



Revista Ciencias de la Salud
ISSN: 1692-7273
ISSN: 2145-4507
rev.cienc.salud@urosario.edu.co
Universidad del Rosario
Colombia

Cortés-García, Claudia Margarita
Etnicidad y salud. Una reconceptualización necesaria 1
Revista Ciencias de la Salud, vol. 18, núm. 1, 2020, -Junio, pp. 6-9
Universidad del Rosario
Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56262799001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Etnicidad y salud. Una reconceptualización necesaria¹

Claudia Margarita Cortés-García, PhD²

• Qué significa lo étnico y la etnicidad, la diferencia y la diversidad en el discurso de la salud? ¿Qué significa la salud con enfoque étnico? Estas preguntas logran un lugar central cuando se consigna que la región de las Américas es heterogénea y que, en este sentido, los grupos tienen necesidades distintas. En lo relacionado con la salud, se plantea que este reconocimiento implica enfoques socioculturales diferenciados para mejorar las condiciones de vida de las personas, tanto en una dimensión individual como en una colectiva. Debe mencionarse también que no es nuevo el trabajo desde dicho reconocimiento, y tampoco, tácito.

Por un lado, hablar de etnia y etnicidad es referirse a conceptos de larga tradición. Su uso se relaciona con tres adscripciones: la primera, usada hasta la primera mitad de siglo xx, que se refería a las concepciones de exotismo y primitivismo (1), apuntando hacia un “otro” “extraño”, “lejano” y “salvaje” (2). La segunda, presente entre las décadas de los cincuenta y de los ochenta del siglo xx, en que “lo étnico” (habitualmente identificado en América Latina con “lo indígena”) fue asimilado a lo “atrasado”, lo refractario al desarrollo (3). En ese momento, el concepto se asimiló a las diferentes acciones que hay que poner en marcha para la integración de los “pueblos diferentes” a la “sociedad nacional”. Como menciona Rutherford, lo étnico se relacionó con una categoría social, dinámica, neutral y *políticamente correcta* para diferenciar lo desarrollado y lo no desarrollado, lo conocido y lo desconocido, lo mayoritario y lo minoritario, lo central y lo periférico (4).

La tercera adscripción transita con la crisis del modelo nacional-desarrollista y la consolidación del neoliberalismo. A inicios de la década de los ochenta comenzó un paulatino reconocimiento de la alteridad cultural y, con ello, la necesidad de renovar los marcos constitucionales, aunado a las plataformas organizativas de corte étnico-identitario (3). Inició la emergencia de las políticas de reconocimiento, las cuales incidieron en la necesidad de la revalorización de la alteridad cultural, a fin de responder a las particularidades de cada grupo en los diferentes países y regiones (3). De acuerdo con Bretón Solo de Zaldívar (3), se buscó asumir y apoyar determinadas demandas de carácter cultural (derechos de los pueblos

¹ Parte de las reflexiones expuestas en este editorial están basadas en el estado del arte del trabajo “Representaciones sociales del cáncer de cuello uterino en mujeres wayuu, en prestadores de servicios de salud y en tomadores de decisión del municipio de Uribe del Departamento de La Guajira, Colombia”, mi tesis doctoral en Salud Pública.

² Escuela de Ciencias Humanas y Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Autora de correspondencia: claudiam.cortes@urosario.edu.co

y nacionalidades al reconocimiento y visualización de su diferencia), obviar los planteamientos alternativos que pusieran en entredicho la lógica del modelo de acumulación dominante y profundizar la vía asistencialista de intervención sobre los grupos y las comunidades. En ese contexto, la etnicidad, siguiendo a Fontaine (5), maduró un discurso renovado sobre la legitimidad del otro a través de la reivindicación de derechos, del derecho a la consulta y a la participación, a la formulación de un proyecto político y el acceso a la tierra o la defensa del territorio. En este marco, la etnicidad se ha vinculado con diferentes fenómenos sociales, como la formación de identidades, el conflicto social, los procesos de formación nacional, las relaciones interétnicas y raciales, las relaciones/asimetrías de poder, las aproximaciones interseccionales, entre otros. La etnicidad, así, ha comenzado a entenderse como una noción abierta que, como argumenta Oré (6), contempla dos sentidos: uno, la referencia para producir un discurso sobre el Otro. Discurso que devela relaciones de asimetría y de dominación; otro, como una noción apropiada, por “aquellos que alguna vez estuvieron sujetos al —dominio colonial— formando parte de su repertorio de movilización colectiva”.

Desde tales aproximaciones se hace evidente, por lo menos teóricamente, que la etnicidad es un fenómeno complejo, sobre el que hay muchas voces y un acuerdo: no puede estudiarse unidimensionalmente. Este campo de trabajo está atravesado, como exponen Oré (6) y Gross (7), en la inscripción del tiempo y el espacio de la diferencia; en su condición relacional, la cual está sujeta a relaciones sociales, de reconocimiento y de poder; en su condición posicional que define lugares de nominación, autodeterminación e inscripción; y, en su condición histórica “producto de la conjugación de prácticas discursivas del pasado y del presente” (6); igualmente, se hace comprensible en la medida en que se analiza la red de relaciones sociales que sustentan la diferencia y las diferentes formas en que se articula y estructura el orden sociocultural (8).

Ahora bien, un elemento reconocido por las ciencias de la salud y las ciencias sociales en salud es que algunos grupos con diferentes cosmovisiones de la salud, la enfermedad y la atención tienen un peor estado de salud: primero, por condiciones de vida, caracterizadas por dificultad para tener agua y alimentos, escasos caminos, deficiente transporte público, malas condiciones de vivienda, bajo nivel educativo y situaciones de pobreza extrema; segundo, por restricciones a los servicios de salud, conexas con los costos de la atención, las distancias y algunos mecanismos exclusorios, relacionados con la lengua y los valores culturales; tercero, por la calidad de los servicios, que puede contener posibles sesgos ideológicos del personal y los servicios y la disponibilidad y el uso de tecnología; cuarto, por la dificultad en la oportunidad del acceso a los servicios de salud; quinto, por la segregación y la discriminación realizadas por los propios servicios con pacientes que pertenecen a las minorías, puesto que los servicios de salud han sido desarrollados y organizados de forma monocultural,

omitiendo la diversidad como un factor determinante, y sexto, por la escasez de datos y la existencia de distintas definiciones de la condición de ser desde un lugar diferencial (9-12).

Frente a esta situación, organizaciones nacionales e internacionales, grupos tomadores de decisión, comunidades académicas y movimientos sociales han llevado a cabo múltiples acciones para reducir las inequidades sociales y de salud. Sobresale el proceso que llevó a los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud, en septiembre del 2017, a aprobar la Política sobre Etnicidad y Salud en la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, en la 69.^a sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. El objetivo de esta política es garantizar el enfoque intercultural en la salud y el tratamiento equitativo de los pueblos indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos (13). Desde la forma en que se ha construido la aproximación al problema se ha visto cómo dentro de la salud se ha consolidado la diádica salud-eticidad como un espacio de trabajo en que falta mucho por dilucidar. Los trabajos que se incluyen en este volumen abordan precisamente la relación entre etnicidad y salud y permiten tener un mapa respecto a su conceptualización. En sentido, la discusión plantea que para una comprensión, además de los elementos biológicos y ecológicos relacionados con la salud, es necesario incluir, como Menéndez argumentó (14,15), las circunstancias económicas, sociales, culturales (significativas) y políticas en la gestión, resolución y afrontamiento de la salud (y saludes en plural) de las personas y los grupos.

Referencias

1. Leach E. *Tribal ethnography: past, present, future*. En: Tokin E, McDonlad M, Chapman M, editores. *History and ethnicity*. London: Routledge; 1989. p. 34-47.
2. Bazurco M. “Yo soy más indio que tu”: resignificando la etnicidad. Exploración teórica e introducción al proceso de reconstrucción étnica en las comunas de la Península de Santa Elena, Ecuador. Quito: Abya-Yala; 2006.
3. Bretón Solo de Zaldívar V. Etnicidad, desarrollo y “buen vivir”: reflexiones críticas en perspectiva histórica. ERLACS. 2013;(95):71-95. <https://doi.org/10.18352/erlacs.9231>
4. Rutherford J. *A place called home: identity and the cultural politics of difference*. En: *Identity: community, culture, difference*. London: Lawrence & Wishart; 1990. p. 9-27.
5. Fontaine G. Discurso ético y praxis política. La institucionalización de la etnicidad en Colombia y Ecuador. Indiana. 2000/2001;(17/18):57-67. <http://dx.doi.org/10.18441/ind.v17i0.57-67>
6. Oré C. La etnicidad y sus usos: reflexiones acerca de la difusión de la etnicidad. e-cadernos CES. 2010 [consultado el 31 enero 2020]:163-177. <https://doi.org/10.4000/eces.423>
7. Gross C. *Políticas de la etnicidad: identidad, Estado y modernidad*. Bogotá: ICANH; 2000.
8. Díaz P. *La cuestión étnico-nacional*. México: Línea; 1985.

9. Stephens C, Nettleton C, Porter J, Willis R, Clark S. Indigenous peoples health: why are they behind everyone, everywhere? *Lancet*. 2005;366:10-3. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66801-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66801-8)
10. Kuper A. Indigenous people: an unhealthy category. *Lancet*. 2005;366:983. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67374-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67374-6)
11. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, Franco F. La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud* [Internet]. 2003 [consultado 4 febrero 2020]:41-55. Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/02-PoblacionIndigena-Caleidoscopio.pdf>
12. McPherson KM, Harwood M, McNaughton HK. Ethnicity, equity, and quality: lessons from New Zealand. *Br Med J*. 2003;327(7412):443-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7412.443>
13. OMS, OPS. Política sobre etnicidad y salud. 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas [Internet]. Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mandatos-estrategias-ops-oms-6634&alias=47097-politica-sobre-etnicidad-y-salud&Itemid=270&lang=es
14. Menéndez E. Interculturalidad, ‘diferencias’ y antropología ‘at home’: algunas cuestiones metodológicas En: Fernández G. editor. *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Abya Yala-UCLM-AECI; 2006. P. 51-65.
15. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):109-18. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>