, 2000), algunos ponen el acento en la lengua y en el área geográfica, otros en la territorialidad y en la continuidad de las instituciones sociales, económicas y políticas, aunque todos concuerdan sobre la importancia de la propia conciencia de identificación étnica y autodeterminación.
- Para afrodescendientes la identificación se dificulta porque es común que todavía se use el concepto de raza en un contenido desvalorizante, o que no sean incluidos como una categoría, debiendo así clasificarse en «otros».

Etnicidad e indicadores de salud por grupo étnico

Estamos en condiciones de abordar, a la luz de la información empírica disponible, la interrogante sobre las variaciones que presentan los indicadores de salud y de acceso a los servicios cuando se los analiza por origen étnico de los individuos.

Si se revisa la bibliografía existente, se constata que estudios realizados en Estados Unidos advierten sobre disparidades de salud (US Health Department, 1991; Nickens, 1995) entre diferentes grupos humanos según su origen étnico. Por ejemplo, las tasas de mortalidad son más altas en la población afroamericana que en los blancos: las dos primeras causas de muerte en Estados Unidos son cáncer en una relación 1 a 2 y las enfermedades cardiovasculares en una relación 1 a 6. También se constata valores más altos en las tasas de mortalidad del grupo afro por diabetes, homicidio, HIV/SIDA y mortalidad infantil. Pero también los estudios arrojan evidencia de tasas más altas de mortalidad para enfermedades seleccionadas en población afroamericana que en otros grupos minoritarios como son los nativos y los latinos.

Para el resto de los países de la Región, la información no tiene la misma consistencia y los estudios son más esporádicos, pero los resultados son coincidentes. Por ejemplo, en el Perú, estudios, ponen de manifiesto altas tasas de mortalidad infantil en las provincias con mayor concentración de afroperuanos como, por ejemplo, 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 41/1000, respectivamente (Cowater, op.cit.). 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 no indígenas (OPS, 1998). La mortalidad infantil en Brasil, estimada con datos de 1996, evidencia fuertes disparidades: 62 por 1000 nacidos vivos para el grupo afro y 37 por 1000 entre los blancos (*Latin News*; 2000).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, las estadísticas de 1976 evidencian que en los Estados Unidos no accedían el 16% de la población blanca, el 23% de la población afroamericana y el 26% de los hispanos. Los análisis muestran que esta situación empeoró para la minoría hispana y que para 1986 la brecha se amplió al 39% de los hispanos, siendo el porcentaje tres veces más alto que el de los blancos y el doble que el de los afroamericanos (Bollini y Siem, 1995).

Otras diferencias se constatan en relación a la calidad de los servicios, especialmente en el acceso a las tecnologías modernas de salud. Los ancianos afroamericanos de Estados Unidos en relación a los ancianos blancos, acuden a menos especialistas, reciben menores cuidados preventivos (mamografías, Papanicolau), acceden a servicios hospitalarios de menor calidad, no acceden a tecnologías sofisticadas (para problemas cardiovasculares, ortopédicos, transplantes de riñón) ni a programas intensivos para el tratamiento del cáncer de próstata, de inmunodeficiencias, y de depresión. Estas disparidades también se presentan en las restantes minorías (Fiscella, et al. 2000).

Pero la variable de etnia no sólo es válida para explicar diferencias internas a un mismo grupo etario como el de los ancianos o los niños¹³, sino que se ha logrado demostrar que revela diferencias en el seno de un mismo estrato socioeconómico y también atraviesa las diferencias de género. Otro elemento elocuente es la constatación de mayores porcentajes de auto percepción de la enfermedad en población afro (independiente de su nivel de ingresos) que entre los blancos y los latinos (Ren et al, 1996). Recientemente, otro estudio en los Estados Unidos verificó tasas de mortalidad más altas de afroamericanos en 107 ciudades del país (Williams, 1999, 2000).

Como fue mencionado anteriormente, no existe evidencia científica que justifique que estas diferencias se sustentan en causas genéticas y solo justificaciones

¹³ En Brasil, los niños de ascendencia africana constituyen la mayoría de los 7 millones de niños de la calle.

segregacionistas podrían esgrimir estos argumentos (Lillie-Blanton y Laveist, 1996). Por el contrario, es necesario hacerse dos preguntas para intentar clarificar este hecho. La primera es cómo se producen las brechas en los indicadores de situación de salud y de acceso a los servicios y la segunda es por qué esas brechas son siempre en detrimento de las minorías étnicas.

A continuación se listarán algunas de las posibles claves para responder la primera de estas interrogantes. Existen factores directos y factores indirectos que inciden en el estado de salud.

1. Los factores más relevantes que están bajo el control del sector salud son:

- **Restricciones en el acceso a los servicios de salud**

Estas constituyen un factor central para la producción de resultados de salud diferenciales entre los grupos humanos al interior de una sociedad.

Estas restricciones pueden producirse por diferentes mecanismos: ubicación y costos. Ellos son los más fáciles de visualizar. Históricamente se ha operado la segregación espacial en barrios y/o regiones, coincidentemente los servicios públicos de estas localidades, incluyendo los de salud, pueden presentar menores niveles de calidad y efectividad. Por ejemplo, se da una fuerte concentración de médicos, de equipos y de servicios en áreas urbanas. En los barrios periféricos de Caracas y Maracaibo las poblaciones afrovenezolanas carecen de servicios. A su vez, los trabajadores de la salud no quieren trabajar en esos barrios a causa de la violencia e inseguridad (Cowater, op.cit.).

También concomitantemente a los mecanismos de ubicación y costos existen otros mecanismos exclusorios relacionados con la lengua y los valores culturales. La cosmovisión de la salud y la etiología de la enfermedad forman parte de las creencias y ellas varían para cada grupo étnico. Para algunos de esos grupos las enfermedades pueden ser causadas por seres humanos con fuertes poderes, por fuerzas sobrenaturales, por accidentes, excesos, o deficiencias. Estas creencias pueden crear reticencia para acudir a los servicios basados en la medicina científica. En estos casos los sistemas tradicionales de medicina juegan un rol muy importante en la prevención y curación de la salud 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, a través de la utilización de plantas medicinales, purgas y masajes, entre otros. Por ejemplo, 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 para cada diez mil personas mientras que la relación médico-población es de 15/10.000 (Clerismé; 1985).

Calidad de los servicios

Este es otro de los elementos a tener en cuenta para explicar las diferencias en los indicadores de salud entre grupos mayoritarios y grupos minoritarios. La calidad de la atención debe ser analizada en dos dimensiones. La primera referida a la relación médico-paciente en el seno de la cual se pueden albergar los sesgos ideológicos del personal y los servicios que pueden entrañar diferencias en la calidad de la atención dentro de las mismas instituciones prestadoras de servicios. La otra dimensión de calidad de los servicios se vincula con la capacitación y tamaño del equipo profesional y la disponibilidad y el uso de tecnología, así como al modelo de salud utilizado por el equipo de profesionales de salud: el uso o no de prácticas orientadas a la prevención y a la promoción de la salud son relevantes para producir diferencias en los indicadores de salud.

• **Oportunidad del acceso**

Este es otro elemento relevante a considerar. Puede ser que las personas accedan a los servicios pero que lo hagan en un estadio más tardío del proceso salud-enfermedad, lo que hace en algunos casos imposible el éxito de la intervención médica y puede justificar los indicadores diferenciales. Las razones por las cuales los individuos o los grupos asisten tardíamente a las consultas tienen en parte que ver con temas ya mencionados: costos, ubicación y lengua, pero también con la visión del proceso salud-enfermedad y el conocimiento y la información a disposición de esos grupos sobre el papel de la prevención y de la promoción de la salud. Desde una perspectiva de medicina curativa y reparadora, la búsqueda de las intervenciones del sector salud se concretarán más tardíamente que desde una perspectiva integral.

• **Segregación y discriminación realizadas por los propios servicios**

Por último, se debe tratar de explorar el peso de segregación y discriminación realizada por los propios servicios con pacientes que pertenecen a las minorías. Esta es una causa menos explorada en los estudios disponibles, pero es factible que el sistema de salud reproduzca también estereotipos que existen en la sociedad en general, y que por esta vía fortalezca la discriminación, o genere un incremento de la misma.

2. Los factores condicionantes de naturaleza socioeconómicos

Ellos están relacionados con las *condiciones de vida*, (ellas son el fruto del desarrollo histórico, cultural y macro-socioeconómico), que introducen sesgos en las oportunidades de los individuos provenientes de los grupos minoritarios (Thomas, 1992; Navarro, 1990). Esas oportunidades restringidas se producen debido a:

• El nivel de ingresos y el tipo de ocupación

Desde la década de los setenta, con la publicación en Inglaterra del Black Report, se introdujo el debate sobre el hecho de que los estratos ocupacionales más bajos presentaban condiciones de salud más precarias y tenían un riesgo de 2.5 mayor de morir antes de la jubilación, comparado con aquellos individuos ubicados en los estratos ocupacionales más altos (gerentes y profesionales). Hay categorías ocupacionales más expuestas que otras al riesgo, con menor cobertura de higiene del trabajo o de seguridad social y con niveles de ingresos que restringen las posibilidades de asumir costos de bolsillo o financiamientos privados. Sobre base de estadísticas de Estados Unidos los análisis muestran que el grupo de gerentes y profesionales tienen menores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (37 por 10 mil) que la de los obreros industriales o de servicios (86 por 10 mil). El mismo tipo de resultado se obtiene cuando se analiza por ingresos. Con datos de 1986 se calculó que la mortalidad de los que ganan menos de 10.000 dólares anuales es 4 a 6 veces mayor que los que ganan más de 35.000. (Navarro, op. cit.). Ya que las minorías tienen una inserción en las categorías de menores ingresos y de menor especialización del mercado de trabajo, ello redundará en que también muestren indicadores de salud por debajo de la media.

• El lugar de residencia

La segregación relega a segmentos de población a barrios de menos recursos y con un ambiente humano y físico deteriorado. En Estados Unidos aún persisten altos niveles de segregación residencial en la población de origen africano (más en los estados del norte que en los del sur) y escasos índices de cambio de afros a barrios blancos a fin de alcanzar la integración en la sociedad (Williams, 2000; Williams y House, 2000). Esto refleja una concentración de la pobreza en ciertas áreas residenciales. Sin embargo los blancos pobres no viven en áreas de concentración de pobreza.

En América Latina, la segregación espacial en muchos casos se superpone a la dicotomía urbano/rural ubicándose las poblaciones indígenas y de descendencia africana en zonas rurales donde también existe acceso restringido a los servicios, como por ejemplo, las comunidades negras de Colombia en la Costa del Pacífico, o la Región Autónoma Atlántica del Sur (RAAS) en Nicaragua donde predominan comunidades garífunas y criollas (Cowater, op.cit). Generalmente, los grupos indígenas y afroamericanos se ubican marcadamente en la periferia urbana. Por ejemplo, las zonas periféricas de Guayaquil (Ecuador) donde vive el 95% de la población afro-ecuatoriana de la ciudad. Asimismo, Telles (citado por Coimbra op. cit.) comenta que en Brasil, "Los barrios de clase media sean típicamente blancos y las favelas típicamente negras, en las favelas de las grandes ciudades

de la región del Amazonas, el elemento negro es en gran medida sustituido por el indio o caboclo”.

Los estudios de estas comunidades reportan deficiencias en el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y electricidad. También en transporte y otros medios de comunicación, así como en el acceso a los servicios de salud.

- **Estilos de vida**

Se reagrupan en este ítem aspectos vinculados a la composición de la dieta, a consumos de sustancias nocivas (tabaco, alcohol y drogas) a conductas sociales (violencia y accidentes) y a barreras para el acceso a servicios (Thomas, op.cit). Se constata a través de investigaciones de campo y de análisis estadísticos en Estados Unidos la prevalencia de enfermedades vinculadas con patrones de conducta como el caso del alcoholismo en los jóvenes de origen nativo y a los problemas de identidad entre jóvenes de mismo origen que viven en las reservas. En determinados países se constata restricciones a la consulta médica por las jóvenes mujeres de origen indígena o la baja institucionalización del parto, debido a causas culturales.

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

La ubicación de la vivienda está íntimamente vinculada al acceso a las escuelas públicas. Pero también hay una vinculación entre la concentración de la pobreza y la composición racial de las escuelas. (Williams, 2000). En Estados Unidos por ejemplo, las 2/3 partes de los estudiantes afro y las 3/4 de los hispanos concurren a escuelas donde más de la mitad de los estudiantes son afro o latinos.

En el Caribe, los grupos más pobres no acceden a la universidad. En Jamaica, solo el 1,6%, y en Guyana, el 1%. Sin embargo, el gasto per cápita en educación terciaria es entre 15 y 25 veces más alto que en la secundaria y 50 veces que los de educación primaria (Baker, 1997:137, citado por Trouillot, op.cit). En la Costa del Pacífico colombiana, donde están localizadas las etnias afro, el analfabetismo urbano y rural duplica al promedio nacional (Cowater, op. cit.).

La situación de educación impacta no sólo por las restricciones que ella supone a la incorporación en el mercado de trabajo de forma equitativa y en la perpetuación de la situación de pobreza sino también por sus consecuencias en 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 (parto institucionalizado y chequeos médicos, entre otros).

El otro aspecto relacionado con la educación es la formación de recursos humanos en el campo biomédico. Los egresados de la facultad de medicina tienden a ser del grupo mayoritario. Por ejemplo, sólo el 2% de los cardiólogos en Estados

Unidos son afroamericanos¹⁴ y los clínicos subieron de 2,5 en 1968 a 2,9% en la década de los noventa.

Estudios de Casos

Se ha mencionado anteriormente que la perspectiva de etnia es relativamente novedosa en la región y la información restringida lo explica que aún existan pocos estudios referidos al tema en América Latina y el Caribe, menos aún si el foco de atención es la relación entre disparidades de salud y etnia. Es por ello que se incluyen a continuación dos estudios de caso: uno referido a los afroamericanos (Brasil) y el segundo a los pueblos indígenas en (Guatemala).

Brasil

Se ha seleccionado al Brasil para uno de los estudios de caso dado que ofrece estadísticas oficiales que incluyen la variable de etnia bajo el enfoque de interrogar al entrevistado sobre su grupo de pertenencia (raza), aunque es limitado en las preguntas de salud.¹⁵

La encuesta realizada por la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1996¹⁶ otorga los siguientes nombres a las categorías de la variable de etnia: indígenas, negros, pardos, blancos y amarillos y a los efectos de facilitar el análisis de los datos se mantendrá el nombre de estas categorías sin modificación.

Según esta fuente, la población total de Brasil llegó, hacia fines del siglo pasado, a superar los 160 millones de habitantes. Los indígenas constituyen el grupo de menor representatividad dentro de la población total con 0,14%. Actualmente hay unos 230 grupos étnicos que hablan más de 90 lenguas y 300 dialectos y están asentados en alrededor de 400 pueblos (Alderete, 1999)¹⁷, concentrados mayoritariamente en los estados del norte y centro-oeste (Amazonas, Mato Grosso y Goiás) (Ver cuadro 3.).

¹⁴ Este dato fue proporcionado por la Asociación de Cardiólogos Negros (ABC) Washington, DC.

¹⁵ El formulario de la Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 96, está organizado en 12 partes, la mayoría de las cuales está orientada a definir la ocupación, en la que incluye la pregunta sobre si cotiza a la Seguridad Social. Además incluye status, migración, nivel de educación, características de la vivienda y movilidad social. Las específicas de salud son la de fecundidad.

¹⁶ Lamentablemente no disponemos aún de la información recogida en 1998 que incluye un capítulo extenso sobre Salud. El análisis de esa información se incorporará oportunamente.

¹⁷ Los principales grupos son los Yanomami, Macuxi, Guajajara, Kirkati, Guaja, Kaiapo, Xucuru, Aikewar y Ava-Guaraní.

Cuadro 3. Porcentaje de población de Brasil, por raza y estado (1996)*

Estados**	Blanca	Negra/ Parda	Amarilla	Indígena	s/i	Total
Acre	33,00	71,50	---	---	---	100
Alagoas	46,50	52,50	0,30	0,60	---	100
Amapá	33,80	86,20	---	---	---	100
Amazonas	26,00	73,60	0,10	0,30	---	100
Bahía	27,80	71,40	0,20	0,50	0,00	100
Ceará	30,10	69,70	0,00	0,10	0,00	100
Distrito Federal	48,20	51,30	0,40	0,10	---	100
Espírito Santo	48,60	51,00	0,00	0,30	0,10	100
Goiás	45,40	53,90	0,40	0,10	0,00	100
Maranhão	19,40	80,40	0,10	0,10	0,10	100
Mato G. do Sul	88,80	35,50	0,90	2,20	0,00	100
Mato Grosso	43,00	56,10	0,90	0,00	---	100
Minas Gerais	53,90	46,00	0,10	0,00	0,00	100
Pará	24,70	74,60	0,60	0,10	0,00	100
Paraíba	44,20	55,70	0,00	---	---	100
Paraná	79,10	19,90	0,90	0,20	0,00	100
Pernambuco	34,80	65,10	0,00	0,10	0,00	100
Piauí	19,70	80,30	---	0,00	---	100
R. G. do Norte	41,80	58,10	0,10	---	---	100
Río de Janeiro	58,50	41,20	0,20	0,20	0,00	100
R. G. do Sul	88,80	11,00	0,00	0,10	0,00	100
Rondonia	42,60	57,10	0,30	---	---	100
Roraima	24,30	75,10	---	0,60	---	100
Santa Catarina	92,10	7,80	0,00	0,00	0,00	100
São Paulo	75,20	23,70	1,10	0,00	0,00	100
Sergipe	17,60	82,10	0,10	0,20	---	100
Tocantins	26,80	71,70	1,60	0,40	---	100

Fuente: IBGE-PNAD, 1996.

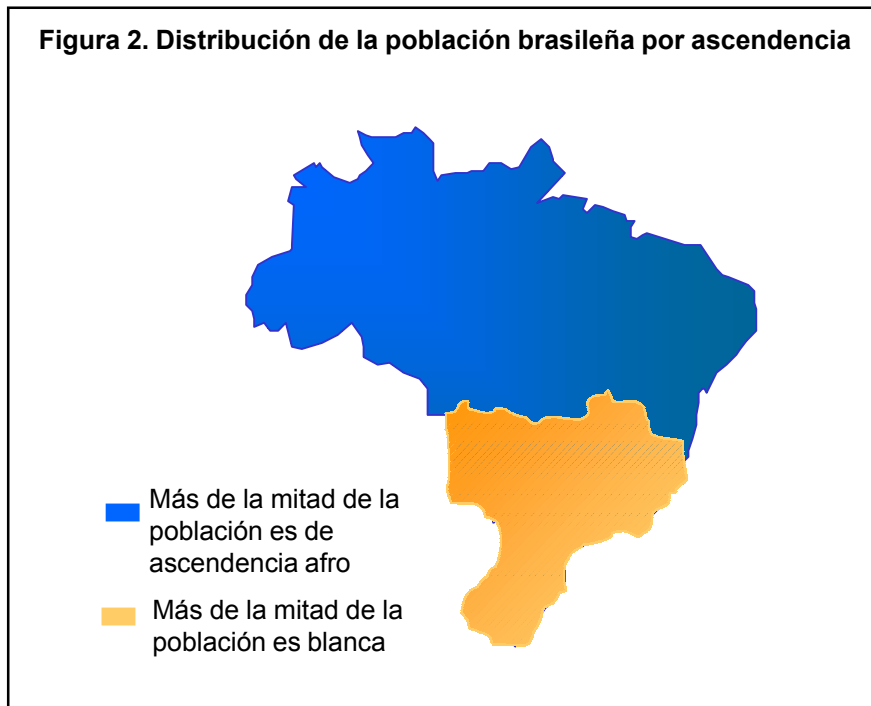
(*) No incluye a las personas que no declararon su color.

(**) No incluye a la población de las áreas rurales de Rondonia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará y Amapá.

Los otros grupos minoritarios son la población asiática, constituida en su mayoría por los descendientes del flujo migratorio japonés arribado a principios del siglo XX¹⁸, que representa 0,4% del total de la población.

El grupo de los blancos (55,2%) se compone de segmentos de diversos orígenes descendientes de corrientes europeas (portugueses, alemanes, italianos y polacos, entre otros) y del contingente de libaneses, turcos y sirios. La población blanca se concentra en el sur y sudeste, es decir en las regiones más desarrolladas de Brasil¹⁹.

El grupo de afrobrasileños conformados por los negros, que alcanzan 6% y que residen en su mayoría en las áreas urbanas del sudeste y nordeste (Río de Janeiro, San Pablo, Bahía y Minas Gerais) y los pardos que se sitúan en 38,2% de la población total y más de la mitad ocupa las áreas rurales y pobres del norte y nordeste del país²⁰ (Heringer, 2000).



¹⁸ Constituye la segunda en tamaño después de Hawái. Residen mayoritariamente en São Paulo.

¹⁹ Especialmente en São Paulo. Con valores menores en Minas Gerais, Río Grande do Sul, Paraná y Río de Janeiro. Más de la mitad de la población de estos estados es blanca.

²⁰ Más de la mitad de la población de los estados del norte y nordeste son pardos como, por ejemplo, Bahía, Maranhão, Pernambuco, Sergipe, Ceará, Piauí, y otros.

La ausencia de normas legales discriminatorias y una larga tradición de tolerancia hizo que este país fuera rotulado como una “democracia racial” (amalgama de grupos étnicos y raciales)²¹. Si bien 20% de las parejas casadas son matrimonios interraciales y en 58% de las familias brasileñas hay por lo menos un miembro de la pareja autclasificado como no blanco, es claro que esta relación se da con mayor frecuencia entre los grupos más pobres de la escala social. Las dificultades para la movilidad social de los no-blancos (negros y pardos) se explican por factores históricos con raíces socioeconómicas sobre los que se asientan los prejuicios y discriminaciones raciales. Inclusive se ha descubierto que la población mulata (símbolo de la nacionalidad y de la ausencia de prejuicios según el discurso oficial) es un poco más discriminada que la población negra y sufre mayores desventajas a lo largo del ciclo de vida (Silva, 2000)²².

La primera constatación que arroja el análisis de los datos de la PNAD 96, es que existe una distribución desigual de la pobreza entre los diferentes grupos raciales. Si analizamos *la distribución del ingreso*, se observa que el 63% de la población indígena se ubica en los dos primeros quintiles. La sobre-representación en los quintiles de más bajos ingresos es extensiva a los ciudadanos negros (45%) y pardos (55%). En estos niveles de ingresos sólo se ubican 30% de los de raza blanca, o 16% de los de origen asiático. Esta disparidad también se constata en el grupo de ingreso alto (quintil 5) en donde 76% son blancos, 20% son pardos y 3% son negros.

Otra manera de percibir la distribución desigual de la pobreza en razón del grupo étnico es analizar cómo se distribuye por grupo étnico el 20% de la población de menores ingresos (quintil 1). Se observa que para ese tramo de ingresos los blancos están sub-representados (13%) mientras que los otros grupos están sobre-representados: el 29% de los pardos y el casi 23% de los negros están en ese quintil.

Se anota que el ingreso medio de los hogares varía de 1 a 13, siendo el ingreso medio de los quintiles 1 y 2 de aproximadamente 216 reales y los del quintil 5 de 2925 reales. Pero si observamos los ingresos per cápita de los quintiles 1, 2 y 5 para los negros, las diferencias son mayores (1 a 20)²³.

²¹ Este concepto fue desarrollado por el sociólogo brasileño Gilberto Freyre.

²² Este autor sostiene que según PNAD 88, las familias cuya renta per cápita no supera 1/4 del salario mínimo corresponde al 14.7% de los blancos, 30.2% de los negros y 36% de los pardos. Los pardos viven en áreas menos desarrolladas y rurales. No obstante sostiene que pardos y negros de las metrópolis presentan fuertes diferencias con los blancos.

²³ Es importante comentar que a los nueve años de edad, el 12% de los niños negros y pardos entraron en el mercado de trabajo mientras que entre los blancos la cifra descende al 6% (Silva, op.cit.)

Otro elemento significativo referente a la distribución de la pobreza por grupo étnico se hace patente cuando se lo analiza por edad. Cincuenta y dos por ciento de los niños negros están en los quintiles 1 y 2 contra 36 de los niños blancos. Sesenta y seis por ciento de los niños nacidos en los hogares más pobres del país (decil 1) son pardos.

Los niveles de educación analizados según grupos étnicos también reflejan disparidades. El acceso y el nivel alcanzado presentan una íntima vinculación con las oportunidades en el mercado de trabajo, con el salario y la movilidad social. Aproximadamente 26% de la población de Brasil es analfabeta, cifra que alcanza casi 45% de los indígenas, 33% de los pardos y 29,24% de los negros. Los porcentajes son menores a la media en los blancos (20%). Se destaca el grupo de raza amarilla con apenas 10% de analfabetos.

Si analizamos la información de los niños entre 6 a 15 años observamos que 9,75%, no asiste a la escuela, pero también aquí una mirada sobre el comportamiento de los grupos según etnia arroja información interesante dado que el ausentismo entre los niños negros casi duplica al de los blancos. Observamos que 13,24% de los niños negros no asiste a la escuela, 12,21% de los pardos y 7,18% de los niños blancos.

Otro aspecto marcado es la distribución del grupo de mayores de 24 años por nivel educativo alcanzado. El 68,28% de los jóvenes de más de 24 años que completaron el ciclo medio de enseñanza son blancos y solo 5,34% son negros y 25,36% son pardos. La diferencia aumenta a nivel de educación superior donde sólo 8% de los jóvenes de más de 24 tiene un diploma. El 83,54% de estos jóvenes con educación superior son blancos, casi 13% pardos y 1,83 % son negros.²⁴

Es interesante recordar que la *distribución geográfica* de la población también refleja diferencias desde la perspectiva de etnia. Para el caso que estamos analizando se ve claramente esa distribución cuando se constata que 51% de los indígenas tiene su residencia en zonas rurales en donde solo radican 14% de los blancos. En las ciudades y otras áreas urbanas menores, los segmentos de población blanca (57%) y parda (36,69%) están fuertemente representadas, constituyendo más de 90% de los habitantes. Pero mientras los centros urbanos del sur y sudeste son mayoritariamente de blancos, en los del norte y nordeste los pardos son mayoría. Los negros tienen una fuerte presencia urbana, especialmente en las ciudades de Río de Janeiro y Salvador.

Como es conocido, las diferencias en el lugar de residencia también se acompañan de diferencias en el acceso a algunos servicios. La *dotación de*

²⁴ Se ha demostrado que a igual nivel de ingresos familiares, el grupo afrobrasileño presenta menor escolaridad y más alto porcentaje de retraso escolar que los blancos (Valle Silva, op.cit.).

equipamiento de los hogares es uno de los indicadores que presenta una relación directa con la calidad de vida²⁵ y un impacto directo e indirecto en las condiciones de la salud. Por ejemplo, a la red de agua potable accede solamente 33% de los indígenas versus 80% de los blancos y 64,7% de la población afro (negra y parda), mientras que a nivel del total de la población, 70% accede a este servicio. Mirado desde el punto de vista de los que tienen acceso al agua canalizada, el grupo blanco alcanza 73,6% mientras que los grupos negros y pardos no llegan a 50%. Estos datos se pueden complementar con los de la PNAD 87 a) Porcentaje de población que vive en casas sin electricidad: Blancos (10,2%), Negros (21,7%) y Pardos (28%); b) Porcentaje de población que vive en lugares sin recolección de basura: Blancos (18,3%), Negros (34,1%) y Pardos (39,5%); c) Porcentaje de población que vive en casas rústicas: Blancos (3,4%), Negros (13,9%) y Pardos (13,3%) (Heringer, op.cit.).

Por otra parte, cuando analizamos la relación entre etnia y *calidad de vida*²⁶ se observa que los niveles más altos tienen una sobre-representación de la raza blanca, Mientras 58,17% de los blancos tiene un nivel alto de confort en los valores 4 y 5 del índice de calidad de vida, los 69,97% pardos no supera el nivel 3 del mismo índice.

El otro rubro donde se constatan diferencias entre los grupos étnicos es en las condiciones de empleo. Treinta y cuatro por ciento de los negros comenzó a trabajar antes de los 14 años, mientras que 30% de los blancos se incorporan al mercado de trabajo a temprana edad. Por otra parte, *la informalidad* también presenta una distribución desigual cuando la analizamos por grupo étnico: Las cifras son: negros 13%, pardos 11,84% y blancos 8,55%. Ello tiene consecuencias sobre el acceso a los servicios de seguridad social. Sesenta y cuatro por ciento de los brasileños entre 10 y 65 años que cotiza al Instituto de la Previsión son blancos y los afrobrasileños (negros y pardos) son 34,76%.

Otro dato que surge del análisis de la información sobre ocupación es que los profesionales de la salud (médicos, dentistas y otros especialistas) se distribuyen de la siguiente forma: blancos 82,93%, 12,42% pardos y 1,01% negros. En las categorías de auxiliares médicos la participación de los grupos minoritarios aumenta: blancos 59,09%, pardos 32,79% y negros 7,6%.

Los indicadores de mortalidad infantil son también muy elocuentes: 16% de las mujeres mayores de 15 años ha perdido por lo menos un hijo nacido vivo. Cuando se lo analiza por etnia se distribuye en: 33% de las mujeres indígenas mayores de

²⁵ Se ha elaborado un índice de calidad de vida ponderado.

²⁶ Para el índice de calidad de vida se han considerado una escala de 1 a 5 en donde se combinan y ponderan los siguientes elementos: electricidad, agua, tipo de saneamiento, calidad de la construcción de la vivienda, número de habitaciones y equipamiento de la vivienda.

15 años perdió por lo menos un hijo, 19% de las negras y, 13% de las madres blancas. La información por estado es elocuente y se puede analizar en el cuadro 4.

Cuadro 4. Tasas brutas de natalidad (TBN), de mortalidad (TBM), de mortalidad infantil (TMI) y esperanza de vida al nacer (EVN) de Brasil, por estados (1997)

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

Fuente: IBGE/ Estimados y proyecciones demográficas.

Nota: TBN y TBM por 1000 habitantes. TMI por 1000 nacidos vivos. EVN en número de años.

Esta relación se acentúa cuando nos encontramos en los niveles de ingreso menores, (quintil 1), en donde encontramos una media de 26% de mujeres mayores de 15 años que han perdido por lo menos un hijo. Para este grupo de escasos

recursos económicos la mortalidad infantil aumenta, siendo 42% de mujeres indígenas que han tenido por lo menos un hijo fallecido, 29% de afro (negras y pardas) y 23% en las madres blancas pobres.

Otra aproximación, a través del análisis de datos por estado, confirma la tendencia a la mortalidad infantil diferencial: en Bahía, con un alto porcentaje de población afrodescendiente la tasa de mortalidad infantil se eleva a 51,00 mientras que para los estados del sur, con población de origen europeo predominantemente, se reduce a la mitad o más: São Paulo 24,63, o Rio Grande do Sul 24,63.

En relación a las muertes violentas, éstas afectan 23,4% de la población negra (segunda causa de muerte) y es cuarta causa entre la población blanca, representando menos de la mitad (11,4%) (Barbosa, 1998).

En el análisis, se constata que los valores de todas las variables que conforman el concepto de desarrollo humano sostenible son más bajos para los grupos étnicos, lo que pone de manifiesto la desigualdad en las oportunidades en todos los campos a pesar del mestizaje y del discurso de la igualdad racial²⁷. Llama la atención que para muchos indicadores los valores alcanzados por los negros son mejores que el de los pardos. Existen coincidencias en todos los estudios en poner de manifiesto este fenómeno. Algunos expertos para el análisis de estas constataciones han sugerido que ello se puede deber a que en el Brasil actual, asumir una identidad negra implica probablemente un desarrollo intelectual y una inserción más firme en la sociedad que le permita al individuo plantearse su propia etnicidad. Otra hipótesis es que los negros están insertos en zonas marginales pero de centros urbanos que, por lo tanto, facilita el acceso a algunos servicios.

Guatemala

Guatemala es uno de los países de América Latina con mayor proporción de población indígena²⁸. Cuenta con información estadística del último censo (1994) y datos de salud indígena registrados en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999.

Conforme al último censo del INE, la población fue diferenciada en dos categorías: a) indígenas y b) ladinos (no indígenas). Esta simplificación constituye una seria restricción ya que asocia el concepto de "grupo étnico" con la categoría colonial de "indio", dificultando la observación de la intensa multiétnicidad al interior del

²⁷ El desarrollo humano "tiene cinco componentes inexorablemente unidos: salud, educación, crecimiento económico, un ambiente sano y toda una gama de libertades para las personas, entre las cuales, la democracia y los derechos humanos" (Alleyne, 1996).

²⁸ Los países latinoamericanos que tienen más de 40% de población indígena son Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador (Alderete, op.cit.).

mismo. Los tres grupos étnicos mayores son el xinca, el garifuna y el maya, fragmentados a su vez en numerosísimos dialectos. La ausencia de esta discriminación en la fuente estadística impide ahondar el análisis de las desigualdades interétnicas en la distribución de la pobreza y condiciones de salud. Dejando a un lado esta limitación, la fuente estadística permite al menos identificar y medir las disparidades entre esas dos grandes macro-categorías, lo cual de por sí constituye una perspectiva novedosa.

Guatemala cuenta con 3.535.722 indígenas (42,3% de la población total) distribuidos mayoritariamente en las áreas rurales de las regiones norte, noroeste y sudoeste del país. A su vez, el departamento de Guatemala donde se incluye la región metropolitana, presenta la mayor concentración de población indígena urbana aunque ésta no supera 3% del total de los indígenas. Algunos estudios han detectado las mayores tasas de pobreza y de extrema pobreza entre los habitantes de la región norte y noroccidental, precisamente los que exhiben los índices más altos de población indígena (Valladares y Barillas 1998).

Figura 3. Distribución de la población en Guatemala por ascendencia



Tanto el censo de 1994 como la encuesta de Salud de 1998/1999, muestran estadísticamente una distribución desigual de la pobreza entre las categorías indígena y ladina. Esta identificación y medición se demostrará a través de ciertos indicadores

como son condiciones laborales, calidad de vida, situación educativa, condiciones de la vivienda, salud y acceso a estos servicios.

En términos generales, la población económicamente activa guatemalteca (ladinos e indígenas) está orientada mayoritariamente al sector agrícola (52,5%), lo que indica la escasa calificación de la mano de obra. Sin embargo, la población indígena activa se dedica masivamente a la agricultura, caza y pesca (71,3%) y aporta al sector agrícola 53,6% de la mano de obra. En cambio la población blanca apunta mayoritariamente a dos sectores: un 40% al sector agrícola y un 15,6% a la industria manufacturera, textil y alimenticia. Asimismo, es interesante aclarar que existe una marcada división sexual del trabajo indígena pues, mientras los hombres se ocupan mayoritariamente en el sector agrícola (76%), las mujeres diversifican entre la agricultura (37,8%), los servicios (30,7%) y el comercio (18,5%).

Es importante destacar que 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*. En cambio, solamente 30% de la población indígena se halla empleada, con muy escasa participación en el sector público. Las 2/3 partes son cuentapropistas (especialmente los varones de áreas rurales) o familiares no remunerados y, por ende, más desprotegidos en el acceso a los sistemas de salud. Esto último podría indicar la ausencia de políticas de absorción y/o discriminación del sector estatal. Es interesante remarcar que la categoría de "familiares no remunerados" es más importante para los indígenas que para el sector ladino y está particularmente concentrada en el ámbito rural. Estos resultados podrían estar vinculados con valores culturales como la reciprocidad, ayuda mutua y solidaridad que, sin duda constituyen una estrategia de supervivencia, frecuente en las culturas indígenas y que facilita la reproducción comunitaria.

Visto de otra manera, observamos que la mitad de la población activa de Guatemala tiene relación de dependencia, aunque 70% es ladina y solo 27% es indígena. Aunque muy pocas personas de la población activa cumplen el rol de patrones (1,2%), en su mayoría éstos son blancos. En cambio, en el sector informal, están representados equilibradamente ambos grupos.

Asimismo, si se analiza *status*, se observa que el rol de jefes de familia en Guatemala lo desempeña notoriamente el hombre, tanto ladino como indígena. Las pocas mujeres que tienen esta función (6,6%) son mayoritariamente ladinas (65%). Se percibe claramente que lo cultural puede ser un elemento favorable a la reducción de la pobreza en algunos casos como queda claro en Guatemala donde la estructura familiar indígena es más sólida que en otros grupos y esto hace no solamente que haya menos mujeres jefas de hogar sino también que los niños huérfanos sean asumidos por otros miembros de la familia y que algunas patologías sociales como el suicidio tengan menor prevalencia.

Las disparidades en el acceso a la educación permiten identificar la ausencia de escolaridad con el nivel de pobreza y discriminación. Se observa que 37,5% de la población de Guatemala mayor de 15 años es analfabeta (36% de ladinos y 61% de indios) Sin embargo, hay otra relación importante pues mientras 55,6% de la población indígena no llega a alfabetizarse, solamente 22,4% de los ladinos no lo logra²⁹. Esto tiene un gran impacto en las condiciones de salud indígena, particularmente en los cuidados prenatales y en las condiciones del parto.

Ahora bien, si analizamos el ausentismo escolar observamos que en el grupo de niños indígenas de 7 a 9 años 48,7% de los niños no asiste a la escuela, mientras que entre los ladinos no asiste 28,3%. Esta diferencia amplía notablemente entre los grupos de edad de 10 y 12 años ya que, entre los indígenas alcanza 31,7%, mientras que entre los ladinos, no asisten a la escuela 12,7%. En cuanto al nivel educativo de adultos jóvenes observamos que 54% de los indígenas de 24 a 34 años nunca asistió a la escuela, mientras que entre los ladinos sólo 18,9% es analfabeto. Para el mismo grupo etario, 15,5% completó el ciclo medio entre los ladinos, mientras que solamente 2,7% de indígenas completó este ciclo de enseñanza.

Respecto a los niveles de vivienda y calidad de vida alcanzados en Guatemala, observamos que tres de cada cuatro indígenas (78,7%) están en la categoría más baja (nivel 1) de bienes de consumo (radio, TV, auto, heladera, y otros), mientras que en ese nivel se encuentra solamente 43% de la población ladina. Respecto a la calidad de vida, mientras la mitad de los ladinos alcanzan el nivel 3, la mitad de los indígenas se encuentran en el nivel 2. Casi las 2/3 partes de la población ladina (62,78%) se halla en el nivel más alto de infraestructura de vivienda (agua entubada, saneamiento básico y electricidad y calidad de techo), mientras que menos de 1/4 de la población indígena puede acceder a estas condiciones.

Finalmente, en relación a la salud, también se infiere la correlación indígena/necesidades básicas insatisfechas. Las enfermedades más relevantes entre la población indígena son las que responden a situaciones carenciales: enfermedades infecciosas (respiratorias, diarreas e infecciones perinatales). La encuesta nacional maternoinfantil 1998 presenta resultados sobre desnutrición crónica y aguda en los indígenas menores de 5 años. Presenta una desnutrición crónica (talla por edad) de 67,8% en indígenas, mientras que en el grupo ladino es de 36,7%. La desnutrición aguda (peso por edad) es de 34,6% en indígenas y 20,9% en ladinos. Por otra parte, 53,4% de mujeres indígenas en edad fértil no tiene escolaridad, contra 16% entre las mujeres ladinas (Valladares y Barilla, 1998). El porcentaje de bajo peso al nacer es de 9,94 en niños indígenas y 8,94 en niños ladinos.

²⁹ La tasa de analfabetismo es más alta entre las mujeres indígenas que entre los hombres indígenas.

Cuadro 5. Porcentaje y esperanza de vida de la población indígena por género y distribución geográfica en Guatemala

Áreas de salud	% población indígena	Esperanza de vida al nacer		
		Femenino	Masculino	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: OPS-2000.

El cuadro arriba presentado permite visualizar la fuerte asociación entre valores de esperanza de vida y distribución de la población originaria según departamentos. Existe un diferencial de casi diez años entre nacer en Ciudad de Guatemala o en Totonicapán.

Los datos analizados en estudios recientes, permiten demostrar que hay una mayor mortalidad entre los niños indígenas. La tasa de mortalidad neonatal, la de 0 a 1 año y la mortalidad en los menores de 5 es más alta en la población indígena

(32/1000; 64/1000 y 94/1000, respectivamente) que entre el otro grupo (27/1000, 53/1000 y 69/1000). Del total de niños muertos menores de 5 años, 67,6% corresponde a indígenas y 32% a no indígenas debido al deficiente acceso a los servicios de salud (Valladares y Barilla, op. cit.).

El riesgo relativo de las mujeres de tener un hijo nacido muerto también se correlaciona con el origen étnico, siendo 50% mayor para las indígenas en relación a las mujeres ladinas.

La mortalidad materna indígena también es elevada, especialmente en Alta Verapaz, que es el departamento de mayor población indígena de Guatemala y donde se registraron 250 muertes para cada 1,000 nacidos vivos, aproximadamente cinco veces mayor a la media nacional en 1998. Esto sin duda coincide, por un lado, con el alto analfabetismo y, por el otro, por la deficiente cobertura de los servicios.

Setenta y cuatro por ciento de las mujeres indígenas tiene entre insuficientes y muy pocas visitas de control prenatal. La causa más importante para las mujeres analfabetas es la distancia a los centros, en tanto que para las que iniciaron o completaron el ciclo primario se debe a falta de confianza, a malos servicios, o porque la familia no se lo permite. Las indígenas que efectúan consultas lo hacen al médico, a centros de salud, o a parteras. En cambio, 67% de las mujeres ladinas tienen un normal control prenatal y en su mayoría con el doctor. Más de 70% de las mujeres guatemaltecas tienen algún tipo de atención al momento del parto pero, mientras a 50% de ladinas las atiende el médico, 14,46% de las indígenas tienen asistencia médica. Ochenta y siete por ciento de los partos de las mujeres indígenas ocurren en la vivienda.

Finalmente, cabe señalar que tanto ladinos como indígenas presentan un nivel muy bajo de discapacidad, 0,65% entre el grupo indígena y 0,76% entre los ladinos. Pero también podemos observar que 40% de los casos de discapacidad indígena se presenta entre los menores de 20 años, mientras que entre los ladinos es de 28% para la misma franja de edad.

Conclusiones

Algunas reflexiones son pertinentes para cerrar este primer esfuerzo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en aproximarse a la búsqueda de la equidad en salud desde una perspectiva de etnia. A continuación se listan algunas ideas para comenzar el debate interno y con las principales contrapartes externas.

1. Las diferencias en la situación de salud de los grupos minoritarios se relacionan a factores estructurales como la pobreza y a factores directamente derivados de

la organización de los servicios, de la calidad de los mismos, y del nivel de información de que dispone la población sobre cómo cuidar su salud. Es prioritario, desde el sector salud, atender el segundo grupo de factores por caer directamente bajo su responsabilidad.

2. Los sesgos en el tratamiento de los pacientes pertenecientes a minorías pueden corregirse, trabajando sistemáticamente al interior de las instituciones porque las causas no están aparentes sino ocultas y se amparan en facetas poco explícitas del orden social establecido.
3. La marginación de hoy tiene una historia y es sobre ella que es necesario reelaborar formas de ver y de verse, para otorgar mayor equilibrio a la relación entre los grupos étnicos.
4. Las brechas en los indicadores de salud de los grupos étnicos serán corregidas si se trabaja de forma focalizada y con sensibilidad a respetar las creencias, los saberes y el lenguaje de los beneficiarios. Sólo a través de una focalización participativa se podrá otorgar progresivamente ciudadanía a los más desposeídos.
5. Si bien el enfoque de etnia abarca los pueblos indígenas y los descendientes afro y 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 afro en Iberoamérica han sido menos trabajados que los problemas relacionados a la postergación de los grupos indígenas de esa Región y se tiene por ende, menos información aún sobre la misma.
6. Lo novedoso del enfoque de etnia es que permite definir mejor el problema pero también la solución. Ella estará en desarrollar los lazos de solidaridad y reciprocidad familiar y comunitaria que permitirá reconstruir las identidades fracturadas y las potencialidades de los grupos mismos para superar la vulnerabilidad. Sin la participación social no podrá fortalecerse la etnicidad de los grupos postergados.
7. Se trata de todo un desafío trabajar en el ámbito de la salud con estos nuevos conceptos. Las políticas actuales no siempre son sensibles a las variables etnia/raza y esto exige focalización para evitar una distribución regresiva de los recursos de salud.

Finalmente se abre la pregunta de cómo avanzar en este proceso. Se listan a continuación algunas tareas inmediatas:

1. Mejorar la información disponible a través de nuevos estudios de casos.
2. Colaborar con las instituciones nacionales en mejorar los instrumentos de recolección de información para hacerlos más sensibles a las variables de etnia y raza.

3. Profundizar en el conocimiento de los desarrollos de la interculturalidad relacionados a salud en el Caribe y Canadá.
4. Desarrollar y seleccionar instrumentos para una focalización positiva de las políticas de salud en beneficio de las poblaciones descendientes de pueblos indígenas y afro.
5. Desarrollar capacidades en el ámbito de las comunidades afroamericanas de países seleccionados para participar en el diseño y en la evaluación de programas y políticas de salud.
6. Identificar las mejores prácticas en la Región en donde se haya promovido programas de salud en grupos étnicos con el apoyo intersectorial y con el concurso de la comunidad, para que sirvan de ejemplos positivos a emular.



Glosario conceptual

Asimilación. Se denomina a los procesos de interacción grupal que tienden a reducir las fronteras grupales y por lo tanto a destruir los valores de la diversidad cultural. Incluyen cuatro subprocesos que no siempre son sucesivos: 1) el mestizaje³⁰, 2) la identificación psicológica con la sociedad mayor, 3) la aculturación y, por último, 4) la integración estructural (Yinger, 1981).

Los asimilacionistas asumen que los rasgos diferenciales propios de las situaciones de pluralidad sociocultural y económica desaparecen idílicamente en el contexto de las sociedades urbanas y modernas. En este sentido, el grupo subordinado (minoría étnica) quedaría subsumido dentro del grupo dominante, asimilando, progresivamente y en una sola dirección, sus pautas de comportamiento gracias a que no visualizan ni son conscientes de los rasgos culturales que los diferencian, aceptando el sistema clasificatorio impuesto por las élites.

Sin embargo, las respuestas asimilacionistas no son procesos lineales, ni siempre ocurren exitosamente ya que el choque cultural suele provocar culturas sincréticas, procesos de etnogénesis y casos de exclusión.

Discriminación. El orden social representa una determinada correlación de fuerza entre las partes que participan en la sociedad con intereses divergentes o en pugna, relacionados 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*.

³⁰ 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 culmina con la victoria de la lengua española, el cristianismo y la occidentalización (Klor de Alva, 1995). La población involucrada en estos procesos (mestizos, criollos, mulatos, y otros) presenta identidades sociales y étnicas ambiguas cuyas fronteras internas se crean y descomponen constantemente. En la América Inglesa, se advierte en la actualidad un nivel de mestizaje menor, si consideramos la relación entre los grupos blanco y afro. En Estados Unidos, se constatan cambios a este patrón de comportamiento, por ejemplo, los matrimonios entre afros y blancos aumentaron del 2 al 6 % entre 1970 y 1990. Otros grupos como los asiáticos e hispanos de Estados Unidos presentan mayor porcentaje de matrimonios con personas de otros grupos. El modelo segregacionista se vio reforzado por valores culturales de los primeros inmigrantes que fueron colonos que llegaron en unidades familiares. En este contexto, el matrimonio tenía un valor social y religioso más fuerte que en la América Hispana y Lusitana. No sólo las leyes castigaban a la paternidad o a los matrimonios interraciales y prohibían el contacto sexual sino también se discriminaban a los niños ilegítimos, de allí que las tasas de ilegitimidad apenas rozaran el 3% y el mestizaje fuera casi inexistente (Bernard, 1994).

La discriminación opera a través del *estigma*³¹ asimilando determinados rasgos del carácter y/o del comportamiento (agresividad, pasividad, indolencia, y otros) a características fenotípicas como el color de la piel, estatura, tipo de cabello (Coimbra, 1999). La discriminación se pone de manifiesto a través de comportamientos sociales de diferente naturaleza y alcance como el racismo, la *segregación*, y la *asimilación* que pueden tener lugar en el plano público o privado.

Etnicidad. Hace referencia a un proceso de construcción de conciencia colectiva. Por cierto, este concepto encierra una dimensión histórica y se encuentra íntimamente vinculado con los problemas de clasificación de la gente y de las relaciones grupales (cómo se autclasifica un grupo y cómo clasifica a los demás y cómo se jerarquizan en la sociedad). Por lo tanto, la etnicidad no sólo describe un conjunto de relaciones intergrupales dentro de un orden social sino también es una forma de conciencia cambiante en el tiempo.

La etnicidad se construye a partir de compartir uno o más de los siguientes elementos: mitos, ancestros, u orígenes comunes, religión, territorio, memorias de un pasado colectivo, vestimenta, lenguaje; o, inclusive, rasgos físicos como son el color de la piel.

La etnicidad permite construir grupos con identidades propias y diferenciadas, en torno a elementos seleccionados o “*marcas étnicas*” aleatorias: un territorio o tierras de origen aunque no las ocupen físicamente, como ocurre con las diásporas (Hutchinson & Smith, 1996), un dialecto, o rasgo físico. El grupo, a través de la construcción de su etnicidad, va generando solidaridad entre sus miembros. La importancia de los rasgos físicos (color de la piel, tipo de pelo, o forma de los ojos) o de las mutilaciones físicas (tatuajes, circuncisión, escarificación), no está dada por ellos mismos sino por el valor y atención simbólica que se les asigna cuando se construyen las identidades grupales.

Minoría o un grupo minoritario: La definición de minoría se hace en razón del tamaño, poder y etnicidad (Schermerhorn, 1996). Si numéricamente es mayor a la mitad pero subalterna se considera “*masa étnica*”. En los Estados Unidos, las minorías reflejan la intersección del status étnico y racial combinado con las desventajas económicas. Los grupos que históricamente experimentaron discriminaciones y no se asimilaron satisfactoriamente son grupos minoritarios (Nelson & Tienda 1985, citado por William 1999). Se pueden identificar minorías por causas religiosas, lengua o étnicas.

³¹ El *estigma* consiste en la distribución desigual de características de comportamiento (positivas o peyorativas) a ciertos grupos humanos identificados por aspectos físicos.

Multiculturalidad. Es la perspectiva más reciente en este campo, entendida como la coexistencia de grupos culturalmente diversos, en el marco del respeto por la especificidad del "otro". (Jameson y Zizek, 1998). El "otro" puede ser muy diverso y estar referido a los inmigrantes, a los grupos étnicos minoritarios, a las mujeres, a los ancianos, a grupos religiosos, y a minorías sexuales. Pero lo paradójico de la multiculturalidad es que, si bien implica levantar las barreras de la subordinación, por otro lado, requiere de actores dinámicos en el fortalecimiento de su propia etnicidad para equiparar la fuerza de abogacía, de representación y de autonomía con la de los otros grupos que participan.

Racismo. Es una forma de discriminación de grupos y/o individuos, basado en la ideología de la inferioridad, que tienden a diferenciar de manera negativa a los grupos minoritarios o a lesionar sus intereses³². Puede ser institucional o individual. El racismo está relacionado con pre-conceptos, estereotipos y prejuicios sociales sin fundamento racional o científico. Aunque invisible, a veces forma parte de las creencias y de la escala de valores de las sociedades o comunidades.

Raza. Es un concepto fundamentalmente sociológico que no tiene fundamento en aspectos biológicos específicos e inmutables (marcas físicas o genéticas)³³. Desde los inicios de la historia de la humanidad existieron múltiples y sucesivos procesos de mestizaje biológico y cultural que ponen en duda la existencia de fronteras interraciales fijas. Inclusive, se ha comprobado que existe una mayor variación al interior de cada grupo racial que entre dos razas diferentes³⁴. Por lo tanto, si bien el concepto de raza es una abstracción y carece de una existencia "objetiva", resulta muy operativo si se lo entiende como una construcción cultural y política, más allá de que tenga o no, una realidad biológica (Ericksen, 1993; Pincus & Ehrlich, 1994).³⁵

³² El concepto de prejuicio está referido a pensamientos y sentimientos hostiles que justifican actitudes negativas.

³³ La interacción entre los diferentes grupos humanos ha sido objeto de análisis de diferentes corrientes de pensamiento y disciplinas (como la antropológica, la biomédica y la sociológica) que enfatizaron de forma heterogénea aspectos parciales como los rasgos físicos y culturales. Es bastante aceptado en la actualidad que las explicaciones de los conflictos entre los diferentes grupos humanos se ubican más en las esferas culturales (creencias y valores) que en diferencias de orden biológico.

³⁴ Marvin Harris afirma que "Genéticamente hablando 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 es ser miembro de una población que exhibe una específica frecuencia de genes de un cierto tipo. Individuos no exhiben frecuencias de genes, individuos meramente tienen un complemento de genes humano en número amplio y desconocido mayoritariamente compartidos por todos los individuos" (citado en Beyond Racism. The Southern Education Foundation 2000).

³⁵ Solo se justifica la diferenciación entre raza y etnia para facilitar el abordaje metodológico. Desde esta perspectiva, *raza* se utiliza para identificar los rasgos biológicos que diferencian a los grupos humanos

La taxonomía racial que identifica un número acotado de razas diferenciadas jerárquicamente por los rasgos físicos (predominantemente la coloración de la piel), es un producto histórico acuñado por el colonialismo occidental y hoy, evidentemente, constituye una concepción obsoleta del mundo.

El factor genético debe ser descartado como una variable independiente para explicar las diferencias de salud entre los grupos humanos, pero puede tener un rol limitado en la explicación de la distribución desigual de las enfermedades. Este rol residual está muy vinculado a los factores sociales y culturales en que viven dichos individuos. Generalmente las personas pertenecientes a estos grupos están expuestas a trabajos más insalubres, a residir en barrios con menos servicios, a no manejar información para prevenir enfermedades, y a enfrentar restricciones en el acceso.

Segregación es la exclusión de un grupo minoritario en el seno de la sociedad. Puede tomar diferentes formas tales como la separación espacial y laboral (guetización, esclavitud, “apartheid”) y es consecuencia de una lucha de poder desigual por la obtención de recursos. Las minorías permanecen apartadas, conservando su estilo de vida tradicional sin alcanzar una 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, ocurre la *marginalización*, la pérdida de identidad y la alienación.

(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 (Banton, 1996) según un rasgo físico (blanca, negra, amarilla, pardos, etcétera) mientras que la etnicidad es una identificación de grupos humanos (chiriwano, sioux, aymara, u otro) y no caracterización del individuo.

Bibliografía

- Aldrete E. The Health of Indigenous Peoples. *World Health Organization* 1999; (99)1.
- Albrecht G. Fitzpatrick R. y Scrimshaw S. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications; 2000.
- Alleyne G. *La Salud y el Desarrollo Humano*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1996.
- Banco Interamericano de Desarrollo. *Afroamerica XXI Plan de Acción 1998-2021: La Visión de los Pueblos Afroamericanos en el Tercer Milenio*. Cartagena de Indias: BID; 1998.
- Banton M. The Actor's Model of Ethnic Relation. En: Hutchinson et al. *Ethnicity*; 1996:98-104.
- Bartas P. MB. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Maya en Guatemala (paper).
- Barton Smith D. Addressing Racial Inequalities in Health Care: Civil Rights Monitoring and Report Cards. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 1998; 23(1): 75-105.
- Bollini y Siem. No Real Progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science Medicine* 1995 (41)6:819-828.
- British Medical Association Board of Science and Education. *Deprivation and Ill-Health* London, England; May 1987.
- Broman C. The health consequences of racial, discrimination: a study of African Americans. *Ethnicity & Disease* 1996. Vol 6. N 1-2:148-153.
- Butt J. Gorbach P. Ahmad B. *Equally Fair: A Report on Social Services Departments' Development, Implementation and Monitoring of Services for the Black and Minority Ethnic Community*. United Kingdom: Crown; 1994.
- Calman NS. Out of the shadow. *Health Affairs* 2000; 19(1):170-174.
- Caravantes de Dubois L. *Investigación de las Principales Fuentes de Información Científica y/o Técnica sobre Salud del Pueblo Indígena en Guatemala*. Washington, DC: OPS; 1997.
- Centro Latinoamericano de Demografía/Instituto Nacional de Estadística, Guatemala. *Estimaciones de Población por Departamento según Sexo y Edad, 1990-2000 y*

Estimaciones de Población por Municipio según Sexo, 1990-2005. CELADE/Instituto Nacional de Estadística Guatemala; 1997.

Cowater International Inc. *Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1996.

da Silva Barbosa MI. *Racismo e Saúde*. São Paulo Tese de doutorado; 1998.

Deruyttere A. Native People by the Numbers. *América* 1999; 15.

Ericksen T. Ethnicity, Race, Class and Nation. *Ethnicity* 1993. Hutchinson y Smith (eds.).

Ferrer M. *Los Módulos de Salud en las Encuestas de Hogares de América Latina y el Caribe*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000. (Serie de Informes Técnicos No. 72 del Programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS).

Fiola J. Race Relations in Brazil: A Reassessment of the "Racial Democracy Thesis". *Program in Latin American Studies, Occasional Papers* 1990; (24).

Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(19): 2579-2584.

Gepkens A, Gunning-Schepers LJ. Interventions to Reduce Socioeconomic Health Differences: A Review of the International Literature. *European Journal of Public Health* 1996; (6): 218-226.

Guendelman S, Schwalbe J. Medical Care Utilization by Hispanic Children: How Does it Differ from Blacks and White Peers? *Medical Care* 1986; 24(10): 925-940.

Gunning-Schepers LJ, Stronks K, Inequalities in Health: Future Threats to Equity. *Acta Oncológica* 1999; 38(1): 57-61.

Henry J. Kaiser Family Foundation. *Key Facts: Race, Ethnicity, and Medical Care*. Henry J. Kaiser Family Foundation; 1999.

Herman A. Toward a Conceptualization of Race in Epidemiologic Research. *Ethnicity & Disease* 1996; vol 6. N 1-2 :7-20.

Heringer R. *Race Inequalities in Brazil*. Escritorio Nacional Zumbi dos Palmares; 2000.

House JS, Williams D. Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health. *Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health* Atlanta; 2000. (Paper).

Hutchinson J, Smith A. *Ethnicity*. Oxford; 1996.

International Human Rights Law Group. Bellagio Consultation on UN World Conference against Racism. 2000.

Jarquim E, Caldera A. (editors) *Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. BID; 2000.

Jameson F, Zizek S. *Estudios Culturales, Reflexiones sobre el Multiculturalismo*.(introducción E. Grüner). Buenos Aires: Paidós; 1998.

Kaiser Family Foundation. *Key Facts: Race, ethnicity and medical care*. United States: Kaiser Foundation; 1999.

Kilborn PT. Racial Health Gap Continues, Studies Say. *The New York Times*; January 26, 1998.

Lantz PM, House JS, Lepkowski WDR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results from a Nationally Representative Prospective Study of US Adults. *Journal of the American Medical Association* 1998; 279(21): 1703-1708.

Latin News. Housing, Services, Child Health all Lag Far Behind. *Latin News* 2000; (12).

Lillie-Blanton M, LaViest T. Race/Ethnicity, the Social Environment, and Health. *Social Science and Medicine* 1996; 43(1): 83-91.

Lillie-Blanton M, Martinez RM, Kidd Taylor A, Garman Robinson B. Latina and African-american Women: Continuing Disparities in Health. *International Journal of Health Services* 1993; 23(3) 555-584.

Lundmark K, McBride S, Muirhead B. The Politics of Exclusion: Public Policy in Peripheral Regions: Canada and Sweden. Presented at the XVth World Congress of the International Political Science Association-Session on Intergovernmental Relations in the Policy Process, Buenos Aires; 1991.

Meentzen A. *Estrategias de Desarrollo Culturalmente Adecuadas para Mujeres Indígenas*, Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

Metzger X. Conceptualización e Indicadores para el Término Equidad y Su Aplicación en el Campo de la Salud. Organización Panamericana de la Salud: 1-43. (Documento #INEQ).

Navarro V. Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States. *The Lancet* 1990; 336: 1238-1240.

Nickens HW. Race/Ethnicity as a Factor in Health and Health Care. *Health Services Research* 1995; Part II; 151-177.

Northington Gamble V. Subcutaneous Scars. *Health Affairs* 2000; 19(1): 164-169.

Organización Panamericana de la Salud. *Disparidades de Salud en América Latina y el Caribe: El Rol de los Factores Determinantes Sociales y Económicos*. OPS; 1999.

Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. Vol.1. Washington, DC. OPS; 1998.

Pappas G, Queen S, Hadden W, Fisher G. The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine* 1993; 329: 103-109.

Pincus F, Ehrlich H. *Race and Ethnicity Conflict: Contending Views on Prejudice, Discrimination, and Ethnoviolence*. Boulder, Colorado: Westview Press; 1994.

Ren XS, Amick, BC III. Race and Self Assessed Health Status: The Role of Socioeconomic Factors in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1996; (50): 269-273.

Rothman J. *Issues in Race and Ethnic Relations*. University of Michigan: F.E. Peacock Publishers, Inc; 1977.

Shi L. Experience of Primary Care by Racial and Ethnic Groups in the United States. *Medical Care* 1999; 37(10): 1068-1077.

Silva N. Raza, Pobreza y Exclusión social en Brasil. En: Gacitúa et al.(comp) *Exclusion Social y Reduccion de la Pobreza en América Latina y el Caribe* Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Banco Mundial 2000: 151-187.

Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. US Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health* 1995; 85(7): 949-956.

Taipale V. Ethics and Allocation of Health Resources: The Influence of Poverty on Health. *Acta Oncologica* 1999; 38(1): 51-55.

Thomas VG. Explaining Health Disparities between African-American and White Populations: Where Do We Go From Here? *Journal of the National Medical Association* 1992; 84(10): 837-840.

United Nations. 8th Annual Inter-Agency Consultation on Indigenous and Tribal Peoples. *International Labour Office* 1997.

US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010 Objectives: Draft for Public Comment*. US Health Department of Health and Human Services; 1998.

Uquillas J. Política del Banco Mundial sobre los Pueblos Indígenas: su aplicación en América Latina. Quito: Ponencia en el Parlamento Andino; 1996.

Valladares R y Barillas E. *Inversiones en Salud, Equidad y Pobreza: Guatemala*. Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud; 1998.

Whitehead MM. Setting Targets to Address Inequalities in Health. *The Lancet* 1998; (351): 279-1282.

Whitehead MM. Where Do We Stand? Research and Policy Issues Concerning Inequalities in Health and in Healthcare. *Acta Oncologica* 1999; 38(1): 41-50.

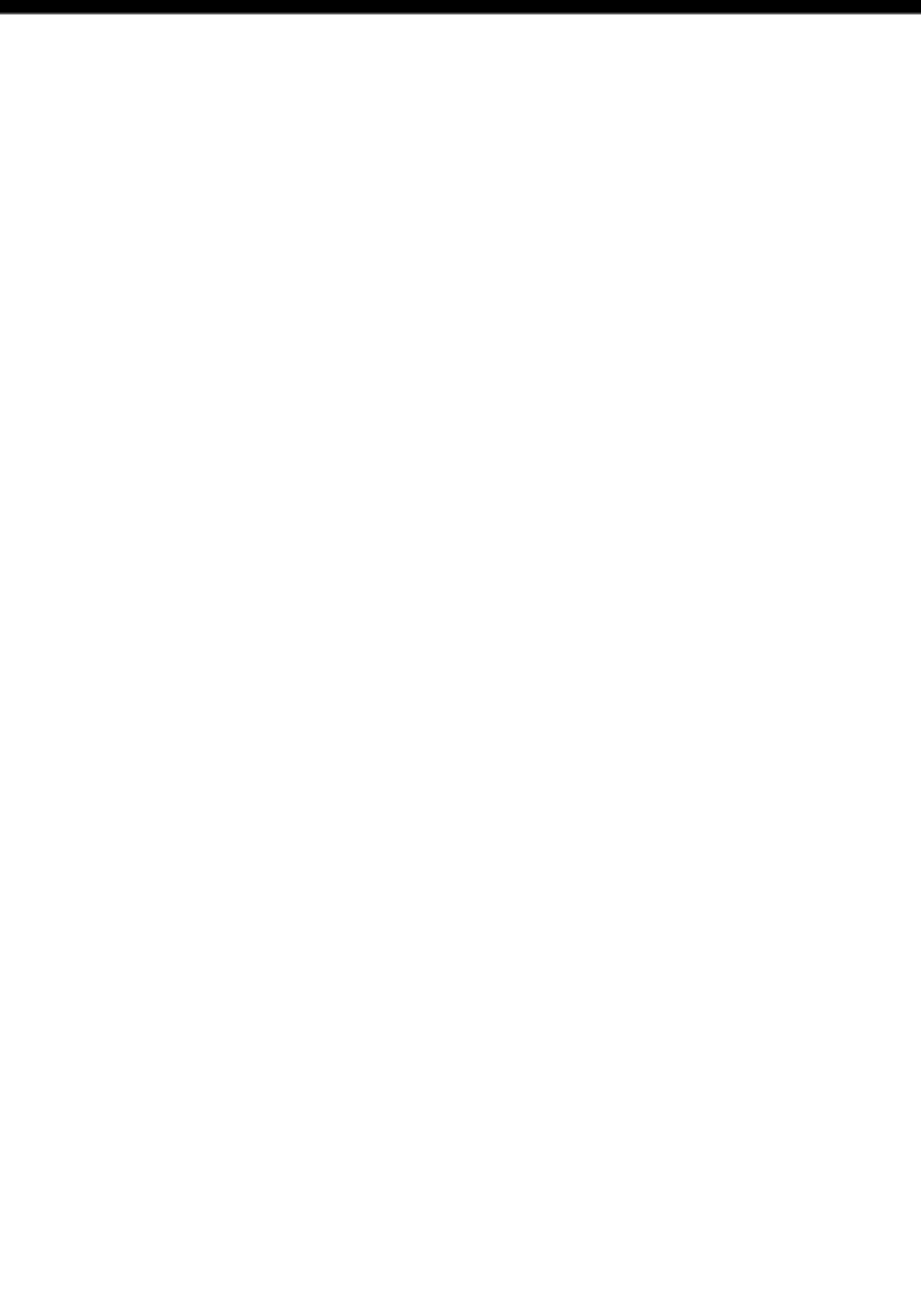
Williams D, Williams-Morris R. Racism and Mental Health: the African American experience. *Ethnicity & Health* 2000; 5(3/4):243-268.

Williams D. Ethnicity, Race and Health (ms) prepared for the International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences Neil Smelser & Paul Batles (eds). Pergamon Press. "Race, Socioeconomic Status, and Health: The Added Effects of Racism and Discrimination." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1999; 986: 173-188.

Williams D. Race and Health: Trends and Policy Implications. Paper presented at the Conference: Income on Equality, Socioeconomics Status and Health. Washington, DC; 2000.

Williams D, House J. *Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health*. (paper) Atlanta: Institute of Medicine of the National Research Council; 2000

Yinger JM. Toward a Theory of Assimilation and Dissimilation *Ethnic and Racial Studies* 1981; 4(3):249-264.



**Etnia, pobreza y salud en la Región de
las Américas:
Una mirada histórica para entender
esta relación**

Cristina Torres
Mercedes del Rio



Contenido

INTRODUCCIÓN	57
LA SEGREGACIÓN EN EL PERÍODO COLONIAL	59
LA ABOLICIÓN DE LA ESCLAVITUD Y LA INTERCULTURALIDAD POSCOLONIAL	63
LA INTERCULTURALIDAD DE LOS ESTADOS NACIONALES, LA REVISIÓN DE LA SEGREGACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LA ETNICIDAD DE LOS GRUPOS MINORITARIOS	65
SALUD A LO LARGO DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD	70
ALGUNAS REFLEXIONES FINALES SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	72
BIBLIOGRAFÍA	76

CUADROS

1. Importación de esclavos a América (1451-1810)	59
2. Distribución de la población africana en las Américas a fines del siglo XVIII por subregión y condición	60



Etnia, pobreza y salud en la Región de las Américas: Una mirada histórica para entender esta relación

Cristina Torres *
Mercedes del Rio**

Introducción

La situación de pobreza y discriminación ha estado tan imbricada durante siglos en la región de las Américas, que en la actualidad es difícil distinguir si los individuos son pobres porque han sido discriminados por razones étnicas o son discriminados porque son pobres. Lo que no amerita dudas es que los mapas de pobreza se superponen con los de grupos étnicos. Los mecanismos por los cuales las sociedades crean barreras para que las minorías étnicas y raciales no gocen de iguales oportunidades, son en general invisibles dado que el pensamiento al que suscriben la mayoría de los estados de la Región defiende la igualdad racial y el principio de no discriminación por razones de origen étnico, racial, o por profesión de credo o religión.

La mayoría de países latinoamericanos suscriben en la actualidad al principio de no-discriminación, que retoma la tradición jurídica francesa que plasmó en la declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, la igualdad de derechos y garantías entre los hombres, sin discriminación de credo raza u otros factores como el origen. Las constituciones de la mayoría absoluta de los países de América Latina y el Caribe recogen en su articulado estos conceptos, que también se encuentran fortalecidos por la firma de los tratados internacionales vinculados con el tema. No obstante la adopción de esta normativa jurídica, las minorías son objeto de discriminación a través de un gozo de ciudadanía recortada o incompleta y de oportunidades restringidas que se reflejan en la situación de pobreza¹.

* Asesora regional de Políticas en el Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS/OMS.

** Investigadora Asociada, Departamento de Antropología, Smithsonian Institution, Washington, D.C.

¹ El término *pobreza* será usado aquí, liberado del reduccionismo economicista que lo vincula con el nivel de ingreso, para ser comprendido como una situación injustificada de deprivación no sólo de bienes materiales sino también de restricción de acceso a los servicios, a la información y a los espacios de participación y representación. En esta nueva reconceptualización, la pobreza se visualiza como un fenómeno multi-causal, de diferentes dimensiones, y cuyos factores no siempre están presentes en forma simultánea.

Se requiere de un análisis longitudinal sobre el propio proceso histórico del continente para entender de qué manera, las relaciones interculturales, vinculadas a las relaciones sociales y políticas, produjeron la *deprivación sistemática* de las minorías que tuvo como resultado que esos grupos cayeran en una situación de pobreza estructural.

La interculturalidad actual es fruto de más de 500 años, de relaciones de cinco grupos humanos diferenciados en el marco de un proceso político y productivo. Los grupos son: a) los pueblos originarios que habitaban el territorio (más de 25 millones de personas)² antes del descubrimiento, b) poblaciones de origen ibérico y nordeuropeo llegadas durante el descubrimiento y la colonización ³ c) población de origen africano (entre 10 y 15 millones) que fueron trasladados por razones económicas y productivas, d) grupos de diferentes orígenes (asiáticos, europeos, africanos libres, y otros) que llegaron posteriormente en flujos migratorios sucesivos y por libre opción, motivados por razones fundamentalmente económicas y/o políticas y más tardíamente e) migraciones intrarregionales (mexicanos en Estados Unidos, nicaragüenses en Costa Rica o bolivianos en Argentina, caribeños⁴, etcétera) que también son de libre opción y motivados por razones políticas o económicas.

El objetivo de este trabajo es contribuir a entender cómo las relaciones sociales, políticas y económicas en las que se fueron gestando las relaciones entre los grupos humanos que mencionamos arriba, fueron creando el marco general que definen las condiciones de vida y de salud diferenciales, así como el acceso a los servicios de los individuos, según su grupo de pertenencia.

La forma de vivir sano, de enfermarse, o de morir no es independiente del grupo étnico de pertenencia, ya que en la etnicidad se incorporan elementos como las creencias, las tradiciones, el capital social, muchas veces la ubicación geográfica, y la definición y el ejercicio de los derechos.

A continuación se describirá los rasgos principales de las relaciones entre los grupos humanos en las diferentes etapas del desarrollo económico y político, acompañados de un rápido diagnóstico de la situación de salud de los grupos étnicos para cada uno de los períodos.

² Los cálculos son aproximativos y fluctúan entre 8.4 a 112 millones de habitantes. La población nativa en América Latina era de 8 a 17 veces más grande que en la América inglesa (Socolow, 1994).

³ En Estados Unidos la inmigración europea colonial fue continua, a diferencia de la América española que presentó una fuerte caída 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 fueron los 300.000 europeos que llegaron a fines del siglo XVII (Socolow, op. cit.).

⁴ Estudios señalan que en la década de los ochenta migró 20% del total de la población del Caribe a distintas ciudades del mundo desarrollado (Trouillot 2000).

La Segregación en el período colonial

El punto de partida de la interculturalidad se gestó en el mundo colonial. En América colonial operó una situación de segregación y exclusión abierta apoyada en el esclavismo (de la población africana y de indígenas rebeldes) y en el vasallaje (de la mayoritaria población indígena).

En relación con la población africana, la trata de esclavos iniciada en el siglo XVI produjo una importación de mano de obra calculada entre 12 y 15 millones distribuida en las 13 colonias del Norte, en el Caribe, en las colonias españolas y en las lusitanas del sur. Sin embargo las cifras más bajas se observan en Hispanoamérica con una suma de 300.000 esclavos al momento en que concluyó la importación masiva a mediados del siglo XVII⁵.

Cuadro 1. Importación de esclavos a América (1451-1810)
(en miles)

Destino	Período			Total	%
	1451-1600	1601-1700	1701-1810		
Hispanoamérica	75.0	292.5	578.6	946.1	12.63
Brasil	50.0	560.0	1 891.4	2 501.4	33.38
América Inglesa			348.0	348.0	4.64
Caribe inglés		263.7	1 401.3	1 665.0	22.22
Caribe francés		155.8	1 348.4	1 504.2	20.08
Caribe holandés		40.0	460.0	500.0	6.67
Caribe danés		4.0	24.0	28.0	0.37
Total	125.0	1 316.0	6 051.7	7 492.7	100.0
%	1.67	17.56	80.77	100.00	

Fuente: Philip D. Curtin, *The Atlantic Slave Trade: A Census*. University of Wisconsin Press, Madison, 1969, p.268 (Citado por Susan Socolow, 1994:225).

La colonización noreuropea (británica, francesa, holandesa) en el Caribe y la lusitana en Brasil cristalizó en ambos casos un régimen esclavista de plantación. Los esclavos fueron utilizados como fuerza de trabajo fundamentalmente en las plantaciones, pero también como peones en las haciendas y como servicio

⁵ Los esclavos africanos trabajaban en las haciendas de la costa y en el interior del Perú aunque su mayor importancia económica se hallaba en las ciudades a cargo de ocupaciones especializadas (elaboración de alimentos, sastrería, venta callejera, curtiembres, mataderos, zapatería, transporte de mulas, y otras). Esta tendencia difiere en México porque allí los esclavos fueron la mano de obra de la minería, aunque la fuerza de trabajo africana no tuvo la fuerza e impacto que el logrado en el Perú.

doméstico. La mano de obra esclava proveniente de diferentes regiones africanas era considerada en esa época más resistente a las enfermedades, con mayores expectativas de vida y mejor adaptada para trabajar en las plantaciones que los indígenas y de hecho, ella fue utilizada dado la escasez de fuerza de trabajo indígena.⁶

La travesía en los buques con condiciones de sobrepoblación y la falta de higiene provocaron la muerte de aproximadamente entre 1.5 y 2 millones de esclavos. A pesar de que los africanos presentaban mejores condiciones adaptativas que los europeos al clima tropical, las duras condiciones de trabajo y de represión produjeron tasas de alta mortalidad (Klein, 1986). A diferencia de la población indígena, los africanos habían mantenido milenarios contactos con poblaciones europeas, lo que facilitó el desarrollo de una mayor inmunidad a las enfermedades contagiosas. Sin embargo la alta mortalidad se explica por decesos durante el viaje de traslado a los que se sumaban los casos de suicidio, infanticidio, aborto⁷, accidentes y enfermedades en el Nuevo Mundo.

Cuadro 2. Distribución de la población africana en las Américas a fines del siglo XVIII por subregión y condición

Subregiones	Esclava		Libre		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
América inglesa:						
Norteamérica	575 420	19.38	32 000	2.47	607.420	14.25
Antillas	467 000	15.73	13 000	1.01	480 000	11.26
Brasil	1 000 000	33.69	399 000	30.86	1 399 000	32.83
Hispanoamérica:						
Continente	271 000	9.13	650 000	50.27	921 000	21.61
Antillas	80 000	2.70	169 000	13.07	249 000	5.84
América francesa:						
Antillas	575 000	19.37	30 000	2.32	605 000	14.20
Total	2 968 420	100.0	1 293 000	100.0	4 261 420	100.0

Fuente: Herbert Klein, *African Slavery*, pp.285 y 296 (Citado por Susan Socolow, 1994:224).

⁶ La población indígena, como se verá más adelante, fue diezmada en la primera etapa del descubrimiento y la colonización, por lo que fue remplazada con la importación de esclavos.

⁷ Existían grupos de negros que escapaban de la esclavitud y vivían en pueblos (quilombos) de la agricultura y de los asaltos. En otros casos menos frecuentes los amos les daban la libertad.

En una primera etapa, la alta mortalidad y la baja tasa de natalidad forzaban a los dueños de las plantaciones a renovar su plantel de trabajadores cada siete o diez años (Meyer, 1998). Por ejemplo, entre los siglos XVII y XIX, el 70% de los esclavos del Brasil habían nacido en África, (Senegal, Camerún, Angola y Congo).

No será hasta comienzo de siglo XIX con la prohibición de la trata de esclavos⁸ que el esclavo se visualizó como parte del capital, su precio aumentó y los propietarios comenzaron a prestar más atención a la salud a ese segmento de la fuerza de trabajo.

El flujo poblacional constante produce una desestructuración en estos conglomerados humanos y dificulta el armado de lazos de pertenencia y etnogénesis. La población africana, sometida a la diáspora esclavista, perdió sus dialectos, sistemas de autoridades tradicionales y relaciones de parentesco e inclusive debieron adoptar pautas culturales europeas. Al desarraigo inicial se sumó la posibilidad de una intensa movilidad interregional. Conformaban una categoría social: “los esclavos”, con una auto-identidad fragmentada. Carecían de organizaciones y vínculos entre ellos, territorialidad propia, ancestros y memoria histórica común; el factor de mayor aglutinación fueron las creencias religiosas sincréticas y el predominio del creole (lengua criolla).

La reconstrucción de la etnicidad afro quedó en mano de los libertos y los evadidos (cimarrones) que generalmente buscaron reubicarse en sitios inaccesibles para guardar mayor seguridad. Mientras en Brasil, la Corona favoreció el surgimiento de un grupo numéricamente importante de libertos, la Corona británica y francesa no auspiciaron estas prácticas.

En relación a los pueblos originarios, la segregación partió por englobar a los diferentes grupos étnicos en una misma categoría de “indio” o “indígena”, y borró del discurso oficial, las marcadas diferencias étnicas prehispánicas. A su vez, se estigmatizó el contenido de esta categoría con cualidades peyorativas e inversas a las del colonizador: salvajes, ociosos, supersticiosos, y otras. Apenas transcurridas unas décadas después de la conquista, se formalizó jurídicamente la segregación (social, espacial, y jurídica) bajo la fórmula de la “república de españoles” y la “república de indios” consagrada en las Leyes de Indias⁹. Las dos repúblicas fungen como partes de una sociedad compartimentada, que reproducía, con nuevos contenidos, los estamentos de nobles y comuneros de España.

Las comunidades pudieron conservar sus territorios originales en forma indivisible e inalienable y obtener los títulos de usufructo a cambio de un pago de tributo y de

⁸ La trata fue abolida en 1808 por los Estados Unidos y en 1818 por las grandes potencias europeas.

⁹ En el espacio indígena no podían residir españoles, negros, mestizos ni mulatos.

servicios forzados. Los españoles habían comprendido rápidamente la importancia de preservar las estructuras de gobierno prehispánicas¹⁰ y algunas de las instituciones de los grandes imperios mesoamericanos o andinos para movilizar el trabajo nativo. La segregación no siempre implica la alienación del “otro” y éste es uno de los casos donde la “república de indios” permitió la reproducción social de las comunidades nativas a lo largo de todo el período colonial, con un grado mayor de autonomía.

El otro instrumento de sumisión se operó a través de la organización del proceso productivo y de la incorporación forzosa de indios a la fuerza de trabajo bajo el régimen de la mita¹¹ y yanaconaje¹². La producción principal fue la minería (en Potosí, Bolivia y en Zacatecas, México) donde se utilizó fundamentalmente la mita como forma de trabajo dominante. Las otras dos actividades económicas: los obrajes o talleres textiles y las haciendas también se basaron en trabajo forzado absorbiendo segmentos de mujeres y niños.

En el caso de América del Norte, la estrategia de relación con las tribus originarias presentó matices. Ellas fueron sistemáticamente empujadas hacia el oeste y hostigadas sistemáticamente durante casi un siglo. La solución política se logró a través de la firma de tratados¹³ en los que se adjudicó un nuevo territorio –reserva— alternativo a las tierras de origen, por el cual se brindó los medios de subsistencia y de asentamiento a los miembros de las “naciones”. En estos territorios tenían una relativa soberanía y ejercían su propia jurisprudencia, lo que facilitó la conservación de la etnicidad en tanto “otra” nación, aunque muy debilitada.

En cuanto a la salud, las recurrentes epidemias de viruela, sarampión e influenza introducidas por los europeos y difundidas entre una población carente de defensas inmunológicas sumadas a las guerras de conquista, las razzias, los malos tratos, hicieron que la curva demográfica cayera vertiginosamente para recuperarse recién en el siglo XVIII. Estudios recientes han demostrado los efectos dramáticos de las

¹⁰ Nobles y caciques cumplieron el rol de bisagras entre el mundo indígena y el europeo.

¹¹ La mita eran turnos rotativos de trabajo obligatorio para los hombres indígenas entre 18 y 50 años. Había diferentes tipos de mita pero la más importante fue la minera. El sector minero recibió de la Corona este subsidio de mano de obra gratuita. Las remesas de plata enviadas a España prepararon las bases del desarrollo y expansión del capitalismo europeo.

¹² El yaconaje es otra relación laboral que vincula al campesino a las haciendas, obtiene una parcela en cambio de trabajo no pago y están adscriptos a la tierra. El hacendado tiene la obligación de cubrir los tributos del campesino para la corona.

¹³ Los tratados fueron un instrumento político de uso expandido en Estados Unidos y Canadá. Los archivos dan cuenta de más de 100 tratados firmados entre los representantes de las diferentes tribus y del Gobierno Federal entre 1770 y 1820. Hasta 1871 el gobierno de los Estados Unidos negociaba tratados con las tribus indígenas como si fueran poderes extranjeros. Muchos de los tratados están relacionados con el título de la tierra, pero también con la conservación de la paz, el “status” de dependencia de las naciones, la regulación del comercio, derechos de pesca y caza, y otros. Este mecanismo fue utilizado sistemáticamente hasta finales del siglo XIX tanto en Estados Unidos como en Canadá.

enfermedades europeas en los habitantes originales del Nuevo Mundo, con estimados que revelan que la supervivencia fue de entre el 20 y 23% según la región (Socolow, op. cit.). En Brasil por ejemplo, la población indígena fue diezmada por las epidemias de disentería hemorrágica e influenza desde 1560 y por los raids para proveerse de esclavos indios¹⁴. A esto se debe agregar las bajas demográficas producidas por la violencia y las severas condiciones de trabajo en esa región. A modo de ejemplo se recordará que en Guatemala durante las cuatro primeras décadas la población originaria se redujo en 80% (Luján Muñoz et al. 1994).

Se estima que durante la etapa caribeña de la conquista española hubo 3.500.000 indígenas muertos entre 1494 y 1510 por epidemias de viruela, hambrunas, suicidios colectivos, razzias y explotación laboral en los lavaderos de oro, (Alponte 1992, Wassermann 1991).

Las relaciones interculturales se construyeron sobre la figura segregacionista tanto para los indígenas como para los esclavos. Esta estrategia se complejizó en las colonias de origen ibérico debido a la creciente población de mestizos, castizos (blanco y mestizo), mulatos y zambos (castas) que se movilizaba al interior de esas categorías haciéndolas perder su rigidez y complicando la clasificación fenotípica a efectos de su ubicación en el rango social. Muchas fueron el resultado de uniones consensuales. En los albores de la independencia, los mestizos representaban el 27%, (Bakewell op. cit.) mientras que la población mulata y de libertos superaba ampliamente a la de los esclavos.

Estas mezclas se dieron desde los inicios¹⁵, fueron numerosas ya a partir del siglo XVII y los mestizos cobraron status de actor social en el período de la independencia.

La abolición de la esclavitud y la interculturalidad poscolonial

Los movimientos independentistas en Iberoamérica, del siglo XIX¹⁶, imbuidos de los principios liberales europeos de la igualdad y del libre mercado, se abocaron a la

¹⁴ Backwell, cap. XIII. Los bandeirantes eran bandas de hombres armados, que desde la costa se internaban en el interior en búsqueda de riquezas, sean éstos indígenas para esclavizar o gemas. Los bandeirantes paulistas eran mestizos (llamados mamelucos) que hablaban Tupí y no Portugués.

¹⁵ Especialmente porque había pocas mujeres europeas. Las uniones frecuentes se dieron entre conquistadores y miembros de la elite indígena. Era muy común que los hijos ilegítimos recibieran alguna compensación económica a la muerte del padre. La presencia de hijos ilegítimos fue mayor en las ciudades que en el mundo indígena.

¹⁶ La mayoría ocurridos entre 1810 y 1828. Cuba y Puerto Rico en 1898. Mientras que la monarquía portuguesa se trasladó al Brasil en 1808 y su independencia ocurrió en 1822.

tarea de la construcción de un modelo de estado-nación monolingüe, homogéneo cultural, limitado territorialmente, sustentado fuertemente en el derecho. Los nacionalismos poscoloniales asumieron una estrategia de asimilación para el tratamiento del tema racial y étnico acorde con el fracaso segregacionista del último período de la Colonia.

En América Latina, el Estado pretendió borrar a través de leyes y decretos la presencia del indio y de sus comunidades para transformarlos en una nueva ficción, la de “productores independientes” (campesinado parcelario) o simplemente “ciudadano”¹⁷. Derrumbado el poder colonial, se construyó la identidad de las jóvenes repúblicas a partir de la negación del pasado precolombino y de las diferencias étnicas.

En este período uno de los hitos más importante es la abolición de la esclavitud. En la mayoría de las repúblicas Iberoamericanas la abolición de la esclavitud fue un proceso gradual que llegó de la mano de la independencia, aunque fue más dilatada en Brasil y en las colonias insulares de España. En cambio en el Caribe, a excepción de Haití, la independencia y la abolición estuvieron disociadas y la ruptura con la metrópoli ocurrió 100 años después que la abolición. Con otra dinámica, la esclavitud en el Caribe se puso en tela de juicio por el impacto de los autores franceses de la Ilustración, las corrientes más radicalizadas del protestantismo, el proselitismo de asociaciones inglesas como así también por las presiones de los esclavos rebeldes o de los libres. Esto determinó que los británicos la abolieran en 1834, mientras que los franceses lo hicieran en 1848 y más tarde en 1863 los holandeses en sus colonias antillanas y de Suriname. Haití renunció formalmente a los lazos coloniales en 1804, después de la revolución de esclavos (1791) y del éxito de la revolución de mulatos haitianos. Sin embargo sobrevivió la violencia y cohesión del régimen esclavista en manos de una elite mulata hasta bien avanzado el siglo XX.

En muchas zonas los antiguos esclavos no se integraron y conformaron comunidades cimarronas (maroon en inglés) en lugares aislados (Colombia, Ecuador, Venezuela, Guayana, Jamaica), en otros casos se transformaron en campesinos (Caribe, Nordeste de Brasil), otros se mestizaron en las ciudades (Uruguay y Argentina) o en áreas rurales (misquitos y zambos de Honduras, garífunas en la costa atlántica de Guatemala) pero siempre integrando los estratos más bajos de la sociedad.

A pesar del discurso liberal de los líderes de las naciones emergentes, las diferencias raciales, étnicas y culturales (grupos y castas) coloniales quedaron abiertas y se proyectaron en los nuevos países en forma encubierta, sin ser reconocidas

¹⁷ Sin embargo fueron clasificados como “pobres de solemnidad”, sin poder ejercer plenamente sus derechos. En Perú y México se prohibió el uso del término “indio” y las comunidades perdieron personería jurídica.

públicamente. En este modelo, los indígenas y los descendientes de africanos si bien no fueron excluidos, siguieron subordinados. Esta subordinación se operó en esta etapa, a través de cuatro mecanismos: a) el recorte de los derechos b) la privación de los medios de producción (tierra, capital y crédito), c) la falta de representación en los niveles políticos y d) la desestructuración cultural.

La interculturalidad de los estados nacionales, la revisión de la segregación y el fortalecimiento de la etnicidad de los grupos minoritarios

Entre 1880 y el final del siglo XX, operaron importantes transformaciones sociales y existieron importantes momentos de no retorno en los procesos de construcción de etnicidad de indígenas y de afroamericanos. La primera característica que se destaca en este período es la ampliación y la complejización de las relaciones interculturales como resultado de nuevas oleadas inmigratorias.

A modo de ejemplo, el Caribe inglés recibió a fines del siglo XIX una fuerte corriente inmigratoria asiática (unos 500.000 hindúes, 14.000 culíes chinos o de Java) y africana (32.000) para ocupar los puestos vacantes de los ex-esclavos. Por otro lado, los puestos que habían abandonado los esclavos del Brasil y de diversas zonas de Hispanoamérica fueron ocupados por grupos de origen mediterráneo (italianos y españoles), rusos, alemanes, libaneses, sirios, japoneses, de africanos libres o por corrientes internas de campesinos blancos o mestizos. Muchos de estos desplazamientos fueron incentivados desde el Estado, mediante ayuda financiera bajo la creencia que llegaría de la mano de los migrantes el progreso y el desarrollo. Es así que estos nuevos inmigrantes a pesar del estado de pobreza que marca el punto de partida de su odisea cuando llegaron a “la América” rápidamente —en una generación— revirtieron la situación y alcanzaron niveles aceptables de integración social política y económica. Se aplicó un modelo de integración exitoso porque aunque perdieron la lengua original y algunos rasgos culturales, sus destrezas fueron bien acogidas por el mercado de trabajo de la naciente industrialización y rápidamente pudieron restablecer redes de representación y solidaridad que aumentó especialmente el capital social de estos grupos.

En lo que refiere a salud, estas oleadas migratorias introdujeron en muchos países una variable en prestación de los servicios de atención de salud: las sociedades de socorros mutuos. Estas formas alcanzaron a cubrir, con financiamiento privado a la casi mayoría de los inmigrantes de segunda generación.

La segunda característica de este período es la profundización de la estrategia industrializadora e integracionista en los procesos de modernización emprendidos por el Estado Benefactor. Se constata en este período un esfuerzo importante de los

estados latinoamericanos en promover la consolidación de la clase media y la integración social a través de políticas públicas de carácter universal.

Las elites admitieron el mestizaje a condición de la adopción de patrones culturales europeos. Por otro lado, la consolidación de la clase media (profesionales, comerciantes medios, empleados) produjo una integración interracial con las mismas características. Pero además se produjo en algunos países una articulación de nivel político ideológico entre las clases medias emergentes con el campesinado y el proletariado adheriendo efusivamente a los ideales nacionalistas en boga entre 1920 y 1970¹⁸. En este marco entra en el debate la marginalidad indígena y la necesidad de reabsorverla dentro de la idea de nación.¹⁹

Con la finalidad de promover la modernidad, los Estados asistencialistas latinoamericanos llevaron a cabo políticas indigenistas de integración y asimilación en el campo educativo, legislativo y en el apoyo de planes de desarrollo comunitario (Favre, 1998). Sostenían que el problema del atraso económico y social se podría solucionar únicamente a través de la modernización y fusión del indígena dentro de las naciones mestizas. Sin embargo en este período la problematización no abarcó las comunidades con fuerte ascendencia africana.

A esta oleada integracionista, impulsada por el Estado, se le opuso el miedo de los sectores dominantes a la violencia de los pobres, al contagio de las enfermedades y a la "degeneración" de la especie. Estos temores encuentran un canal de expresión a través de la medicina que, con bases darwinianas, desarrolló la eugenesia. La eugenesia proponía el mejoramiento de la especie humana, evitando el cruzamiento con individuos de razas cuya asociación era indeseable. La eugenesia tenía un componente discriminatorio fuerte ya que se concebía a la raza blanca europea como la de mayor sinceridad derivada del "...poder, de vigor, de salud, [mientras] la astucia, cualidad dominante en las razas inferiores [caracterizaba] a indios y negros..."(Mateo Legnani 1918. En: Barrán, 1995).

Pero es muy interesante destacar que concomitantemente a este proceso de carácter ideológico, la organización del mercado de trabajo siguió otra lógica. El desarrollo industrial captó fundamentalmente sectores urbanos alfabetizados, muchos de los cuales pertenecían a las nuevas camadas de inmigración, dejando de lado a las comunidades indígenas y a los descendientes afro que fueron más abiertamente captados por el sector agrario o de servicios.

¹⁸ El indigenismo fue muy fuerte en México y el Perú, especialmente en el campo del arte y de la literatura.

¹⁹ El indigenismo es un movimiento ligado al nacionalismo que se comenzó a desarrollar a fines del siglo XIX. Se trata de una reflexión mestiza y criolla sobre el indio, que exalta su cultura como fundamento de la identidad nacional y de la ruptura con Europa.

Para este periodo, en el Caribe británico la crisis de la antigua aristocracia blanca de plantación²⁰ dio lugar al surgimiento de una pequeña burguesía (comerciantes, profesionales y hacendados medios) integrada también, por gente de ascendencia africana libre y nuevos inmigrantes. La democratización y enfrentamiento al antiguo orden derivó de la diversificación económica, de la expansión del sistema educativo público, de las religiones evangélicas y cultos sincréticos, de instituciones políticas y de las organizaciones de trabajadores. Es decir en el Caribe, la consolidación de las instituciones civiles y políticas fue anterior al cambio de orden económico. A pesar de su tono paternalista y reformista, el gobierno colonial de la Corona Británica no pudo frenar el empuje de los nuevos grupos en ascenso y otorgó la emancipación en la década de los años sesenta.

El tercer rasgo de este período –y más significativo para el tema que estamos analizando– es el cambio de paradigma en el enfoque de las relaciones interraciales que se produjo a mediados del siglo XX en los Estados Unidos.

Este cambio se produce a partir de las movilizaciones por los derechos civiles de las minorías en los Estados Unidos en la década de los cincuenta que se extienden hasta mediados de los años setenta del siglo XX. Las luchas reivindicativas lideradas por Martin Luther King Jr. contribuyeron a reducir la segregación²¹, en lograr que se consideren ilegales las prácticas discriminatorias basadas en el color de la piel o raza, y en desarrollar una nueva conciencia política basada en el igualitarismo. La importancia del movimiento no es sólo haber logrado cambios a nivel jurídico-institucional sino también el haber permitido desarrollar una importante fase en la reconstitución de la cultura e identidad colectiva afro-americana (Singer 1962).

A pesar de estas conquistas que se reflejan en el estado de derecho persisten comportamientos discriminatorios de facto en el plano privado como la segregación residencial, los estereotipos negativos sobre las minorías (violencia, falta de motivaciones para salir de la pobreza) e insuficiencias en la implementación de políticas que promuevan la igualdad de oportunidades laborales (Williams op.cit). A modo de ejemplo ciertas estadísticas son elocuentes: en 1966 el porcentaje de pobreza en los EUA fue del 13%; mientras la pobreza blanca estuvo en el 11% la afroamericana fue del 30%. A su vez, el 20% más bajo de la población recibía

²⁰ Estos grupos estaban respaldados por la Corona y controlaban las asambleas representativas.

²¹ La doctrina “separate-but-equal” aprobada en 1896 sobrevivió sesenta años. Significaba la separación y aislamiento del grupo minoritario para el uso de actividades privadas y públicas (escuelas, parques, hoteles, y otros). En los años cincuenta se producen los primeros accesos a las universidades y en 1965 se consagra el derecho al voto. El movimiento tuvo un espectro amplio de componentes desde los que levantaban estrategias no violentas y de carácter integracionista por los derechos civiles, políticos y económicos, hasta los que propugnaban una posición de confrontación y violencia por el separatismo (encabezada por Malcom X).

menos del 5% de los ingresos nacionales, mientras que el 20% más alto recibía el 45%, el desempleo entre la población afro era del 9% y en los blancos era del 4%²².

Concomitantemente, en América Latina se produjo el surgimiento de organizaciones y movimientos indígenas²³ o de ascendencia africana²⁴ que levantaron banderas de autonomía y autodeterminación de sus pueblos, rechazando de plano la idea de integración mestiza en los estados nacionales ya que sostienen que estos procesos, son etnocidas y pretenden disolver la identidad indígena o de color en una nacional. Luchan por reivindicaciones territoriales, lingüísticas, históricas y culturales y adhieren a una concepción multicultural y heterogénea del cuerpo social. Pero también han orientado sus luchas en focus históricos al transformar las pérdidas etnocidas, estereotipos y jerarquías raciales del pasado en nuevas identidades étnicas (por ejemplo, Maroon de Jamaica y Suriname, Curiepe de Venezuela, y otros) que pretenden alcanzar un lugar respetable en la historia (Hill 1996).

Estos movimientos indígenas o de ascendencia africana producen un aumento de capital social y de la visibilidad política necesaria para la reconstrucción cultural y fueron la base para una toma de conciencia contestataria que se percibió a partir del fin del milenio pasado. Son fuerzas sociales que se oponen a la ideología del estado que pretende borrar “la heterogeneidad racial y cultural a través del ‘mito de la democracia racial’ creando una doble situación donde persiste la discriminación racial(...) y ésta opresión no es reconocida” (Guss 1996).

Finalmente, el último aspecto que caracteriza esta etapa se vincula a la profundización del proceso democrático que se produce en los últimos veinte años en la región, incorporando temáticas referidas a la reconceptualización de la noción de ciudadanía abarcando los derechos sociales y otorgando mayor sensibilidad a percibir las diferencias. El proceso de globalización que en el mismo período se ha desarrollado a un ritmo acelerado implica la transnacionalización de la cultura y la crisis del modelo europeo de estado-nación como formación política fundacional.

La democratización y la crisis de los nacionalismos abrieron las puertas a los procesos de revitalización de las antiguas identidades étnicas y al surgimiento de nuevas, cuyos límites no siempre son coincidentes con las fronteras de los actuales

²² The Southern Education Foundation. *Beyond Racism. Embracing an interdependent future.*” The Southern Education Fundation; 2000.

²³ Unión de Naciones Indias (Brasil), Movimiento Tupaq Katari (Bolivia), Confederación de Nacionalidades Indias (Ecuador), Coordinación Regional de los Pueblos Indios de México y América Central, Asociación de los Indios de Colombia, Organización Nacional de los Indios de Colombia, Consejo Indio Sudamericano, Organizaciones Indias de la Cuenca del Amazonas y, Parlamento Indígena de América.

²⁴ Comunidad Afroparaguaya Camba Cuá, Federación de Municipios del Litoral Pacífico Colombiano, Mundo Afro, Fundación Palmares Movimiento Negro Unificado (Brasil).

países y por cierto al debate latinoamericano sobre la caracterización de sus estados.

Recién hay que esperar hasta las últimas décadas del siglo pasado para que, al menos las poblaciones indígenas, obtuvieran en Hispanoamérica un reconocimiento étnico por parte del estado sin perseguir un objetivo asimilacionista sino de respeto a su autonomía. Sin duda este reconocimiento es un paso muy importante para que estos pueblos se transformen en los agentes de su propio desarrollo y puedan superar la pobreza y la exclusión. Las Constituciones de Panamá (1983), Guatemala (1985), Brasil (1988), Colombia (1991), Paraguay (1992), Ecuador (1993), Perú (1993) Bolivia, (1994) México²⁵ reconocen explícitamente la plurinacionalidad y multiculturalidad de sus estados. Inclusive en Bolivia se aprobó la Ley de Participación Popular (1995) y la ley INRA (1996) donde se reconoce jurídicamente al *ayllu* (asociaciones tradicionales de parentesco, territorial y ritual) y a los territorios de puna y valle. Igualmente, Paraguay y Colombia reconocieron las entidades territoriales indígenas. Asimismo, los organismos internacionales (Naciones Unidas, OIT), dieron su apoyo y reconocimiento a las demandas de las organizaciones indígenas, llevando el debate al plano mundial.

El otro factor a destacar es la introducción en las agendas políticas del tema de la inclusión de los afroamericanos, que se abordó anteriormente en el presente documento. En la década de los noventa del siglo pasado, este reconocimiento de los estados²⁶ y de los representantes de los gobiernos en los diferentes foros es acompañado por la estructuración de redes que coordinan diferentes organizaciones que se ocupan del desarrollo de las comunidades afroamericanas. Existen numerosas organizaciones de carácter comunitario u ONGs que mantienen actividades en el campo de la capacitación, la provisión de servicios, la cultura y las artes, entre otras, en varios de los países de América Latina (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Uruguay, Venezuela). Este fenómeno sigue la dinámica seguida en Estados Unidos en donde en las últimas cuatro décadas se consolidó una red muy amplia que trabaja en el tema incluyendo fundaciones, universidades y ONGs. Como corolario del fortalecimiento en la voluntad política y los procesos de abogacía generados en la sociedad civil, se están concretando iniciativas para generar información que permita la focalización

²⁵ En el artículo 4 (revisado en 1991) de la constitución se reconoce la pluri-etnicidad de la sociedad mexicana.

²⁶ Colombia ha avanzado en el tratamiento del tema a través de la ley 70 del 27 de agosto de 1993. En el artículo 1 establece que “tiene por objeto por reconocer a las comunidades negras que han venido ocupando tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la cuenca del Pacífico, de acuerdo con sus prácticas tradicionales de producción, el derecho a la propiedad colectiva. Por otra parte en el Perú, el artículo 1 del anexo de la Ley 26772 de 1997 sostiene que “las ofertas de empleo y acceso a medios de formación educativa no podrán contener requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades, definiendo la discriminación en el artículo siguiente como la alteración de la igualdad de oportunidades o trato basado en el sexo, raza, edad, u otros.

de políticas sociales para superar la pobreza que afecta a esos segmentos de la población latinoamericana.

Salud a lo largo del proceso de construcción de la interculturalidad

La relación entre etnicidad y pobreza ha sido esclarecida en las líneas anteriores quedando claro —a través del análisis longitudinal— que las limitaciones en los derechos humanos y civiles propios de una interculturalidad desbalanceada jugaron en detrimento de algunos grupos minoritarios, limitando sus oportunidades de inserción en el mercado de trabajo y de desarrollo de condiciones de vida satisfactorias. Generadas en un mismo proceso se confunden la pobreza y la etnicidad subalterna (o grupos minoritarios).

En lo que se refiere estrictamente a salud existen diferentes campos donde se establecen vínculos directos con el proceso de construcción intercultural. Por un lado en lo que se refiere a la situación de salud propiamente dicha, como se mencionó anteriormente, los pobladores originales y los esclavos enfrentaron los riesgos a la salud y a la vida misma en la primera etapa de la colonización, que llevó a la reducción importante de sus poblaciones en diferentes puntos del mundo colonial.

La vulnerabilidad ante las epidemias fue una constante. Estudios revelan que en el siglo XVI se produjeron en Mesoamérica por lo menos 14 grandes epidemias de enfermedades infecciosas (viruela y sarampión entre otras), se estima que en la región andina se presentaron más de 17 epidemias entre 1520 y 1600, causando mortalidad masiva en las poblaciones originarias.

El otro campo de interacción sensible entre etnicidad y salud es en la definición del “saber curar”, lo que conlleva al choque de las culturas. En los primeros siglos de la colonización, existe una cierta complementariedad de la medicina tradicional a los saberes de curar del Medioevo europeo. Esto fue evidente en México donde la medicina colonial recibió un fuerte aporte de las prácticas terapéuticas nahuas e inclusive muchos de sus medicamentos fueron difundidos 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”) (Trabulse 1983).

Otro aspecto de este mismo proceso fue la fundación de hospitales para indios desde las primeras décadas de la colonización, a lo largo de toda Hispanoamérica. Fue una práctica de corte caritativo implementada por los españoles como un tipo de “obra pía”. Sus ingresos provenían de donaciones privadas y del diezmo eclesiástico y su administración corría en manos de las órdenes religiosas, del clero

secular, de las cofradías o de los herederos de los donantes²⁷. Pero estas iniciativas fueron poco sensibles del respeto de lo étnico, lo que conllevó a que durante esta época muy pocos indígenas acudían a los hospitales y se mantuvieron fieles a sus prácticas. Tan sólo a modo de ejemplo se recordará el caso de los Kallawayas, oriundos de los valles de Charazani entre el lago Titicaca y la Amazonia, (Bolivia). Los Kallawayas son un famoso grupo étnico de médicos-curanderos itinerantes cuyos conocimientos terapéuticos fueron transmitidos a través de numerosas generaciones y se remontan a la época pre-hispánica y colonial. En efecto, el aprendizaje de la medicina empírica y de las prácticas mágicas se efectuaba durante los viajes que duraban hasta dos años. Actualmente también recorren extensiones inmensas para curar (de Panamá a la Argentina). Pero tal vez, el rasgo más notable es la farmacopea vegetal Kallawayas que es una de las más importantes del mundo ya que incluye 980 especies botánicas con un 30% de acción efectiva semejante a los remedios de la medicina oficial (Girault, 1987).

En el siglo XIX se produce el afianzamiento de la medicina de origen europeo por encima de todas las formas de saber popular que contenía importantes componentes de saber indígena y africanos (hierbas medicinales, curanderos y otros saberes empíricos). En este período, los establecimientos hospitalarios sostenidos por donaciones privadas y la iglesia fueron mermando y las jóvenes repúblicas se encontraron con dificultades para asumir su financiamiento. Si bien se registra una voluntad política de algunos líderes de la independencia por atender estos aspectos, la endeble realidad económica de las naciones latinoamericanas no permitió un despegue en los mismos. El centro de la atención fue el control de las epidemias (fiebre amarilla, cólera, viruela y escarlatina). En 1825, en Bolivia se implementó el primer programa de vacunación contra la viruela en América. Se intentó (sin resultados positivos) erradicar la malaria endémica a través del saneamiento del agua (limpieza de acequias) (Lofstrom 1983).

En el micro espacio de la medicina, se reproduce la pugna por la hegemonía de una cultura sobre otra(s). Es por ello que la medicina de base científica, en su proceso de hegemonización de los saberes que se dedican al proceso salud-

²⁷ 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), San Lázaro (lepra), de los Desamparados (primer hogar de niños expósitos), de la Concepción (fundado por Hernán Cortés) y San Hipólito en la ciudad de México, Perote fundado en 1541 en Veracruz (Cf. Josefina Muriel de la Torre. (Los Hospitales de la Nueva España, 1956). 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. (del Río, 1996). En el Alto Perú había 7 hospitales regenteados por los betlemitas y por los hermanos de San Juan de Dios. El hospital de Santa Bárbara fue fundado en 1554 y posiblemente sea el más antiguo de América.

enfermedad, recurre a la regulación de la práctica profesional: aumentan los profesionales, inclusive con títulos académicos obtenidos dentro de la región y comienza la práctica privada fundamentalmente en los centros urbanos (Barrán 1992) pero las minorías excluidas de los sistemas de educación formal no forman recursos humanos. La regulación de la práctica profesional produce la marginalización de los "otros" sanadores o curadores cuyas destrezas no serán reconocidas ni por el cuerpo médico ni por los estados y el monopolio de los grupos mayoritarios en el manejo del cuerpo médico y las instituciones de salud.

El otro fenómeno, que contribuye a la segregación de los grupos minoritarios ocurre ya bien adelantado el siglo XX, cuando se introducen los servicios de salud de la Seguridad Social. Estos surgen como producto de la organización del sector industrial y generalmente alcanzaron a cubrir solamente al segmento más formal de la fuerza de trabajo y sus dependientes. Cabe recordar que en este período la salud del trabajador se vuelve estratégica para la producción y la exportación de bienes y por lo tanto se enfatizan en el control de la tuberculosis, la sífilis y el alcoholismo, comenzando también a mirar la salud de los niños debido a los daños provocados por la poliomielitis y la difteria.

Dado la inserción laboral, los grupos minoritarios (las poblaciones indígenas rurales mayoritariamente ocupadas en la agricultura y de los sectores populares donde había una alta concentración de mestizos, africanos y mulatos dependiendo del país, ubicados en los barrios marginales de las periferias urbanas y con ocupación en el sector de servicios), quedan fuera de la órbita de alcance de estos sistemas de salud de la Seguridad Social, en la mayoría de los países de América Latina.

Algunas reflexiones finales sobre la construcción de la interculturalidad en la Región de las Américas

En el caso de la región de la Américas y el Caribe, no podemos todavía constatar la existencia de una multiculturalidad madura sino que por el contrario nos encontramos con un estadio intermedio con predominio de un grupo sobre el resto, aunque con muchos avances desde el punto de los derechos formales. En la mayoría de los países, los inmigrantes representantes de las principales potencias coloniales y más tarde a sus descendientes convertidos en las elites de los nacientes estados nacionales, obtuvieron una primacía sobre el resto de conglomerados humanos (indígenas, africanos y migrantes posteriores).

Los pueblos originarios mantuvieron con mayor nitidez su etnicidad mientras los africanos, dado el proceso de desarraigo, estuvieron en desventaja objetiva y la construcción de la etnicidad se produce con mayor lentitud. Para ambos grupos humanos la situación subalterna trajo aparejado la deprivación amplia de medios

de vida y de producción que desembocaron casi irremediablemente en la pobreza en un importante número de naciones. Sin embargo, a pesar de estos rasgos comunes, es inadecuado pensar que los resultados de la interculturalidad fueron idénticos a lo largo del espacio regional. Por el contrario, existen por lo menos tres modelos diferentes de relaciones entre los grupos humanos: el del norte, el de América latina y el Caribe hispano y el del Caribe inglés.

En los países de herencia ibérica, el modelo de asimilación combinó el amplio mestizaje²⁸ con asentamientos humanos de perfiles étnicos muy definidos como las poblaciones afroamericanas en la costa atlántica de Honduras, Nicaragua y Guatemala o en la región del pacífico de Colombia y del Perú, como así también los asentamientos indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Paraguay, y Perú.

Las fronteras entre blancos, indígenas y descendientes de africanos se encuentran al menos ideológicamente borradas o subsumidas en la etiqueta del mestizaje iberoamericano (“raza cósmica”)²⁹ considerada, al menos en la narrativa oficial del siglo XX, como la esencia de la realidad latinoamericana. En este sentido, el mestizaje es el mito (actualmente fuertemente cuestionado) que sustenta la construcción de los estados y culturas nacionales como una oposición al indio y al europeo. El mestizaje tampoco significa la ausencia de prejuicios sino muy por lo contrario, existen discriminaciones muy sutiles ya que siempre arrastró con el estigma de la irregularidad de sus orígenes³⁰.

En los países de herencia anglosajona se encuentran, a su vez, dos vertientes. Por un lado, en Estados Unidos³¹ y por el otro el Caribe inglés. En el caso de los Estados Unidos el modelo de segregación para los afro-americanos se mantiene hasta la década de los cincuenta–sesenta del siglo XX, cuando se opera un cambio profundo en las relaciones interétnicas. Y para las comunidades originarias las “reservas” fueron a su vez instancias de conservación y de exclusión.

La situación en el Caribe Británico presenta rasgos distintivos ya que la población blanca es notoriamente minoritaria y el mestizaje mínimo aunque, ello no signifique una homogeneidad étnica total. Actualmente, en el Caribe el foco de las tensiones

²⁸ La población de origen africano es mayoría en Brasil, Panamá, República Dominicana y Cuba (Cowater/ BID). El caso de Brasil es paradigmático en donde los descendientes africanos por su representación demográfica no deberían ser considerados minoría sino de mayoría excluida. (Coimbra,cit).

²⁹ Este término fue acuñado por el filósofo mexicano José Vasconcelos.

³⁰ Los hijos de españoles con mestizas o indias eran ilegítimos. Los españoles eran conscientes de la importancia de la legitimidad de la “pureza de sangre”.

³¹ En el marco de este esfuerzo no se analiza la situación en Canadá pero será abordado en futuros análisis sobre el tema.

sociales se presenta frecuentemente en los aspectos ideológicos (herencia africana versus modelos europeos), en las creencias religiosas (cristianos/no cristianos)³², en las relaciones interétnicas (hindúes y afros), en acceso a los territorios como en Trinidad y Guyana.

La etnicidad del Caribe se constituye en oposición al ideal del “blanqueamiento”, realizando los valores de la “negritud” y de la cultura popular en la identidad nacional. Paralelamente, la presencia de una elite de color, con sólidas formas de representación políticas permitió asumir la dirección de los Estados y ocupar las posiciones más relevantes de gobierno originando las experiencias más acabadas en términos de relación entre cultura y política, no obstante lo cual algunos autores afirman que la herencia esclavista de otorgar al blanco un mayor status social sigue vigente (Trouillot 2000).

A modo de conclusión, se anota que la revisión de los grupos de descendencia afro y otras etnias originarias atravesaron durante el proceso social y político de construcción de la Región, etapas de extrema deprivación en términos económicos, jurídicos y sociales, marcadas por la sumisión político-militar y el esclavismo, que sin duda han dejado una impronta a lo largo de los siglos y se percibe una participación social y política restringida de las minorías y grupos étnicos, aún en la realidad social actual.

En síntesis, se constata que, a pesar de las diferencias sociales e históricas entre el norte y el sur de la región de las Américas, la interculturalidad que se produjo en ambas sub-regiones, tuvo y tiene rasgos comunes: la hegemonía blanca y la discriminación de los grupos subalternos (segregacionista en el norte, asimilacionista en el sur). Esta relación desbalanceada produce reducción de oportunidades para los grupos subalternos y ello genera el empobrecimiento de estas colectividades. En el Caribe inglés la historia produjo una situación peculiar de evolución del colonialismo esclavista en naciones negras, cuyas características escapan a las mencionadas arriba.

La salud de los individuos es producto de un proceso donde intervienen factores tales como la calidad de vida, el tipo de trabajo, y el medio ambiente, que siempre permea las relaciones de poder entre los grupos humanos.

Las estadísticas cuando están disponibles ponen de manifiesto que todavía persisten diferenciales en la situación de salud de los individuos en detrimento de los pueblos originarios y de los grupos afro-descendientes y una situación de desbalance en las posibilidades de acceso a la atención de salud y a la información sobre estilos de vida saludables.

³² Entre los de origen africano e hindúes en Guyana y Trinidad. Entre el creole e idiomas europeos.

Los saberes e instancias para curar, propios a los grupos étnicos, si bien fueron elementos presentes en el proceso cultural que dio lugar a la conformación de las cosmovisiones dominantes, muchas veces ocuparon un lugar de poca jerarquía y fueron desplazadas por otras prácticas y otro tipo de conocimiento.



Bibliografía

- Alponte JM. *Cristóbal Colón: Un ensayo histórico*. México. Fondo de Cultura Económica; 1992.
- Bakewell P. *A History of latin America*. Malden: Bakewell; 1997.
- Barrán JP. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: La Invención del Cuerpo, Tomo 3*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1995.
- _____. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: La Invención del Cuerpo. Tomo 1*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1992.
- Bernard C. *Descubrimiento, Conquista y Colonización de América a Quinientos Años*. México. Fondo de Cultura Económica; 1994.
- Bilby K. "Ethnogenesis in the Guianas and Jamaica: Two Maroon Cases" En: Hill (ed.) *History, Power, and Identity*. pp. 119-141.
- Cabieses F. (ed.) *Medicina Tradicional, Legislación y Relaciones Políticas en el área Azteca, Maya y Andina*. Lima: Imetra; 1994.
- Coimbra Jr. CEA. *Minorías Etnico Racionales, Desigualdad y Salud: Consideraciones Teóricas Preliminares. Salud, Cambio, Sociedad y Política; 1999*.
- Cose E. *Pride and Power*. *Newsweek* March 9; 1998. pp 41-48.
- del Río M "Riquezas y Poder: las Restituciones a los Indios del Repartimiento de Paria". In: *Saberes y Memorias en los Andes*. Bouysse-Cassagne (comp.) Paris/Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos; 1997: pp. 161-278.
- Favre H. *El Indigenismo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
- Girault R. *Los Kallawayas*. La Paz; 1987.
- Guss D. *Cimarrones, Theater and the State*. En: Hill. *History, Power and Identity; 1996*. pp. 180-192.
- Hill J (ed.) *History, Power, and Identity: Ethnogenesis in the Americas, 1942-1992*. Iowa Press; 1996.
- Hutchinson J y Smith A. *Ethnicity*. Oxford; 1996.
- Jameson F. y Zizek S. *Estudios Culturales, Reflexiones sobre el Multiculturalismo* (Introducción Gruner E.) Buenos Aires: Paidós; 1998.

Klein H *La Esclavitud Africana en América Latina y el Caribe*. Madrid: Alianza; 1986.

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; 1995.

Lofstrom W. *El Mariscal Sucre en Bolivia*. La Paz: Alenkar; 1983.

Luján Muñoz J, Chincilla Aguilar E. *Historia general de Guatemala*. Guatemala: Editorial Aguilar; 1994.

Meyer J. *Esclaves et Négrie*. Paris: Gallimard; 1998.

Singer L. Ethnogenesis and Negro Americans today. *Social Research* 29(4) 1962. pp. 419-432.

Socolow S. La Población de la América Colonial. En: Bernard C (Comp.) *Descubrimiento, conquista y colonización de América a quinientos años*. México: Fondo de Cultura Económica 1994. pp. 218-248.

Trabulse J. *La Medicina de México*. México: Fondo de Cultura Económica; 1983.

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*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/Banco Mundial; 2000. pp. 113-149.

The Black Market. *Little Known Facts About Facts About Slavery*. Website: theblackmarket.com

The Southern Education Foundation. *Beyond Racism: Embracing an Interdependent Future*. Atlanta: The Southern Education Foundation; 2000.

Wasserman J. *Cristóbal Colón*. Buenos Aires: Losada; 1991.

Yinger JM. Toward a Theory of Assimilation and Dissimilation. *Ethnic and Racial Studies* 1981. 4(3): 149-264.

