

## **SALUD, MINORÍAS Y DESIGUALDAD: LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN BRASIL<sup>1</sup>**

**Carlos E. A. Coimbra Jr.** <sup>2</sup>  
**Ricardo Ventura Santos** <sup>3</sup>

**Palabras clave:** Etnia; Raza; Desigualdad; Salud; Indios; Brasil.

En Brasil, las pesquisas sobre los efectos de desigualdades sociales en salud tienden, en su mayoría, a privilegiar un análisis de la composición socioeconómica como uno de los elementos centrales de sus modelos explicativos. No hay una producción sistemática sobre el peso de la dimensión étnico-racial en la expresión diferenciada de los asuntos de salud.

Hay autores que llegan a afirmar que existe un cierto tabú o, como prefieren algunos, una miopía (Maggie 1996) en las formas a través de las cuales, en general, se trabaja con la variable de raza/etnia en investigaciones

---

<sup>1</sup> Publicado originalmente en portugués en el periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, volumen 5(1), pp. 125-132, 2000, con el título "Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil".

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210 . ([carlos\\_coimbrajr@gb.com.br](mailto:carlos_coimbrajr@gb.com.br)).

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210 y Departamento de Antropologia, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Quinta da Boa Vista s/n, São Cristóvão, Rio de Janeiro, RJ 20940-040. ([santos@ensp.fiocruz.br](mailto:santos@ensp.fiocruz.br)).

sobre desigualdades, lo que ciertamente se extiende a las relacionadas con la salud. En parte, una razón para esto residiría en la persistencia de una elaborada doctrina de *democracia racial* marcada por un discurso francamente asimilatorio (Hasenbalg 1996; Seyferth 1995; Skidmore 1974). En muchos círculos se evita tocar en cierta manera el tema de la raza, mucho más aún si hubiera insinuación de existencia de discriminación o prejuicio. Los efectos de esa doctrina se hacen presentes también en otros países latinoamericanos, si bien que, tal vez, no con la misma intensidad o grado de elaboración teórica (y retórica) que lo observado en Brasil. Y es el caso, por ejemplo, de Colombia (Wade 1993), Venezuela (Wright 1990) y países caribeños (McGarrity 1999).

Tanto en Brasil, como en América Latina en general, es imprescindible que los estudios sobre desigualdades socioeconómicas, y aquellos que conciernen al proceso salud-enfermedad en particular, incorporen cada vez más intensamente raza/etnia como dimensiones analíticas. Raza/etnia, proceso de salud-enfermedad, nivel socioeconómico, educación, entre otras, son esferas profundamente imbricadas, cuyas interrelaciones se manifiestan de las más variadas formas.

En sociedades donde determinadas características fenotípicas pueden estar en una de las vertientes que estructuran el sistema de clases y jerarquías sociales, pertenecer a una raza/etnia puede limitar las posibilidades de movilidad social ascendente y, consecuentemente, restringir el acceso a servicios de salud, educación, vivienda, saneamiento, etc. En Brasil:

[...] a pesar del discurso asimilatorio y de igualdad racial, existen jerarquías de clasificación social basadas en la idea de raza, utilizadas como descalificadores de individuos o grupos (Seyferth 1995:191).

Tales sistemas clasificatorios operan basándose en características fenotípicas, como el color de piel, estatura y tipo de pelo, incluyendo toda una compleja red de asociaciones entre tipo racial y comportamiento, personalidad y/o carácter. Conocer estas asociaciones es fundamental por el hecho de que ellas sirven de referencia para el ejercicio de la discriminación.

En el caso de América Latina, las estimaciones muestran que, aproximadamente, el 35% de la población vive en un estado de pobreza absoluta. Datos recientes apuntan la existencia de 204 millones de pobres en la región y hay una nítida tendencia en el sentido de aumento de las desigualdades, particularmente en lo que se refiere a la distribución de la renta per cápita (Briceño-León 1993). Aunque poco enfatizada, la diferencia verificada en la distribución de renta entre la población de la gran mayoría de los países latinoamericanos se une a la cuestión étnico-racial. Esto es, por regla general, los blancos se encuentran entre los más ricos y son mayoría dentro de las clases media y alta, quedándose negros e indios relegados a los estratos sociales donde hay más pobreza.

En el campo de la educación, análisis sobre el rendimiento en la enseñanza y nivel de escolaridad revelan que los niños negros o mestizos tienden a alcanzar menos años de aprendizaje formal que los niños blancos. Los datos del censo brasileño de 1991 indican, por ejemplo, que en el grupo de edad de entre los 15 y 19 años, que ya deberían haber terminado el primer grado y estar en vías de acabar el segundo, un 14,4% de los negros todavía no estaban alfabetizados, mientras que la proporción de analfabetos entre los blancos de ese mismo nivel de edad era de 4,9% (Barcelos 1992; Hasenbalg & Silva 1990). Este panorama se mantiene incluso después del control de las diferencias socio-económicas.

Hay que considerar además la segregación espacial, que ha llevado a la formación de guetos, enclaves y favelas en determinados barrios o sectores situados en las periferias de los centros urbanos. Tales espacios, por norma general, se sitúan en las regiones más desvalorizadas desde el punto de vista urbanístico, caracterizados por la insuficiencia de servicios, tales como transportes, saneamiento, seguridad y salud. Tampoco es raro que estén situados en sectores expuestos a una alta contaminación industrial, desencadenando, por lo tanto, riesgos inmediatos a la salud (Brown 1995). Al caracterizar estas situaciones, ciertos autores llegan a utilizar el término racismo ambiental (Grossman 1993). Es el caso, por ejemplo, de los guetos negros, chicanos o puertorriqueños en las grandes ciudades norteamericanas donde varios estudios socio-epidemiológicos han demostrado niveles más elevados de morbilidad y mortalidad (Cooper et al. 1981; Lillie-Blanton et al. 1996).

El estudio de Telles (1993) demuestra que, también en Brasil, hay segregación espacial/residencial asociada a la raza. Si entre los más pobres hay mayor interacción interracial en los espacios próximos a sus domicilios, se percibe un aumento en los niveles de segregación residencial en las áreas habitadas por grupos de mayor renta. De ahí el que los barrios de clase media sean típicamente blancos y las favelas típicamente negras y mestizas (en la Amazonía, el elemento negro es, en gran parte sustituido por el indio o *caboclo* en las favelas de las grandes ciudades de la región, como Manaus y Belém).

La migración indígena en las ciudades brasileñas, fenómeno todavía poco estudiado, parece que se está volviendo cada vez más frecuente a consecuencia, entre otros factores, de la absorción del indígena en los mercados regionales, del desplazamiento debido a

conflictos por tierra y de la insuficiente infraestructura y disponibilidad de servicios esenciales (como salud y educación) en las tierras indígenas. Actualmente, según estimaciones del Instituto Socioambiental, el 40% de la población indígena del país vive en las regiones más habitadas del Nordeste, Este y Sur de Brasil, confinados al 2% de la extensión de las tierras indígenas (Ricardo 1996). La presencia indígena en las ciudades brasileñas está, en general, caracterizada por una inserción marcadamente periférica, viviendo en grupos de tamaño variable, situados en las favelas más pobres, donde son blancos de fuerte discriminación.

En uno de los primeros estudios sobre urbanización indígena realizado en Brasil, entre los Terena de Mato Grosso del Sur, Oliveira (1968:226) concluyó que:

[...] siempre que manifestaba su etnia [o su condición de indio], lo que es muy frecuente, gracias al fenotipo asociado a un comportamiento característico (postura, vestimenta pobre y, principalmente, modo de hablar), las relaciones con el blanco tienden a asumir aspectos paternalistas o agresivos.

En Manaus, Fígoli (1985) estudió el proceso migratorio de etnias indígenas de Alto Río Negro (Tukáno, Desána, Baniwa, Baraçana) a la ciudad y llamó la atención sobre un nuevo concepto étnico, 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 años. En estos casos la emigración a las grandes ciudades se restringe a los centros urbanos regionales, pero se extiende hasta las ciudades mucho más distantes, en el sur del país. Es el caso, por ejemplo, de los Pankararú, originalmente del estado de Pernambuco, y que ahora tiene cerca de la mitad de su población (en torno a 1500 personas) viviendo en una favela en la periferia de la ciudad de São Paulo (Oliveira 1996; Paiva 1997).

## **Minorías, salud y enfermedad**

A pesar de que varios autores apuntaron la relevancia de etnia/raza en la producción de enfermedades, pocos de hecho demostraron empíricamente la existencia de tal asociación. En Brasil en particular, los estudios médicos o epidemiológicos que emplean las categorías *raza* o *etnia*, en general, dan a esas variables un tratamiento esencialmente tipológico. Este abordaje es fácil de ser identificado, por ejemplo, en trabajos que estratifican las casuísticas de una determinada enfermedad o sus diferentes formas clínicas según la tipología racial clásica (blanco, mulato, negro, indios) tan en boga en la medicina y antropología de inicios del siglo XX. Las limitaciones de esa tipología son muchas y han sido apuntadas por varios autores (Goodman 1997; Santos 1996). A su vez, la adopción del concepto de *etnia* en los estudios médico-epidemiológicos tiende a ser también problemática pues, en la práctica, lo que se verifica con frecuencia es la simple equiparación entre *raza* y *etnia* (situación semejante aparece en los estudios sobre *género* cuyos autores, en gran número de casos, están en realidad trabajando con la variable *sexo*). La discusión sobre estas cuestiones está lejos de ser resuelta y no pretendemos extendernos en el tema de la presente contribución (cf. Coimbra Jr. 1998; Cooper 1984; Cooper & David 1986; Crews & Bindon 1991, entre otros).

La relación entre salud/enfermedad y minorías étnico-raciales puede ser abordada desde dos vertientes que, a nuestro modo de ver, son complementarias: 1) salud y enfermedad como resultado de desigualdades sociales y/o discriminación étnico-racial y 2) salud y enfermedad como resultado de factores biogenéticos. Aquí estamos particularmente interesados en la primera.

La discriminación étnico racial experimentada por miembros de minorías puede tener un gran impacto sobre el individuo y/o grupo, generando estrés y enfermedades relacionadas (Griffith & Griffith 1986). Experimentar situaciones de discriminación puede ser, de por sí, un elemento desencadenador de enfermedades. Este hecho es incluso más grave cuando la experiencia se vive en el contexto de un servicio destinado a la atención sanitaria. Esta situación puede generar fuertes emociones, que van del miedo y desconfianza a la rabia y frustración, comprometiendo, por lo tanto no solamente la calidad y la credibilidad de los servicios prestados, sino también la propia salud del individuo (Broman 1996; Krieger 1990). Es importante que se mencione, no obstante, que las modalidades a través de las cuales la discriminación se expresa no son siempre tan directas y evidentes. Con frecuencia, está inmiscuida subliminalmente en el tejido de las relaciones sociales y económicas que estructuran y determinan la expresión del proceso salud/enfermedad, sea por medio de determinantes directos o indirectos.

Desde el punto de vista epidemiológico, un estudio particularmente importante realizado en Brasil es el de Wood & Carvalho (1994), en el cual los autores analizan datos sobre mortalidad en el período de 1950 a 1980. Es patente la persistencia de desigualdades raciales en las estadísticas de mortalidad. Por ejemplo, respecto a la esperanza de vida al nacer, los autores demostraron que, a pesar de las mejorías experimentadas tanto por niños blancos como por no-blancos, se mantiene una diferencia del orden de 6,5 - 7,5 años de vida más de las primeras en relación con los niños no-blancos (Wood & Carvalho 1994). Incluso durante los años 80, la mortalidad infantil de cada mil nacidos vivos era de 77 para los blancos y 105 para el conjunto de no-blancos (Hasenbalg 1996).

Para Wood & Carvalho, la difusión de nuevas tecnologías médicas, aliada a la mejoría del nivel de vida, explicaría la caída acelerada de la mortalidad verificada en Brasil, principalmente a partir de la década de 1970. Sin embargo, aunque tanto el acceso a las tecnologías como la mejoría relativa de las condiciones de vida no se dieron por igual, se ha de considerar, en el plano macro, el efecto de desarrollo desigual según la región del país y, en el micro, también de la marginalización y discriminación étnico-racial en la determinación de las diferencias observadas entre blancos y no-blancos. Con relación a este último nivel de análisis, la observación de indicadores seleccionados (nivel educacional de mujeres y disponibilidad de agua potable en los domicilios) muestra la existencia de fuerte desigualdad, revelando que:

[...] la raza de la madre continúa asociada a la mortalidad infanta-juvenil, [incluso] después de que se excluyan los efectos de determinantes socioeconómicos tales como renta, nivel educacional y acceso al agua potable (Wood & Carvalho 1994:175).

Por ejemplo, la constatación de que, según el censo de 1980, el 78% de las familias blancas que viven en las áreas metropolitanas poseían agua corriente, frente al 53% entre las familias no-blancas, revela la existencia de una importante segregación residencial (Wood & Carvalho 1994).

En casi su totalidad, los pocos estudios sobre salud y raza/etnia en América Latina versan sobre poblaciones urbanas. En el caso brasileño, esto significa que las poblaciones indígenas son en rarísimos casos incluidas en los análisis, como se puede observar, a pesar de que existe una tendencia a la urbanización indígena, éstas se mantienen predominantemente rurales. Resulta de este hecho, que por norma general, cuando hablamos de análisis sobre raza/etnia y salud nos estamos refiriendo a negros o mestizos. No obstante, los pocos trabajos



publicados sobre poblaciones indígenas en Brasil demuestran de manera contundente una situación de enorme desventaja y marginalización (cf. CIMI 1996; Coimbra Jr. & Santos 1991; Santos & Coimbra Jr. 1994). Esto refleja una mala calidad de vida, enorme dificultad de acceso a los servicios en general e indicadores de salud por debajo de las medias nacionales y regionales (OPAS 1998).

Un niño indígena en Panamá, por ejemplo, tiene una probabilidad 3,5 veces mayor de morir antes del primer año de vida que un niño no-indígena (OPAS 1998). Según Douglas (1991:15):

[...] la pobreza indígena posee características muy similares entre los distintos grupos representativos en 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% de los hijos de las mujeres de 25 a 29 años habían fallecido al momento del censo, casi el doble que el promedio nacional de 4.7% (Sepúlveda 1993:49).

Entre los yanomami, en la región 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 & Peters 1990:73), muy por debajo, por tanto, de las medias verificadas en ambos países.

### **Desigualdad, salud y los pueblos indígenas**

Para evidenciar las interrelaciones entre desigualdades sociales, proceso salud-enfermedad y raza/etnia, se hace necesario, obviamente, que se dispongan de

informaciones fiables en forma de parámetros cualitativos y cuantitativos para las distintas dimensiones. A lo largo de los siguientes párrafos llamamos la atención sobre una dificultad primordial relacionada con la consecución de los análisis de estas interrelaciones en Brasil, es decir, la inexistencia de informaciones sociodemográficas según raza/etnia en importantes bases de datos demográficas y de morbi-mortalidad. Como ejemplo, enfocaremos las poblaciones indígenas pues, como será revelado, la carencia de informaciones para este segmento social es particularmente llamativa.

Basándose en las informaciones demográficas y epidemiológicas disponibles actualmente en Brasil, no es posible trazar un panorama mínimamente fiable acerca de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y, mucho menos, realizar discusiones productivas en cuanto a las interrelaciones entre salud y desigualdades sociales. No obstante, aunque estén ausentes los elementos cuantitativos que nos permitan sintetizar las cuestiones, quedan pocas dudas de que las condiciones de salud de los pueblos indígenas son precarias, colocándose en una posición de desventaja con relación a otros segmentos de la sociedad nacional.

Es importante resaltar que la cuestión de la salud de las poblaciones indígenas en Brasil hace parte de un cuadro que extrapola fronteras nacionales específicas. Es un tema que se incluye y es consecuencia de un capítulo más amplio, el de las relaciones socio-históricas entre los pueblos autóctonos y los colonizadores que, en diversas oleadas, llegaron a las Américas a lo largo de los últimos 500 años. Si en Brasil aún están en pañales los análisis sobre salud y desigualdad (o tal vez una metáfora más apropiada sea indicar que la preocupación aún está gestándose), en algunos otros países de las Américas, como México, EUA y Canadá, están mejor apoyados en resultados de investigaciones

que evidencian la situación de marginalidad socioeconómica y epidemiológica de los pueblos indígenas (Sandefur et al. 1996; Sepúlveda 1993; Waldram et al. 1997; Young 1994, entre otros). Estos estudios apuntan cómo el contraste de perfiles de salud puede ser revelador para comprender las dinámicas de producción y reproducción de diferencias. A pesar de que los perfiles de salud de los pueblos indígenas en América del Norte sean ampliamente distintos, hay un elemento en común que los une, o sea, una gran distancia que separa la calidad de vida y los perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas de cada uno de esos países en relación a los no-indígenas.

Varias cuestiones sobre el contexto brasileño emergen a partir de los puntos indicados arriba. ¿Qué factores explican la extrema escasez de datos necesarios para caracterizar el perfil de salud/enfermedad de las poblaciones indígenas? ¿Por qué todavía son tan incipientes las discusiones sobre desigualdad y salud tomando a los pueblos indígenas como objetivo? ¿Cuál sería la importancia de efectuar análisis que contrapongan los pueblos indígenas con otros segmentos de la sociedad brasileña? ¿Qué estrategias deben ser utilizadas para, a medio y a largo plazo, hacer posible una mayor disponibilidad de datos que permitan estos análisis?

No está distante del pasado la época en la que eran corrientes vaticinios algo sombríos sobre el futuro de los pueblos indígenas en Brasil, en algunos casos preveyéndose la posibilidad de extinción biológica (Davis 1978; Ribeiro 1977, entre otros). Ante esto, no es sorprendente que el tamaño de la población haya sido una de las variables más corrientes en las discusiones sobre demografía de las poblaciones indígenas durante décadas. Los datos centrales para supervisar hacían referencia al tamaño de los contingentes poblacionales

indígenas, esto es, saber cuánto estaban disminuyendo o creciendo.

A lo largo de las últimas dos décadas, se modificaron las previsiones. En los años 80 ya resonaban voces con timbres más optimistas en cuanto al futuro demográfico de los pueblos indígenas. Según el antropólogo Mércio Gomes (1998:16-17):

[...] lo que surge como más sorprendente y extraordinario en las relaciones entre los indios y Brasil es el posible retroceso histórico en la demografía indígena. Ciertamente sería temerario afirmar que los indios, al final, sobrevivieron, y que ésta es una realidad concreta y permanente [...] pero el hecho es que hay fuertes indicios de que las poblaciones indígenas sobrevivientes vienen creciendo en las últimas décadas, sorprendiendo las expectativas alarmantes [...] de tiempos atrás.

En la década de 1990, la percepción se orientaba en otro plano. Según las palabras de Ricardo (1996:xii), fue:

[...] apartada la hipótesis de desaparición física de los indios de Brasil y que, por tanto, no estamos delante de una “causa perdida” como se llegó a decir años atrás.

La reversión al cuadro de pesimismo en cuanto al futuro de los pueblos indígenas se fundamentó en la constatación del continuo crecimiento poblacional a lo largo de un período amplio de tiempo.

En la actualidad, todavía más en un contexto en el cual ya no quedan dudas sobre la permanencia de los pueblos indígenas en Brasil, la cuestión de las bases de datos asume una nueva configuración. El tamaño de los contingentes poblacionales ocupa, está claro, y posiblemente siempre ocupará un espacio privilegiado en las discusiones, inclusive porque el tema central en las siempre acaloradas discusiones sobre densidad poblacional indígena es una cuestión territorial (cf.

Silva 1994:262). En nuestra opinión, una laguna que necesita ser ocupada de inmediato está relacionada con la recopilación y análisis de informaciones demográficas y epidemiológicas acerca de los pueblos indígenas, estos datos son apropiados para ser contrastados con aquellos otros segmentos de la sociedad nacional, es decir, el establecimiento de un sistema de estadísticas continuas y fiables *integrado* a los sistemas y bases existentes para el resto de la población brasileña. El ejercicio de evidenciar contrastes y desigualdades es siempre una herramienta potencialmente poderosa para ayudar a los segmentos sociales marginalizados en la búsqueda de políticas y prácticas que presionen en dirección a una mayor equidad en salud.

¿Pero hay datos para ello? En el contexto actual, infelizmente no. En la introducción del importante volumen *Povos Indígenas no Brasil 1991/95*, publicado por el Instituto Socioambiental, y que trae un importante conjunto de informaciones demográficas sobre las poblaciones indígenas según la etnia, Carlos Alberto Ricardo (1996:v) escribe:

[...] en el capítulo de la demografía, lo que se sabe sobre la situación contemporánea de los indios en Brasil es muy poco. Los datos demográficos [...] son bastante heterogéneos, en cuanto a su origen, fecha y procedimiento de recopilación. Reunirlos fue un verdadero rompecabezas para aunar informaciones tan diversas, muchas de las cuales son resultado de cálculos y no de cómputo directo. Incluso cuando son datos resultantes de cómputo directo, por regla general los censores no dominan la lengua, no entienden la organización social ni una dinámica espacial y estacional de las sociedades indígenas, produciendo, por tanto, informaciones inconsistentes y totales erróneos, para más o para menos.

Es importante indicar por qué se ha *producido* una ausencia de datos demográficos en las poblaciones indígenas. Aunque sea una atribución institucional de la Fundación Nacional del Indio (FUNAI) recopilar y

sistematizar datos demográficos, en la práctica, los bancos de datos, desde hace tiempo, son inexistentes por completo o no están revestidos de fiabilidad, porque no son actualizados de forma periódica y sistemática.

La carencia de datos pertinentes de los pueblos indígenas se encuentra lejos de ser remediada, incluso después de la introducción de un ítem de clasificación específica para los indios en la cuestión de *color* del censo de 1991. En los censos anteriormente realizados en Brasil, cuando se tienen en cuenta, los indios eran contabilizados en categorías como *mulato* o *amarillo* (Azevedo 1997; Oliveira 1997). Además de la fiabilidad de los principios de clasificación (Cf. Silva 1994), otros diversos problemas han sido apuntados en relación a los datos del censo de 1991 sobre las poblaciones indígenas (Azevedo 1997; Silva 1994). Por ejemplo, solamente fueron censadas las personas que vivían cerca de los puestos de la FUNAI o en misiones religiosas, excluyendo del cómputo un contingente desconocido, pero ciertamente significativo, de individuos residentes en aldeas sin la presencia de agentes gubernamentales o misioneros. Además, en el censo predomina un *concepto de indio genérico*, considerando que no son recopiladas informaciones sobre categorías étnicas específicas (Xavánte, Kayapó etc.). Insatisfechos con los resultados del censo de 1991, algunas asociaciones indígenas se movilaron con el objetivo de realizar censos independientes, teniendo como objetivo revelar los fallos del informe oficial (cf. Azevedo 1994).

Infelizmente, otras fuentes de datos importantes y que permitirían la construcción de indicadores sociales y de salud, como las bases de morbilidad, internamientos hospitalarios y mortalidad que están disponibles en el Sistema Único de Salud-SUS (<http://www.datasus.gov.br>) tampoco permiten la segregación por raza y/o etnia.

Como resultado del conjunto de deficiencias mencionadas, no es de sorprender que, de los pueblos indígenas situados en Brasil, no se dispongan informaciones relativas a los más básicos indicadores sociodemográficos, como tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer o las principales causas de morbilidad y mortalidad. Obviamente son muchas las implicaciones de orden práctico que vienen de esa carencia de datos. ¿Cómo dirigir políticas y planes de acción social para grupos que experimentan situaciones de aislamiento y marginalidad en el contexto regional? ¿Cómo apreciar el impacto de programas nacionales como, por ejemplo, control de endemias y vacunación, en grupos étnicos minoritarios a partir de los indicadores macro-regionales o nacionales que no tienen sensibilidad para detectar la dinámica de los procesos de salud/enfermedad a nivel micro? Solamente con la estructuración de un sistema de estadísticas continuas y con un mayor refinamiento metodológico del censo decenal de otros mecanismos de recopilación de datos en lo que se refiere a los pueblos indígenas será posible revertir una dañosa *invisibilidad*, demográfica y epidemiológica, cuyo uno de los efectos más adversos es el de impedir que dispongan de datos fiables para evidenciar, proporcionar y poner en marcha cambios con la meta de resolver situaciones de desigualdades en salud.

### **Comentarios finales**

Raza y etnia son categorías que aún ocupan un espacio muy restringido en la agenda de investigación sobre desigualdad en salud en Brasil, en particular en América Latina, en general. Entre las razones para esto, se puede mencionar la tendencia de, reflexionando sobre ciertas ideologías nacionales (por ejemplo, el mito de la *democracia racial*), que no consideran raza/etnia

como variables de importancia en la construcción de modelos sobre desigualdades, además de la constante referencia a las dificultades encontradas para hacer factibles estos conceptos.

Enfatizando cuestiones relativas a los pueblos indígenas, buscamos con este texto llamar la atención sobre el hecho de que las minorías étnicas y raciales en Brasil experimentan situaciones de exclusión, marginalidad y discriminación que, en última instancia, las colocan en posición de mayor vulnerabilidad frente a una serie de agravios. Coeficientes de morbi-mortalidad más altos que los registrados en el ámbito nacional; hambre y desnutrición, riesgos ocupacionales y violencia social son sólo algunos de los múltiples reflejos sobre la salud que provienen de la persistencia de desigualdades. Es fundamental, por tanto, que investigadores en ciencias sociales y en ciencias de la salud sumen esfuerzos para que profundicen sus conocimientos sobre las múltiples interrelaciones de los efectos de la dimensión étnico-racial sobre la salud.

Basándose en estos conocimientos será posible comprender mejor la génesis, determinantes y formas de reproducción de las desigualdades en salud. Tales conocimientos son fundamentales para la base de actuaciones políticas, inclusive por parte de líderes indígenas, y de intervenciones con vistas a la promoción de la equidad en salud.

### **Referencias**

**Azevedo**, M.M., 1994. Demografia dos povos indgenas do Alto Rio Negro. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11:235-244.



**Azevedo**, M.M., 1997. Fontes de dados sobre as populações indígenas brasileiras da Amazônia. *Cadernos de Estudos Sociais*, 13:163-177.

**Barcelos**, L.C., 1992. Educação: Um quadro das desigualdades raciais. *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, 23:37-95.

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

**Broman**, C.L., 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.

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

**Coimbra Jr.**, C.E.A., 1998. Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares. In: *Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina* (MN Bronfman & R. Castro, eds.) pp. 151-161. México, DF: EDAMEX.

**Coimbra Jr.**, C.E.A. & Santos, R.V., 1991. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudanças socioeconômicas: O grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia. *Cadernos de Saúde Pública*, 7:538-562.

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

**Cooper**, R.S. & 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**, R.S.; Steinhauer, M.; Miller, W.; David, R. & 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, D.E. & Bindon, J.R., 1991.** Ethnicity as a taxonomic tool in biomedical and biosocial research. *Ethnicity and Disease*, 1:42-49.

**Davis, S.H., 1978.** *Vítimas do Milagre: o Desenvolvimento e os Índios do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

**Douglas, L.M., 1991.** *Hombre-Espacio-Salud. Análisis Geográfico de la Mortalidad Infantil en Panamá*. Panamá: Centro de Investigaciones Antropológicas, Universidad de Panamá.

**Early, J.D. & Peters, J.F., 1990.** *The Population Dynamics of the Mucajai Yanomama*. San Diego: Academic Press.

**Fígoli, L.H.G., 1985.** Indentidad regional y "caboclisto": índios del Alto Rio Negro en Manaos. *Anuário Antropológico*, 83:119-154.

**Gomes, M.P., 1988.** *Os Índios e o Brasil: Ensaio sobre um Holocausto e sobre uma Nova Possibilidade de Convivência*. Petrópolis: Editora Vozes.

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

**Griffith, E.E.H. & Griffith, E.J., 1986.** Racism, psychological injury, and compensatory damages. *Hospital and Community Psychiatry*, 37:71-75.

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

**Hasenbalg, C.A., 1996.** Entre o mito e os fatos: Racismo e relações raciais no Brasil. In: *Raça, Ciência e Sociedade* (M.C. Maio & R.V. Santos, editores), pp. 235-249. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

**Hasenbalg, C.A. & Silva, N.V., 1990.** Raça e oportunidades educacionais no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, 18:73-101.

**Krieger, N., 1990.** Racial and gender discrimination: Risk factors for high blood pressure? *Social Science and Medicine*, 30:1273-1281.

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

**Maggie**, Y., 1996. "Aqueles a quem foi negada a cor do dia": As categorias cor e raça na cultura brasileira. In: *Raça, Ciência e Sociedade* (M.C. Maio & R.V. Santos, editores), pp. 225-234. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

**McGarrity**, G., 1999. El círculo vicioso: racismo, violencia y salud en Jamaica y Cuba. In: *Ciencias Sociales y Salud en América Latina: Un Balance* (R. Briceño-León, editor), pp. 215-222. Caracas: Fundación Polar/ Laboratorio de Ciencias Sociales.

**Oliveira**, J.P., 1996. Fronteiras étnicas e identidades emergentes. In: *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995* (C.A. Ricardo, editor), pp. 477-512, São Paulo: Instituto Socioambiental.

**Oliveira**, J.P., 1997. Pardos, mestiços ou caboclos: os índios nos censos nacionais no Brasil (1872-1980). *Horizontes Antropológicos*, 3: 60-83.

**Oliveira**, R.C., 1968. *Urbanização e Tribalismo: A Integração dos Índios Terêna numa Sociedade de Classes*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

**OPS** (Organización Panamericana de la Salud), 1998. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3:278-284.

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

**Ribeiro**, D., 1977. *Os Índios e a Civilização: A Integração das Populações Indígenas no Brasil Moderno*. 2ª. edición. Petrópolis: Editora Vozes.

**Ricardo**, C.A., 1996. A sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: *Povos Indígenas no Brasil. 1991/1995* (C.A. Ricardo, editor), pp. i-xii, São Paulo: Instituto Socioambiental.

**Sandefur**, G.D.; Rindfuss, R.R.; Cohen, B., 1996 (eds.). *Changing Numbers, Changing Needs: American Indian Demography and Public Health*. Washington: National Academy Press.

**Santos**, R.V. & Coimbra Jr., C.E.A., 1994. Contato, mudanças socioeconômicas e a bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia brasileira. In: *Saúde e Povos Indígenas* (R.V. Santos & C.E.A. Coimbra Jr., editores), pp. 189-211. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

**Santos, R.V.**, 1996. Da morfologia às moléculas, de raça à população: trajetórias conceituais em antropologia física no século XX. In: *Raça, Ciência e Sociedade* (M.C. Maio & R.V. Santos, editores), pp. 125-144. Rio 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 discricionário dos estereótipos. *Anuário Antropológico*, 93:175-203.

**Silva, M.F.**, 1994. A demografia e os povos indígenas no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11:261-264.

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

**Telles, E.E.**, 1993. Cor de pele e segregação residencial no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, vol. 24.

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

**Waldram, J.B.**; Herring, D.A.; Young, K.T., 1997. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.

**Wood, C.H.** & Carvalho, J.A.M., 1994. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.

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

**Young, K.T.**, 1994. *The Health of Native Americans: Towards a Biocultural Epidemiology*. New York: Oxford University Press.