Acervo ISA

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
Data ___/___/___
Cod. I1D0000007

SALUD, CAMBIO SOCIAL Y POLÍTICA

PERSPECTIVAS DESDE AMÉRICA LATINA

Mario Bronfman y Roberto Castro,
coordinadores

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

International Forum for SOCIAL SCIENCES IN HEALTH

EDAMEX

Derechos Reservados © en 1999 por EDAMEX, S.A. de C.V.
e Instituto Nacional de Salud Pública

Acervo ISA

Minorías étnico raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares

Carlos E. A. Coimbra Jr.[1]

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene el propósito de plantear algunas consideraciones sobre el tema "minorías étnicas y raciales, desigualdad y salud", para propiciar la discusión sobre esta cuestión. La revisión bibliográfica no pretende ser exhaustiva, pero sí ilustrar los puntos que consideramos más importantes para abordar el tema. El lector observará que los ejemplos y referencias aluden, en su mayor parte, a Brasil. Este sesgo refleja, obviamente, el material bibliográfico con el cual estamos más familiarizados. El tiempo que tuvimos para elaborar este texto no fue suficiente para emprender una revisión realmente representativa de todos los países de América Latina.

Ahora conviene, para los fines de este trabajo, esclarecer la utilización de los términos 'etnia' y 'raza'. Su empleo en la literatura antropológica, sociológica o biomédica, acusa una evidente e importante confusión. Para algunos, 'raza' debería referirse únicamente a la dimensión biológica, mientras que 'etnia' debería ser la dimensión sociocultural (Anderson, 1996). A pesar de ello, es raro que ambos términos se usen con acepciones tan bien delimitadas. En las ciencias sociales contemporáneas de Brasil, por ejemplo, si el campo de estudio de las relaciones raciales ciertamente se refiere a menudo a categorías biológicas (fenotipo, por ejemplo), se preocupa, en general y sobre todo, por las dimensiones políticas y socioeconómicas en torno a los fenómenos 'raciales' (Maio y Santos, 1996). Y aunque se hagan necesarias, por cierto, mejores definiciones operacionales de 'raza' y 'etnia', llegar a ellas no es el objetivo de este trabajo. Tal y como podrá percibirlo el lector, emplearemos la expresión 'relaciones étnico-raciales', pero sin olvidar que la circundan dificultades semánticas.

Es bien sabido que en la mayor parte de los países las minorías étnicas y raciales se encuentran en situación de desventaja en relación a la sociedad dominante; y tratándose del continente americano, ésta tiende a constituirse, casi siempre, por individuos de fenotipo blanco.

De antemano debo resaltar que, a pesar de que el objetivo de este texto no es discutir la dinámica de los mecanismos de dominación —incluso porque tales mecanismos varían de un país a otro— ellos no son por cierto determinados con base en la mayoría poblacional. Por ejemplo, hay países o regiones en donde a pesar del predominio negro o indígena desde el punto de vista demográfico, tales grupos se encuentran en situación de desventaja en relación al segmento blanco de la población. O sea, una 'minoría étnica/racial puede ser 'mayoría' en términos demográficos y numéricos.

En Brasil, "... no obstante el discurso de corte asimilatorio y de igualdad racial, existen jerarquías de clasificación social que se basan en la idea de raza, utilizados para descalificar a los individuos o grupos" (Zeyferth, 1995:191). Esos sistemas de clasificación operan con base en características fenotípicas tales como el color de la piel, la estatura y el tipo de cabello, incluyendo toda una compleja red de asociaciones entre 'tipo racial' y comportamiento, personalidad y/o carácter.

[1] Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Brasil.

Acervo ISA

Conocer estas asociaciones es fundamental, pues sirven de referencia para que la sociedad dominante ejerza la discriminación.

De ahí que sea necesario definir lo que en este trabajo consideramos una 'minoría'. Adoptaremos el concepto ampliamente utilizado por la sociología de las relaciones raciales —que en Brasil consagraron los estudios sobre fricción inter-étnica (Oliveira, 1968 y 1972)—, según el cual "... un grupo cualquiera (étnico, religioso, nacional) constituye una minoría cuando la sociedad políticamente mayoritaria invoca las marcas 'raciales' o su origen para discriminarlo, segregarlo o perseguirlo, alimentando sobre el particular la más variada gama de preconceptos" (Oliveira, 1968:222. Ver, asimismo, Wagley y Harris, 1958). En este sentido, en la categoría 'minoría' se pueden incluir otros segmentos sociales, tales como miembros de determinadas religiones, mujeres, homosexuales y otros más. Tales grupos pueden definirse como "minorías", pues independientemente de la filiación étnico-racial o la representatividad demográfica, en la gran mayoría de las sociedades latinoamericanas se les sustrae sitemáticamente del ejercicio de su plena ciudadanía. (cf. Rose, 1968). Por razones de espacio y tiempo, en este texto nos limitaremos a abordar exclusivamente las llamadas minorías étnicas y raciales.

DESIGUALDADES SOCIALES Y MINORÍAS

En América Latina, los estudios acerca de los efectos de las desigualdades sociales sobre la salud tienden, en la mayoría de los casos, a privilegiar el análisis de la desigual composición socioeconómica de la población como elemento central de sus modelos explicativos. Más recientemente, en el análisis de la distribución de los daños a la salud en general se ha observado un cierto énfasis en el uso del concepto "espacio". En ambos casos, no es evidente una preocupación sistemática por parte de las ciencias sociales ni tampoco por parte de las ciencias de la salud para profundizar en el análisis sobre el peso de la dimensión étnico racial en la producción diferenciada de enfermedades en la población.

En realidad, podríamos hasta afirmar que hay un cierto tabú o, como algunos autores prefieren llamarla, una cierta "miopía" (Maggie, 1996) por parte de las ciencias sociales para lidiar con la variable "raza". Según Maggie, "... nuestro mito [en el caso de Brasil] de democracia racial nos obliga a desviar la mirada de ese antagonismo [negro vs. blanco] dado que ella reproduce posiciones sociales desiguales entre negros y blancos" (1996:229).

En Brasil, por ejemplo, persiste una elaborada doctrina de "democracia racial" marcada por un discurso que es francamente asimilacionista (Agier, 1992; Hasenbalg, 1996; Maggie, 1995; Seyferth, 1995; Skidmore, 1974). De ese modo, se evita de alguna manera abordar el tema de la raza, mucho menos aún si hay alguna insinuación de que existe discriminación o el preconcepto. Uno de los ejemplos más contundentes de la amplitud de esta política sobre recolección de datos e investigación tal vez haya sido la decisión del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística de no incluir en el censo de 1970 la pregunta sobre el "color". Los efectos de esta doctrina son evidentes también en otros países de América Latina, aunque posiblemente no con la misma intensidad que ocurre en Brasil; es el caso, por ejemplo, de Colombia (Wade, 1993) y de Venezuela (Wright, 1990), entre otros.

Sin embargo, los estudios sobre desigualdades sociales no pueden dejar de tomar en cuenta las cuestiones de la raza y la etnia como factores determinantes en la producción de las enormes distorsiones que se verifican en la composición de los principales indicadores sociales en América Latina. Ello porque en aquellas sociedades en las cuales determinadas características fenotípicas pueden estar presentes en una de las vertientes que estructuran un sistema de cla-

Acervo ISA

ses y jerarquías sociales complejo y rígido, ser negro o indio puede, de por sí, restringir tremendamente las posibilidades de movilidad social y ascenso y, en consecuencia, limitar el acceso a servicios de salud, educación e higiene, entre otros.

En el caso de América Latina, los cálculos dan cuenta de que aproximadamente 35 por ciento de la población vive en estado de pobreza absoluta. Datos recientes indican que existen 204 millones de pobres en la región (Briceño-León, 1993), con una nítida tendencia hacia el incremento de las desigualdades, particularmente en lo que se refiere a la distribución del ingreso per cápita (Bergström, 1994; Durning, 1989). Desde el punto de vista económico, Brasil era, en los años ochenta, un país que mostraba una muy elevada concentración del ingreso: el 1 por ciento de los más ricos concentraba cerca del 13 por ciento del ingreso total, mientras la mitad más pobre de la población detentaba 13.4 por ciento (Miller, 1994). Siguiendo a este mismo autor, dicho panorama parece estar todavía más marcado en la década actual, con el 1 por ciento más rico de la población apropiándose de 14.6 por ciento del ingreso total, mientras que el 50 por ciento más pobre detenta apenas 11.2 por ciento del ingreso. A pesar de haberse enfatizado poco, la discrepancia que se verifica en la distribución del ingreso en la gran mayoría de los países de América Latina está relacionada con la cuestión étnico racial. Esto quiere decir que, por regla general, los blancos se encuentran entre los más ricos siendo mayoría entre las clases media y alta, mientras los negros y los indios son relegados a los estratos sociales donde hay más pobreza.

En el campo de la educación, análisis sobre rendimiento de la enseñanza y nivel de escolaridad revelan que los niños y niñas negros o mestizos tienden a alcanzar menos años de aprendizaje formal que los niños y niñas blancos. Los datos del censo brasileño de 1991 indican, por ejemplo, que en el grupo de edad de entre 15 y 19 años que ya debería haber concluido su primer grado y estar en vías de concluir el segundo, 14.4 por ciento de los negros todavía no estaba alfabetizado, cuando la proporción de analfabetos entre los blancos de ese mismo grupo de edad era de 4.9 por ciento (Barcelos, 1992; Hasenbalg y Silva, 1990). Este panorama se mantiene aún después del controlar las diferencias socioeconómicas.

Es obvia la conclusión de que, en relación al mercado de trabajo, el grupo de los no blancos está en desventaja; esta circunstancia surge de su menor nivel educativo, independiente de la discriminación racial que puedan sufrir, particularmente en algunas actividades que son más visibles, como por ejemplo en la publicidad, en las oficinas o incluso en las tiendas. Según Sansone (1996:40), es en el trabajo y en su búsqueda donde los negros informan experimentar mayor discriminación. Evidentemente, la discriminación ocupacional y la discriminación salarial están ligadas, pues al predominar negros y mestizos en los puestos que requieren de menos calificaciones técnicas, son los peor remunerados. De ello resulta que el ingreso promedio de negros y mestizos en Brasil sea de la mitad o menos de la que obtiene la población blanca. Aun en lo que se refiere al desempeño profesional, se debe mencionar la existencia de importantes mecanismos de discriminación, principalmente en relación a los negros, que limitan sus oportunidades de ascenso dentro de las ocupaciones que realizan (Batista y Galvão, 1992, Hasenbalg, 1988, 1996; Porcaro, 1988, Silva, 1985).

Pero, además, hay que considerar la segregación espacial, que conduce a la formación de guetos o enclaves en determinados barrios o sectores situados en la periferia de los centros urbanos. Es común que tales guetos se ubiquen en regiones menos valoradas desde el punto de vista urbanístico y/o inimobiliario, y que se caractericen por la insuficiencia de servicios tales como transportes, higiene, vigilancia policiaca, entretenimiento, y otros. A menudo se ubican también en sectores que están sujetos a una fuerte

Acervo ISA

contaminación industrial y que, por eso mismo, representan riesgos inmediatos para la salud (Brown, 1995). Al caracterizar estas situaciones, ciertos autores han acuñado el término "racismo ambiental" (Grossman, 1993). Es el caso, por ejemplo, de los guetos negros, "chicanos" o portorriqueños en las grandes ciudades estadounidenses, donde innumerables estudios socioepidemiológicos han demostrados niveles más elevados de morbimortalidad entre sus habitantes, al compararseles con los indicadores registrados para el distrito o municipio como un todo (Cooper y cols., 1981; Kumanyika y Golden, 1991; Lillie-Blanton y cols., 1996).

Al contrario de lo que ocurre en Estados Unidos, donde la segregación espacial en el medio urbano según raza y/o etnia es un tema de investigación por lo menos desde los años treinta o cuarenta, en América Latina este tópico no parece despertar mucho interés todavía. En realidad, hay una clara tendencia a interpretar la formación de guetos no tanto como resultante de la discriminación étnico-racial propiamente dicha, sino como reflejo del propio sistema de clases sociales. El estudio reciente de Telles (1993), mientras tanto, desmiente este supuesto al demostrar que en Brasil sí existe la segregación residencial asociada a la raza. Si entre los más pobres hay una mayor interacción inter-racial, por lo que hace a la vivienda se percibe un aumento en los niveles de segregación habitacional en las áreas residenciales en donde moran grupos que perciben mayores ingresos. De ahí que los barrios de clase media sean típicamente blancos y las favelas típicamente negras (en las favelas de las grandes ciudades de la región de la Amazonia, el elemento negro es en gran medida sustituído por el indio o caboclo).

La migración indígena hacia las ciudades brasileñas, un fenómeno poco estudiado aún, parece estar ocurriendo con mayor frecuencia a raíz de la absorción de los indígenas en los mercados regionales, de la reducción de las áreas de tierras propicias para la agricultura, y de la insuficiente infraestructura y disponibilidad de servicios esenciales —salud y educación— en las reservas indígenas, entre otros factores. En la actualidad, según lo que estima el Instituto Socioambiental (São Paulo), "... 40 por ciento de la población indígena del país vive en las regiones más ocupadas del nordeste, el este y sur de Brasil, confinadas a 2 por ciento de la extensión de las tierras indígenas" (Ricadro, 1996:xii). La presencia indígena en las ciudades brasileñas suele caracterizarse por su inserción marcadamente periférica, habitando en grupos de tamaño variable que se sitúan en las favelas más pobres, donde son blanco de una fuerte discriminacicón.

A raíz de uno de los primeros estudios sobre organización indígena llevado a cabo en Brasil entre los terena del estado de Mato Grosso del Sur, Oliveira (1968:226) concluyó que "... siempre que su etnia [o condición de indio] se manifiesta, lo que es muy frecuente gracias al fenotipo que va ligado a un comportamiento característico [postura, una pobre vestimenta y principalmente el modo de hablar], las relaciones con el blanco tienden a asumir aspectos paternalistas o agresivos". En Manaus, en el estado de Amazonas, Fígoli (1985) estudió el proceso migratorio de las etnias indígenas de la zona de Alto Río Negro (Tukáno, Desána, Baniwa, Baraçana, entre otras) hacia la ciudad, y llamó la atención al surgimiento de una "nueva" etnicidad, la del indio "genérico" o la del "caboclo", en oposición al blanco. También en el nordeste brasileño, la urbanización de los grupos indígenas se ha intensificado en los últimos diez años. En estos casos, la migración hacia las ciudades no se restringe a los centros urbanos regionales; más bien se extiende hasta ciudades muy distantes, en el sur del país. Es el caso, por ejemplo, de los pankararú, originalmente del estado de Pernambuco, y que hoy tienen a cerca de la mitad de su población (aproximadamente 1,500 personas) viviendo en una favela en la periferia de la ciudad de São Paulo (Oliveira, 1996; Paiva, 1997).

Acervo ISA

LAS FUENTES DE DATOS

En Brasil existen importantes bases de datos para la construcción de indicadores sociales y de salud, tales como los censos decenales (producidos por el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística), las Investigaciones Nacionales de Muestra por Domicilio (PNADs por sus siglas en portugués), así como las autorizaciones para los internamientos hospitalarios del Sistema Unificado de Salud, SUS, lo mismo que estadísticas de mortalidad (ambas puestos a la disposición por el Ministerio de Salud). Además, existen investigaciones específicas financiadas por el gobierno, tales como el Estudio Nacional del Gasto Familiar (Endef por sus siglas en portugués) de 1974/77, y la Investigación Nacional sobre Salud y Nutrición (PNSN por sus siglas en portugués) de 1989, que han producido bancos de datos que permiten evaluar las condiciones nutricionales, el consumo alimentario, la cobertura de vacunas y la mortalidad infantil, entre otros aspectos. Desafortunadamente, estos bancos no permiten disociar datos según raza o etnia. En consecuencia, no siempre está garantizada la posibilidad de un análisis más micro, considerando la variable "raza" o "etnia", a modo de dar mayor visibilidad a las situaciones que viven estratos de la población que suelen mantenerse al margen del sistema socioeconómico y político que rige al país. En otras palabras, por más que se disponga de información, por ejemplo, acerca del perfil de la morbimortalidad de la malaria en los estados de la Amazonia, no hay manera de saber cómo se comportan estos parámetros epidemiológicos entre los diferentes grupos indígenas que existen en la región. Es interesante notar que en los casos en que la variable "raza" y/o "etnia" está disponible (como en el caso de la PNSN), casi nunca se le utiliza. Por regla general, se privilegia el análisis por nivel socioeconómico (Monteiro y cols., 1993, 1995a, 1995b).

En el caso particular de los grupos indígenas de Brasil, la falta de información es tal que ni el mismo censo decenal realiza el levantamiento demográfico de esas poblaciones. El Anuario Estadístico de Brasil de 1992, al divulgar los datos del censo nacional de 1991, incluyó apenas "estimados" de las poblaciones indígenas. Por lo tanto, la información de que se dispone sobre estos grupos se basa en levantamientos realizados por organizaciones no gubernamentales, misiones religiosas o antropólogos, muchos de los cuales se realizaron en los años ochenta (Ricardo, 1996). En cuanto a los fallecimientos entre los indígenas, éstos se calculan a partir de las estadísticas nacionales de mortalidad cuando ocurren en los hospitales (lo cual representa la minoría de los casos). Aun así, como no es posible desagregar esos datos según grupo étnico, no se sabe a ciencia cierta cuántos indígenas mueren en el país y por qué causas.

Evidentemente que son muchas las implicaciones de orden práctico que resultan de esta "miopía" presente en las estadísticas nacionales. ¿Cómo dirigir las políticas y los planes de acción social hacia los grupos que viven en situaciones de aislamiento y marginalidad en el contexto regional? ¿Cómo evaluar el impacto de programas nacionales —como, por ejemplo, de control de enfermedades endémicas y la vacunación— entre grupos étnicos minoritarios a partir de indicadores macro-regionales o nacionales que no son sensibles a la detección de la dinámica de los procesos salud/enfermedad en el nivel micro? Frente a la inexistencia de datos, también están comprometidas la planeación y la ejecución de programas de prevención que busquen atender a grupos específicos de la población que son más vulnerables o susceptibles (ya sea en el orden biológico o socio-cultural) a determinadas enfermedades. Es el caso, por ejemplo, de la anemia falciforme y de la hipertensión arterial entre poblaciones negras, o de la obesidad y de la diabetes *mellitus* tipo II

Acervo ISA

en poblaciones amerindias (James y cols., 1991; Polednak, 1989; Weiss y cols., 1984).

MINORÍAS, SALUD Y ENFERMEDAD

A pesar de que diversos autores apuntan hacia la cuestión de la etnia/raza en la producción de enfermedades, son pocos los que en realidad han demostrado empíricamente la existencia de tal asociación. En Brasil, en particular, los estudios médicos o epidemiológicos que emplean la categoría "raza" o "etnia", en general dan a estas variables un tratamiento esencialmente tipológico. Este abordaje se identifica fácilmente, por ejemplo, en la medicina tropical, donde es común que los modelos busquen, entre otros, estratificar la casuística de las formas clínicas de las diversas endemias infectoparasitarias según la tipología racial clásica blanca, parda o negra, tan en boga en la medicina y la antropología física de comienzos del siglo. Las limitaciones de esta tipología son muchas y han sido señaladas por diversos autores. A su vez, la adopción del concepto "etnia" en los estudios médico-epidemiológicos tiende a ser igualmente problemática, pues en la práctica lo que se verifica es la simple equiparación entre "raza" y "etnia" (una situación semejante ocurre en los estudios sobre "género"; sus autores, en la gran mayoría de los casos, trabajan en realidad con la variable "sexo"). No pretendo extenderme sobre este tema, pero sí considero que la discusión sobre estas cuestiones está lejos de resolverse (Cooper, 1984; Cooper y David, 1986; Crews y Bindon, 1991; Goodman, 1997; Weissman, 1990).

La relación salud-enfermedad y minorías étnicas-raciales puede abordarse desde dos vertientes que, a nuestro modo de ver, son complementarias: 1) la salud y la enfermedad como resultantes de desigualdades sociales y/o discriminaciones étnico-raciales; y 2) la salud y la enfermedad como resultantes de circunstancias biogenéticas y de que ocurren entre los grupos étnico-raciales.

La discriminación étnico-racial que experimentan miembros de grupos minoritarios puede tener un gran impacto sobre el individiuo y/o el grupo, generando estrés y enfermedades relacionadas con él (Griffith y Griffith, 1986). Experimentar situaciones de discriminación puede ser, de por sí, un elemento capaz de desencadenar enfermedades. Tal hecho se agrava aun mas cuando la experiencia se vive en el contexto de un servicio destinado a la atención en salud. Estas situaciones pueden generar emociones fuertes, que van del miedo y la desconfianza a la rabia y la frustración, comprometiendo así la calidad y credibilidad de los servicios que se brindan, pero también la propia salud del individuo (Broman, 1996; Krieger, 1990).

Desde el punto de vista epidemiológico, un estudio particularmente importante es el que Wood y Carvalho (1994) realizaron en Brasil para analizar datos sobre mortalidad del período 1950 a 1980. La persistencia de desigualdades raciales sobre la estadísticas de la mortalidad es evidente. Por ejemplo, en lo que atañe a la esperanza de vida al nacer, los autores demuestran que a pesar de las mejoras experimentadas tanto por los niños y niñas blancos como por los niños y niñas no blancos, se mantiene una diferencia del orden de 6.5-7.5 años de vida de más entre los primeros en relación a los niños y niñas no blancos. Aun durante los años ochenta, la mortalidad infantil por cada 1,000 nacidos vivos era de 77 para los blancos y 105 para el conjunto de los no blancos (Hasenbalg, 1996:239).

Para Wood y Carvalho, la divulgación de las nuevas tecnologías médicas, aliada a la mejora en el patrón de vida, explicarían la caída acelerada de la mortalidad que se ha verificado en Brasil, principalmente a partir de los años setenta. Pero, a pesar de ello, dado que el acceso a las tecnologías así como la mejora relativa de las condiciones de vida no se dieron por igual, debe considerarse,

Acervo ISA

en el nivel macro, el efecto del desarrollo desigual según la región del país y, en el nivel micro, el de la marginalización y la discriminación étnico-racial en la determinación de las diferencias que se observan entre blancos y no blancos. Con relación a este último nivel de análisis, la observación de indicadores seleccionados (nivel de educación de las mujeres y disponibilidad de agua entubada en los domicilios) muestra la existencia de una fuerte desigualdad, que revela que "... la raza de la madre continua asociada con la mortalidad infanto-juvenil [aun cuando] posteriormente se eliminen los efectos de determinantes socioeconómicos tales como el ingreso, el nivel de educación y el acceso al agua potable" (Wood y Carvalho, 1994:175). Por ejemplo, la constatación de que, según el censo de 1980, 78 por ciento de las familias blancas que vive en las áreas metropolitanas poseía agua entubada, contra 53 por ciento entre las familias no blancas, revela la existencia de una importante segregación residencial (Wood y Carvalho, 1994).

Los pocos estudios sobre salud y raza/etnia tratan, casi en su totalidad, de poblaciones urbanas. Para la gran mayoría de los países de América Latina, esto significa que las poblaciones amerindias rara vez se incluirán en estos análisis, teniendo en mente que, a pesar de una tendencia a la urbanización indígena que se verifica en varias regiones, éstas se mantienen predominantemente rurales. De este sesgo resulta que cuando hablamos de estudios de raza/etnia y salud, en general nos estamos refiriendo a los negros y/o mestizos. Mientras tanto, los pocos trabajos publicados sobre poblaciones indígenas demuestran de manera contundente una situación de enorme desventaja y marginalización (cf. Cimi, 1966; Santos y Coimbra Jr., 1994; Sepúlveda, 1993). Esto se refleja en una mala calidad de vida, en enormes dificultades para acceder a los servicios en general, y en indicadores de salud por debajo de los promedios nacionales y regionales.

En Panamá, por ejemplo, un niño indígena tiene 3.5 veces más probabilidades de morir antes del primer año de vida que un niño no indígena (OPS, 1996). Según Douglas (1991), "... la pobreza indígena posee características muy similares entre los distintos grupos representativos de Panamá... alta incidencia de desnutrición, niveles elevados de fecundidad, elevada morbilidad por enfermedades infecto contagiosas y, como colofón, elevadísimas tasas de mortalidad infantil". En México, "... la población indígena [...] vive en condiciones notablemente más precarias que el resto de la sociedad nacional [caracterizada por] alta mortalidad (8.5 por ciento de los hijos de mujeres de 25 a 29 años había fallecido al momento del censo, casi el doble que el promedio nacional de 4.7%" (Sepúlveda, 1993:49). Entre los yanomámi, en la región de la frontera entre Brasil y Venezuela, la esperanza de vida al nacer es de 38.5 años para los hombres y 40.5 años para las mujeres (Early y Peter, 1990:73), muy por debajo, por lo tanto, de los promedios de la región de América Latina.

La otra vertiente teórica que a nuestro modo de ver debe contemplarse, nos remite a los estudios bio-genéticos que han desarrollado principalmente la genética médica, la genética poblacional y la bioantropología. Más recientemente, los campos de la epidemiología genética y la epidemiología molecular han experimentado un rápido desarrollo, con importantes contribuciones a la discusión sobre la interacción genoma/ambiente en la determinación del proceso salud/enfermedad (cf. Castiel, 1994; Loomis y Wing, 1990).

En los análisis sobre las interacciones entre etnia/raza y enfermedades, en general se relega a un segundo plano la dimensión biológica, dando prioridad a la cuestión socioeconómica. De un algún modo, esto refleja un cierto "preconcepto" de las ciencias sociales al lidiar con explicaciones de cuño biológico. Uno de los ejemplos mejor conocidos de asociaciones entre genotipo, ambiente y enfermedad es el de la hemoglobi-

Acervo ISA

na S, una variante de la molécula de la hemoglobina relativamente más frecuente entre individuos que tienen ancestros en Africa Central u Occidental. Este genotipo, en la heterocigosis, confiere protección a la infección por *Plasmodium falciparum*. En la homocigosis, mientras tanto, produce un cuadro grave de anemia crónica y profunda conocido como "anemia falciforme" (Allison, 1954; Livingstone, 1958). De algun modo, existe consenso acerca del hecho que individuos de piel oscura, principalmente los negros, son menos susceptibles al cáncer de piel inducido por la exposición a los rayos ultravioleta (Polednak, 1989). Varios estudios realizados con grupos amerindios en proceso de aculturización (por lo general marcado por profundos cambios en la dieta y una reducción acentuada de la actividad física), confirman su mayor susceptibilidad biológica a un complejo de dolencias metabólicas crónicas (diabetes *mellitus* tipo II, obesidad, cálculos en las vías biliares e hipertensión), que Weiss y colaboradores (1984) denominan "síndrome de enfermedades metabólicas del Nuevo Mundo" (Neel, 1962, Weiss y cols., 1989).

COMENTARIOS FINALES

Los conceptos de "raza" y "etnia" ocupan un espacio muy restringido todavía en la agenda de la investigación sobre desigualdad y salud en América Latina. Entre las razones para esta situación, se puede mencionar la tendencia a no considerar la raza/etnia como variable de importancia en la construcción de modelos sobre desigualdades —reflejo de ciertas ideologías nacionales y del mito de la democracia racial—, a más de una constante referencia a las dificultades encontradas para operacionalizar tales conceptos.

Como procuramos demostrar en esta revisión, en América Latina las minorías étnicas y raciales experimentan situaciones de exclusión, marginalidad y discriminación que, en última instancia, las colocan en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una serie de daños. Coeficientes de morbimortalidad más altos que los registrados en el nivel nacional, hambre y desnutrición, riesgos ocupacionales y violencia social, son apenas algunos de los múltiples factores de la estructura desigual de nuestras sociedades que se reflejan en la salud y que afectan de forma particular a determinadas minorías. En este trabajo enfocamos nuestros comentarios en torno a los negros y los amerindios, aunque no dejamos de reconocer la existencia de muchas otras situaciones de exclusión y discriminación (trátese del género, la religión o la nacionalidad), presentes en gran parte de los países de la región. De ahí que sea fundamental que los investigadores en ciencias sociales y en ciencias de la salud sumen esfuerzos con el propósito de profundizar sobre los conocimientos acerca de las múltiples interfaces de los efectos de la dimensión étnico-racial sobre la salud. Creemos que con base en esos conocimientos podremos combatir con mayor fuerza todas las formas de discriminación y, simultáneamente, identificar mejor a los grupos que requieren que sus demandas de atención a la salud y la enfermedad se enfoquen de manera especial.

REFERENCIAS

Agier M. 1992. "Etnopolítica. A dinâmica do espaço afrobaiano", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, Vol. 22.

Aguiar N. 1993. "Desigualdades sociais e pobreza por gênero e raça no Rio de Janeiro", *Agenda de Políticas Públicas*, Vol. 4, pp. 21-47. Río de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Río de Janeiro.

Allison AC. 1954. "Protection afforded by sickle-cell trait against subtertian malarial infection", *British Medical Journal*, 1:290-294.

Acervo ISA

Anderson R. 1996. *Magic, Science, and Health: The Aims and Achievements of Medical Anthropology*. New York: Harcourt Brace.

Barcelos LC. 1992. "Educação: Um quadro das desigualdades raciais", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, 23:37-95.

Batista MAR. y Galvão OMR. 1992. "Desigualdades raciais no mercado de trabalho brasileiro", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, Vol. 23.

Bergström S. 1994. "The pathology of poverty", en: Lankinen KS, Bergström S, Mäkelä PH y Peltoma M (Eds.): *Health and Disease in Developing Countries*, pp. 3-12. London: MacMillan.

Briceño-León R. 1993. "Población, salud y ambiente en el desarollo latinoamericano", *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 3:90-104.

Broman CL. 1996. "The health consequences of racial discrimination: A study of African Americans", *Ethnicity and Disease*, 6:148-153.

Brown P. 1995. "Race, class, and environmental health: A review and systematization of the literature" *Environmental Research*, 69:15-30.

Castiel LD. 1994. ¿Uma saúde pública molecular?, *Cadernos de Saúde Pública*, 10:285-319.

Cimi (Conselho Indigenista Missionário). 1996. *A Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil*. 1994-1995. Brasília: Cimi.

Cooper RS. 1984. "A note on the biologic concept of race and its application in epidemiologic research", *American Heart Journal*, 108:715-723.

Cooper RS y David R. 1986. "The biological concept of race and its application to public health and epidemiology", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11:97-116.

Cooper RS, Steinhauer M, Miller W, David R y Schatzkin A. 1981. "Racism, society, and disease: An exploration of the social and biological mechanisms of differential mortality", *International Journal of Health Services*, 11:389-413.

Crews DE y Bindon JR. 1991. "Ethnicity as a taxonomic tool in biomedical and biosocial research", *Ethnicity and Disease*, 1:42-49.

Douglas LM. 1991. *Hombre-Espacio-Salud. Análisis Geográfico de la Mortalidad Infantil en Panamá*. Colección Miscelánea del Centro de Investigaciones Antropológicas, Vol. 2. Panamá: Universidad de Panamá.

Durning AB. 1989. *Poverty and the Environment: Reversing the Downward Spiral*. New York: Worldwatch Institute.

Early JD y Peters JF. 1990. *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. San Diego: Academic Press.

Fígoli LHG. 1985. "Indentidad regional y 'caboclismo': índios del Alto Rio Negro en Manaos", *Anuario Antropológico*, 83:119-154.

Goodman AH. 1997. "Bred in the bone?", *The Sciences*, 37:20-25

Griffith EEH y Griffith EJ. 1986. "Racism, psychological injury, and compensatory damages", *Hospital and Community Psychiatry*, 37:71-75.

Grossman K. 1993. "Environmental racism", en: Harding S (Ed.): *The "Racial" Economy of Science: Toward a Democratic Future*, pp. 326-334. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press.

Hasenbalg CA. 1988. "Desigualdades raciais no Brasil", en: Hasenbalg C y Silva NV (Orgs.): *Estrutura Social, Mobilidade e Raça*, pp. 115-143. São Paulo: Edições Vértice.

Acervo ISA

Hasenbalg CA. 1996. "Entre o mito e os fatos: Racismo e relações raciais no Brasil", en: Maio MC e Santos RV (Eds): *Raça, Ciência e Sociedade*, pp. 235-249. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Hasenbalg CA y Silva NV. 1990. "Raça e oportunidades educacionais no Brasil", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, 18:73-101.

James SA, Almeida-Filho N y Kaufman JS. 1991. "Hypertension in Brazil: A review of the epidemiological evidence", *Ethnicity and Disease*, 1:91-98.

Krieger N. 1990. "Racial and Gender Discrimination: Risk Factors for High Blood Pressure?", *Social Science and Medicina*, 30:1273-1281.

Kumanyika SK y Golden PM. 1991. "Cross-sectional differences in health status in U.S. racial/ethnic minority groups: Potential influence of temporal changes, disease, and life-style transitions", *Ethnicity and Disease*, 1:50-59.

Lillie-Blanton M, Parsons PE, Gayle H y Dievler A. 1996. "Racial differences in health: Not just black and white, but shades of gray", *Annual Review of Public Health*, 17:411-448.

Livingstone FB. 1958. "Anthropological implications of sickle cell gene distribution in West Africa", *American Anthropologist*, 60:533-562.

Loomis D y Wing S. 1990. "Is molecular epidemiology a germ theory for the end of the twentieth century?", *International Journal of Epidemiology*, 19:1-3.

Maggie Y. 1996. "Aqueles a quem foi negada a cor do dia": As categorias cor e raça na cultura brasileira", en: Maio MC y Santos RV (Orgs.): *Raça, Ciência e Sociedade*, pp. 225-234. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Maio MC y Santos RV (Orgs.) 1996. *Raça, Ciência e Sociedade*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Miller L. 1994. "Desigualdade na distribuição de renda no Brasil", *Debates Sociais*, Río de Janeiro, 27(52/53):45-47.

Monteiro CA, Benício MHA, Iunes R, Gouveia NC y Cardoso MAA. 1995. "Evolução da desnutrição infantil", en: Monteiro CA (Org.): *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*, pp. 93-114. São Paulo: Hucitec.

Monteiro CA, Benício MHA, Iunes R, Gouveia NC, Taddei JAAC y Cardoso MAA. 1993. ENDEF y PNSN: "¿Para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira?", *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (Supl.1):85-94.

Monteiro CA, Souza ALM.y Mondini L. 1995. Evolução da desnutrição entre adultos, en: Monteiro CA (Org.): *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças*. São Paulo: Hucitec, pp. 115-125.

Neel JV. 1962. "Diabetes mellitus: A 'thrifty' genotype rendered detrimental by "progress ", *American Journal of Human Genetics*, 14:353-362.

Oliveira JP. 1996. "Fronteiras étnicas e identidades emergentes", en Ricardo CA (Ed.): *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995*, pp. 477-512, São Paulo: Instituto Socioambiental.

Oliveira RC. 1968. *Urbanização e Tribalismo: A Integração dos Índios Terêna numa Sociedade de Classes*. Río de Janeiro: Zahar Editores.

Oliveira RC. 1972. *O Índio e o Mundo dos Brancos*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 2a. edição.

Acervo ISA

OPS (Organización Panamericana de la Salud). 1996. Inequities in health and the region of the Americas. *Epidemiological Bulletin*, 17(3):1-9.

Paiva MR. 1997. "Índios se agrupam em favela de São Paulo", *Folha de S. Paulo*, São Paulo, Caderno 3, p. 5, 2 de março.

Polednak AP. 1989. *Racial and Ethnic Differencse in Disease*. New York: Oxford University Press.

Porcaro RM. 1988. "Desigualdade racial e segmentação do mercado de trabalho", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, 15:171-207.

Ricardo CA. 1996. "A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil", en: Ricardo CA (Ed.): *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995*, pp. i-xii, São Paulo: Instituto Socioambiental.

Rose AM. 1968. "Monorities", en: Sills DL (Ed.): *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Vol. 10, pp. 365-371. New York: MacMillan/ Free Press.

Sansone L. 1996. "As relações raciais em Casa Grande e Senzala revisitadas à luz do processo de internacionalização e globalização", en: Maio MC y Santos RV (Eds.): *Raça, Ciência e Sociedade*, pp. 207-218. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Santos RV y Coimbra Jr CEA. 1994. "Contato, mudanças socioeconômicas e a bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia brasileira", en: Santos RV y Coimbra Jr CEA (Orgs.): *Saúde e Povos Indígenas*, pp. 189-212. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.

Sepúlveda J (Coord.). 1993. *La Salud de los Pueblos Indígenas en México*. México, D.F.: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional Indigenista.

Seyferth G. 1995. "A invenção da raça e o poder discrecionário dos estereótipos", *Anuário Antropológico*, 93:175-203.

Silva NV. 1985. "Updating the cost of not being white in Brazil", en: Fontaine PM (Ed.): *Race, Class and Power in Brazil*, Los Angeles: Center for Afro-American Studies, University of California.

Skidmore TE. 1974. *Black into White, Race and Nationality in Brazilian Thought*. New York: Oxford University Press.

Telles EE. 1993. "Cor de pele e segregação residencial no Brasil", *Estudos Afro-Asiáticos*, Río de Janeiro, vol. 24.

Wade P. 1993. *Blackness and Race Mixture. The Dynamics of Racial Identity in Colombia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Wagley C. ye Harris M. 1958. *Minorities in the New World*. New York: Columbia University Press.

Weiss KM. Ferrell RE y Hanis CL. 1984. "A New World syndrome of metabolic diseases with a genetic and evolutionary basis", *Yearbook of Physical Anthropology*, 27:153-178.

Weiss KM, Ulbrecht JS, Cavanagh PR y Buchanan AV. 1989. "Diabetes mellitus in American Indians: Characteristics, origins and preventive health care implications", *Medical Anthropology*, 11:283-230.

Weissman A. 1990. " 'Race-ethnicity': A dubious scientific concept", *Public Health Reports*, 105:102-103.

Wood CH y Carvalho JAM. 1994. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Traducción de H.C. Pimenta. Río de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.

Wright WR. 1990. *Café con Leche. Race, Class, and National Image in Venezuela*. Austin: University of Texas Press.