

## ELEMENTOS TEÓRICOS PARA EL ABORDAJE DE LAS INEQUIDADES EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA ÉTNICA

Edson Jair Ospina Lozano  
Estudiante Maestría en Medicina Social UAM-X  
jairospin@yahoo.es  
José Arturo Granados Cosme  
Profesor Maestría en Medicina Social UAM-X  
jcosme@correo.xoc.uam.mx

### INTRODUCCIÓN

Ante las reformas neoliberales a los sistemas de salud en Latinoamérica, ocurridas desde hace más de dos décadas, se han venido presentando una serie de trabajos en la evaluación de servicios de salud que han generado un debate sobre la manera de pensar el problema de la equidad en salud. Tales trabajos se pueden organizar, por la posición en que se suscriben los marcos teóricos, en dos enfoques. La primera tiene que ver con el análisis de los sistemas de salud desde una perspectiva gerencial, es decir, se ocupa más por el buen funcionamiento del sistema que por los resultados en salud que pueda tener la población. La segunda está relacionada con un abordaje desde las desigualdades existentes entre los individuos y los colectivos, expresada en la forma en la cual un sistema de salud reconoce esas desigualdades e intenta mediante la equidad disminuir esas diferencias sin afectar a individuos y grupos con ventajas sociales.

Desde el segundo enfoque se aprecia que las desigualdades en salud existentes dentro de las naciones latinoamericanas se hacen más evidentes en aquellas que presentan sociedades pluriétnicas y multiculturales. En Colombia<sup>1</sup> en particular, esas desigualdades históricas han aumentado como producto de un sistema de salud inequitativo que pareciera no conocer esas certidumbres, relegando aún más a las comunidades indígenas de los servicios de atención médica.

En la actualidad la población indígena representa aproximadamente un 10% de la población total de las Américas (CEPAL, 2000); sin embargo más allá de las cifras, el problema para los pueblos indígenas es que tras siglos de exclusión y negación siguen siendo tratados como minorías, y aunque en muchos casos no lo sean<sup>2</sup>, una gran parte de ellos vive en situación de inmensa desigualdad, negándoles el derecho a la satisfacción de sus necesidades básicas (educación, vivienda, salud, etc.) e incluso desconociendo las especificidades culturales de estos colectivos en la oferta pública para satisfacer tales necesidades.

Las desigualdades<sup>3</sup> se han convertido así en una característica estructural para las poblaciones indígenas. Las cifras y porcentajes muestran diferencias de varios puntos con respecto al resto de la población. En los casos más extremos la diferencia entre indígenas y no indígenas es de 20 a 30 puntos porcentuales (Psacharopoulos, Citados por CEPAL, 2000:1). Tal desigualdad representa la continuidad de la discriminación étnico-racial, heredera del colonialismo español, portugués y criollo, es la expresión con que se manifiestan formas renovadas de exclusión y dominación constituyendo verdaderos “colonialismos internos” que contradicen el mito de una integración real. Al contrario, la integración de los pueblos indígenas ha tenido, más bien, un carácter simbólico en el discurso y negados en la práctica.

---

<sup>1</sup> Aunque el autor tiene como referencia el caso colombiano, el marco teórico en construcción propone herramientas generales para Latinoamérica.

<sup>2</sup> Existen en la región de las Américas tres países cuya población indígena supera el 50% del total de la población (Bolivia, Guatemala y Perú).

<sup>3</sup> Mediciones de Pobreza, marginalidad y exclusión.

A esta situación se propone un marco teórico para abordar las inequidades en salud desde la perspectiva étnica. Este marco está ligado a una metodología que aborda dialécticamente las relaciones históricas que se dan en la sociedad. Utiliza además el concepto de equidad construido a partir de nociones como la justicia, la libertad, la desigualdad<sup>4</sup> y las necesidades, que también son categorías analíticas posibilitando la construcción del término de equidad en salud. La etnicidad es a su vez una categoría analítica que transversalmente da cierta particularidad a los demás conceptos. Las reformas sanitarias en América Latina, realizadas desde los años 80's, particularizan el contexto en el que se dan los hechos y las relaciones particulares.

## **EQUIDAD**

La equidad como categoría analítica se sostiene con elementos conceptuales que facilitan desabstraerla en situaciones reales. Así, conceptos como justicia, igualdad, necesidad y libertad, desglosados desde una posición crítica, abonan la posibilidad de materializar el término que puede tener muchas designaciones y por lo tanto ser inoperante.

Inicialmente es necesario indicar que las sociedades inequitativas son aquellas donde existe un proceso de distribución desigual del poder<sup>5</sup>, expresándose en las desigualdades existentes entre los individuos y entre los grupos sociales, reconociendo que tales desigualdades son producto de la estructura económica que determinan las instituciones políticas y sociales en las cuales se dan estas situaciones (Marx, 2006). Estas diferencias se evidencian en especificidades que afectan la dignidad humana y los derechos básicos, no sólo de los sujetos sino también de los colectivos. Dichas especificidades son las necesidades humanas que siempre representan objetivos comunes que anhelan suplir decorosamente los individuos en cualquier contexto social y cultural (Heller, 1986).

Tales necesidades humanas son elementos indispensables para la subsistencia de las personas, es decir son ineludibles y se deben satisfacer en conjunto (necesidades absolutas); alimentación; cuidado de la salud y reproducción; vivienda; educación y socialización; vestido, calzado y cuidado personal; comunicaciones básicas; información y seguridad, y transporte público. Es importante señalar también la existencia y relevancia de necesidades definidas por cada comunidad en particular, relacionadas con su propio desarrollo, su concepción de bienestar, sus estándares de vida, etc. (necesidades relativas) (Blanco et al, 1997).

Desafortunadamente en la insatisfacción de las necesidades aparecen obstáculos, como lo son las limitaciones a la libertad, forjados generalmente entre las personas. Esas limitaciones están referidas como el impedimento a satisfacer las necesidades (obstáculos sociales, políticos, económicos, geográficos, culturales, etc.) o como la inexistencia de satisfactores a las mismas necesidades (ausencia de servicios de salud, educación, comunicación, etc.). Esas situaciones ilegítimas, donde la vida de los individuos y los colectivos trascienden por relaciones asimétricas de poder, genera coerción de libertades que interfieren en la satisfacción de las necesidades básicas generando desigualdades. Por ende la libertad debe distinguirse como autodeterminación misma a la totalidad a la cual las personas pertenecen, es decir libertad no como condicionante de igualdad y justicia sino como el resultado de las dos (Marx, citado por Abbagnano, 1998:739).

De ahí surge el imperativo de organizar todas las actividades sociales de manera justa, sin coerción, que se dirijan a la satisfacción de las necesidades en un sentido lo suficientemente amplio como para abarcar todas las aspiraciones creativas y comunitarias del individuo plenamente desarrollado. Esa justa satisfacción de necesidades en busca de la eliminación de las desigualdades entre los individuos y los grupos sociales debe tener en cuenta las diferencias potenciadoras del ser humano.

---

<sup>4</sup> La desigualdad es una categoría empírica como expresión observable de la inequidad social.

<sup>5</sup> No sólo el poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del poder que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías (Breilh, 2003).

En las sociedades latinoamericanas, las desigualdades producto de la injusta satisfacción de necesidades y de la coerción y restricción a las libertades, la inequidad surge como un elemento analítico y empírico, siendo en lo primero un mecanismo para el entendimiento del por qué de tales situaciones y en lo segundo un instrumento para corregir las mismas situaciones, reconociendo mayores beneficios a las personas y colectivos con mayores desventajas, sin disminuir las necesidades satisfechas (absolutas y relativas) de los mas aventajados.

## **ETNICIDAD**

Antes de intentar un abordaje de la categoría de etnicidad es importante hacer un recorrido por algunos términos que facilitan un mayor entendimiento de los elementos que caracterizan dicha categoría.

### **GRUPO ÉTNICO**

Un grupo étnico se define como una comunidad de personas construida social e históricamente, cuyos miembros comparten (de manera dinámica y cambiante) unas mismas prácticas culturales<sup>6</sup>, un mismo nombre, poseen un mito de origen y una memoria histórica común; se asocian así mismos a un territorio particular, poseen un sentido de pertenencia y solidaridad (Malgesini y Gímenez, 2000).

### **IDENTIDAD**

Es la representación que tienen las personas de sí mismas, de sus relaciones con otras personas o grupos y de su posición en un espacio social determinado. La identidad contiene dos dimensiones: la personal (o individual) y la social (o colectiva), ambas están interconectadas entre sí a través del pensamiento, expresión y acción consciente o inconsciente de personas o grupos (Cardoso; citado por Monzón, 2003: 9).

Las identidades pueden ser asignadas (o impuestas), y autoasignadas (asumida por opción propia). La identidad asignada se refiere a lo que no depende de nuestra voluntad, por ejemplo, ser mujer u hombre, mestiza o mestizo, nasa, guámbiano, ser joven o anciano, lo cual no es producto de una elección personal. Mientras tanto, las identidades asumidas se conforman o recrean voluntariamente, de acuerdo a la posición de poder, a la libertad de ejercer opciones culturales, ideológicas, políticas o religiosas (Monzón, 2003).

En la construcción y vivencia de las identidades intervienen intereses y relaciones de poder. Regularmente el contenido de las identidades asignadas ha sido impuesto con el propósito de dominar a ciertos grupos o personas en una sociedad. Así sucede cuando el ser mujer, por ejemplo, ha sido construido con una connotación de subordinación frente a los hombres, y el ser indígena con una carga de inferioridad frente a lo no indígena. De allí que la transformación de una identidad con contenido negativo a positivo no sucede sin conflictos, pues atenta contra las relaciones de poder desiguales que ha otorgado mayor privilegios a algunas personas o grupos sobre otros.

### **IDENTIDAD ÉTNICA**

Se refiere a la forma en que un grupo étnico y sus miembros se autodefinen. Pero esta forma de percibirse suele estar influida por la forma en que son definidos por otros, y cómo definen a los otros. Es decir, la identidad étnica se construye en interacción entre el yo y los otros. Antes que una serie de atributos o elementos culturales fijos, la identidad étnica, es más bien, un movimiento de la conciencia. Se trata entonces de la conciencia que se tiene del ser étnico, de lo que se piensa que se es, lo que son los otros, lo que se debe ser y de la conducta consecuente

---

<sup>6</sup> Cosmovisión, idioma, costumbres, religión, vestuario, formas de alimentación, formas organizativas, políticas, etc.

que deriva de ello (Cojtí, 1995).

## **DISCRIMINACIÓN ÉTNICA Y RACIAL**

La discriminación étnica hace referencia al trato diferenciado que recibe una persona o colectividad humana por su pertenencia étnica y por las prácticas culturales que de ello deriven. Producto de la discriminación, algunos grupos étnicos pueden llegar a tener más poder que otros, o más poder sobre otros. En este caso se habla de relaciones de poder desiguales y de dominación/subordinación étnica (Grisales, 2005).

En un contexto de relaciones de poder desiguales, el grupo dominante tiende a imponer sus características culturales y su ideología sobre los subordinados. Así, todo el sistema económico, político, jurídico y cultural de una sociedad se maneja por las decisiones del grupo dominante. Por otra parte, hay discriminación racial cuando un grupo es tratado de forma diferente por sus características físicas o biológicas, más que por su pertenencia étnica y prácticas culturales (aunque esto último también cuenta). Al igual que en la discriminación por razones étnicas, en la (discriminación) racial pueden haber relaciones de poder desiguales y construirse sistemas de dominación/subordinación.

## **RACISMO**

El racismo se define como una ideología y práctica que plantea la existencia de razas superiores e inferiores y sobre todo, la idea de que el nivel cultural, social y moral de un grupo humano depende de "su raza" (o de sus características genéticas) (Wieviorka, 1992) Así, las "razas superiores" tendrían también una civilización o un nivel cultural "superior" contrario a las (razas) inferiores.

## **LA ETNICIDAD COMO CATEGORIA**

Inicialmente es posible decir que la etnicidad hace referencia a una situación de interacción asimétrica entre dos o más grupos sociales que remiten simultáneamente a diferencias de orden cultural, socioeconómico y de dominación dentro de un "contenedor" común -habitualmente los estados nación-. La pertenencia a tales grupos se construye como una identidad social frente a "los otros", generando unos símbolos de homogeneidad propios y provocando fuertes tensiones porque, en este posicionamiento, los sujetos deben conjugar tanto las presiones y adscripciones externas, como las del conjunto mismo, como las de la opción individual (Epstein, 1978).

Así, la identidad de los sujetos y las identificaciones o adscripciones sociales no guardan la misma lógica aunque están vinculadas dialécticamente. Las identificaciones son compartidas por la sociedad a través de la hegemonía de un sistema ideológico fomentado por el Estado y los grupos dominantes, y suelen tener un contenido denigratorio y negativo, mientras la identidad con un grupo de referencia tiene significados más positivos y autónomos –suelen creer provenir de una ascendencia común- y puede constituirse como una alternativa a un orden social impuesto (Epstein, 1978).

La etnicidad está igualmente ligada al problema de la dignidad que apela al derecho de seguir existiendo. Lo que hoy subyace a la disputa de bienes intangibles, como el respeto a la cultura, es en realidad la búsqueda del reconocimiento de la propia identidad minimizada, descalificada y estigmatizada en el proceso permanente de etnización perpetrado por los grupos dominantes y el Estado. "Ese bien intangible que se halla en juego es la identidad, considerada como valor supremo, y todos los demás, como la dignidad, la autonomía y los derechos, no son más que atributos y derivaciones de la misma; la etnicidad se convierte así en una estrategia de lucha de los grupos que se demarcan como diferentes" (Reina, 2000:9).

Lo que se pone en cuestión, respecto la modernización o la pérdida de costumbres ancestrales propias de los grupos indígenas, es que en este proceso de globalización y transculturación se deja por fuera una gran parte de la población, que levanta la voz para decir: “no quiero morir pero tampoco quiero vivir relegado, sometido o sojuzgado”. Su respuesta frente a esta situación y forma de defensa es reivindicar lo que tienen como propio: su cultura; que es como han podido sobrevivir, mediante una cultura política de resistencia (Reina, 2000). Por eso, hoy las comunidades indígenas revitalizan sus identidades étnicas, única bandera y protección que les ha permitido hacerse oír, no para emanciparse de los Estados-nación sino para incorporarse dignamente a un nuevo proyecto de nación, formado con y para ellos.

## **EQUIDAD EN SALUD**

“Las condiciones para la vida se producen colectivamente y en ese mismo proceso de producción se generan las relaciones sociales y de poder que determinan la distribución del sistema de bienes de los que depende la reproducción social. La reproducción de los procesos para la vida (protectores y destructivos) determina, a su vez, la forma de distribución de los mismos, la cuota de bienestar a la que pueden acceder los grupos, o las de sufrimiento que padecen por sus carencias o contravalores...”. Es por eso que la medicina social, “...para comprender los procesos generativos de salud –aquellos que se producen en los escenarios del trabajo, en la esfera del consumo, en los espacios organizativo-políticos, en el dominio de la vida cultural y en las relaciones ecológicas- tiene necesariamente que estudiar las relaciones socio-estructurales” (Breilh, 2003:214).

Al abordar el tema de equidad en salud es importante representar un concepto de salud alejado de concepciones ahistóricas y estáticas. Dicha noción debe comprender la complejidad y dialéctica de la salud-enfermedad-cuidado como un proceso que va más allá de aspectos biológicos y que se conecta con fenómenos de orden económico, político y cultural. Así mismo este concepto debe estar ligado, por antonomasia, al derecho a la salud, cuya importancia radica que a partir de éste se garantiza la salud de acuerdo a unas principios<sup>7</sup> y características<sup>8</sup> establecidas previamente entre la sociedad en conjunto.

La salud es entonces, junto con otros aspectos<sup>9</sup> de la sociedad, un componente fundamental de los derechos humanos y de la dignidad individual y colectiva. Ésta debe ser además el resultado congregado de recursos humanos, tecnológicos, organizacionales, financieros, políticos y culturales que tiene la sociedad, destinados a la promoción de la salud y la vida, y a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, en la esfera individual y colectiva (Paganini, 2006). Todos estos recursos deben ser un bien común, por lo tanto le corresponde a la política garantizar la salud como un derecho y una inversión estratégica para el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

En esta definición se deben incluir las acciones propias de las comunidades en su esfera cultural, comunitaria y familiar. El sistema de salud debe contemplar en sus actividades la necesaria relación con el sistema social de producción de salud, es decir los conocimientos que surgen de las culturas, las creencias y comportamientos de las poblaciones. De acuerdo con lo anterior, es necesario destacar la integralidad y amplitud del concepto del sector salud compuesto, por un lado, por la totalidad de conocimientos que hacen a la promoción, la prevención, atención de la salud y por otro, por la totalidad de los recursos y esfuerzos de una sociedad para producir nuevos conocimientos, transmitirlos y aplicarlos (Paganini, 2006).

---

<sup>7</sup> Accesibilidad, igualdad, equidad y gratuidad (Paredes, 2003).

<sup>8</sup> Universalidad, interdependencia, indivisibilidad, el carácter individual y social, la progresividad, la irreversibilidad y la irrenunciabilidad (Paredes, 2003).

<sup>9</sup> Desarrollo económico sustentable, seguridad social y financiamiento de la salud, la producción de alimentos y su distribución, las oportunidades de trabajo y empleo decente, la educación, la justicia, las libertades públicas, el capital social, el respeto por las diferencias de cultura, raza, género, etnia, la vivienda y el urbanismo, el saneamiento básico, el control de la contaminación y preservación del medio ambiente, entre otros (Paganini, 2006).

Es importante entonces destacar que el proceso salud-enfermedad-cuidado debe tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre justicia e igualdad social, por lo tanto la equidad en salud no puede dejar de ser un objetivo en la elaboración de la política social en un contexto como el latinoamericano. Al mismo tiempo la equidad en salud debe estar relacionada con la distribución de la riqueza (no únicamente la repartición de los recursos sanitarios), como acuerdo social de justicia e igualdad, en el propósito fundamental de satisfacción individual y colectiva de las necesidades y libertades humanas; la salud como necesidad<sup>10</sup> absoluta que, una vez complacida, facilite la libre autodeterminación de las personas.

El abordaje de las inequidades en salud no debe limitarse sólo a los resultados sanitarios, sino también destacar los procesos sociales y la organización social injusta que la produce, dando un mayor peso explicativo a los determinantes socioeconómicos, políticos y culturales. Entender la equidad en salud como parte de un componente esencial de justicia social daría mayor capacidad para articularse con políticas generales y no sólo con el quehacer del sector de asistencia médico-sanitaria y a priorizar la equidad en salud como un objetivo importante en la búsqueda de la justicia social (López y Blanco, 2004).

El papel de la igualdad como categoría analítica radica en que posee una gran capacidad para explicar los determinantes del proceso salud-enfermedad-cuidado (López y Blanco, 2004) y como categoría empírica en la posibilidad de especificar qué es lo que hay que igualar, adhiriendo un carácter crítico en el momento de considerar a las desigualdades en salud como evidencia de las inequidades sociales. La equidad es entonces un elemento transitorio hacia la igualdad, es decir la distribución equitativa de los recursos<sup>11</sup> se realiza en sociedades desiguales<sup>12</sup>, donde la inequidad se expresa socialmente en una satisfacción desigual (e insatisfacción) de las necesidades entre los individuos y los grupos sociales. La insatisfacción (o mala satisfacción) de la salud como necesidad genera potencialmente condiciones desiguales de libertad, ya que las personas dedican gran parte de sus capacidades en busca de una adecuada satisfacción de las necesidades, dejando menores posibilidades de desarrollo a las capacidades<sup>13</sup> individuales que le dan un carácter diverso<sup>14</sup> a cada persona.

Arribando a un nivel de mayor concreción sobre el concepto es posible decir que la equidad en salud pretende condiciones de salud óptimas e iguales para los individuos y los grupos sociales, que permita el libre desarrollo de sus capacidades sin atentar contra la diversidad de otras personas -propia de condiciones socioculturales particulares-. Este concepto pretende por un lado demostrar el por qué la inequidad es una característica inherente a una sociedad que impide el bien común e instituye la inviabilidad de un reparto humano que otorgue a cada quien según su necesidad y le permita aportar según su capacidad (Breilh, 2003). Por otro lado es un instrumento que le posibilita a los grupos subordinados asumirse como actores políticos en contra de las asimetrías sociales producto de la acumulación económica y la concentración del poder.

Siguiendo este concepto las inequidades en salud son las diferencias en salud (condiciones objetivas y subjetivas), existentes entre los individuos y los grupos sociales como producto -no sólo de los servicios de atención en salud- de sus condiciones sociales, económicas, geográficas, culturales, étnicas, de raza y/o de

---

<sup>10</sup> Es importante señalar que las necesidades en el ámbito de la salud están socialmente determinadas y además el uso los servicios de salud está determinado tanto por las necesidades de salud de la población como por las características de la oferta del mercado de servicios de salud (política de salud) (Porto, 2002)

<sup>11</sup> Disponibilidad general de recursos políticos (participación social) y económicos (servicios sanitarios) necesarios para alcanzar la satisfacción de las necesidades.

<sup>12</sup> No se pretende hacer referencia a la desigualdad como una normalidad social. La desigualdad es en este texto calificada de manera negativa por cuestiones ideológicas, políticas y económicas.

<sup>13</sup> Elección, autonomía y creatividad intencionada.

<sup>14</sup> La diversidad de los atributos humanos, naturales y sociales de distintos grupos de una sociedad, es una característica consustancial de la vida humana y ayuda a explicar el modo de devenir o la génesis de la variación de características. Se concreta en procesos como los de diferenciación de género, étnicos y culturales sobre los cuales se dan construcciones culturales y de poder (Breilh, 2003).

género, que les impide desarrollar de manera satisfactoria sus capacidades.

## LA PERSPECTIVA ÉTNICA DE LA EQUIDAD EN SALUD

Una de las preguntas “clásicas” que se hacen muchas personas que trabajan sobre la distribución de la salud y la enfermedad entre los diferentes grupos sociales es acerca del ¿por qué siempre los grupos étnicos poseen los peores indicadores de salud? Tal vez la respuesta más apropiada es recordar a Epstein (1978) quien indica que la etnicidad está referida a situaciones asimétricas entre dos o más grupos sociales, caracterizada por posiciones hegemónicas de poder de unos sobre otros, no solo referida a los bienes y la riqueza sino también sobre las relaciones culturales que subsumen las particularidades étnicas (Breilh, 2003).

La inequidad, como proceso que posibilita la concentración de poder, tiene aún más repercusión en grupos sociales cuya subordinación histórica los ha situado en una desventaja estratégica frente a otros grupos. Esa desventaja ha creado procesos culturales y formas de poder simbólico que se han estructurado paralelamente a las formas de dominación económica (Breilh, 2003).

Las grandes desigualdades en salud que tienen los grupos étnicos en relación a los demás grupos sociales en contextos geopolíticos similares deben abarcarse desde dos aspectos fundamentales. El primero se refiere a las evidencias empíricas (desigualdades en salud) producto de relaciones disímiles de poder que generan inequidades en el reparto y acceso desigual a la salud -y a los demás satisfactores de las necesidades humanas- correspondientes con los procesos de producción y distribución económica predominantes. El segundo representa el trato diferenciado que recibe una persona o colectividad humana por su pertenencia étnica y por las prácticas culturales que de ello deriven. Esto opera como una doble inequidad, socioeconómica y étnica, que permite que el grupo dominante –no necesariamente los grupos mayoritarios<sup>15</sup>- imponga sus características culturales y su ideología sobre los grupos étnicos, siendo el sistema económico, político, jurídico y cultural de una sociedad manejado por las decisiones del grupo dominante.

Es substancial recordar que las necesidades de los grupos étnicos contienen una gran carga cultural que las puede hacer diferentes –pero no excluyentes, ni inferiores- a las de los grupos dominantes. Esa carga cultural corresponde a los conocimientos, creencias, valores, tradiciones, costumbres, mitos, etc., que influyen en la forma de relacionarse con la naturaleza, la salud, el trabajo, la vida y la muerte y demás aspectos fundamentales para su reproducción social. Estas características no son estáticas ni individuales, se transforman con el tiempo en la interacción con otras culturas y se comparten entre individuos.

En este sentido es importante la creación de espacios interculturales que faciliten un planteamiento pluralista sobre las relaciones humanas entre actores culturalmente diferenciados en el contexto de un Estado democrático y participativo, y de una Nación pluricultural y multiétnica. Esa interculturalidad debe partir de la necesidad del reconocimiento y respeto por la diferencia cultural que poseen las comunidades étnicas que generalmente han sido asociadas con “atraso” en contraposición a la “modernidad” de la llamada cultura occidental.

En el caso de la salud, la visión estereotipada de la forma en que los pueblos indígenas resuelven sus problemas de salud, ha marginado y perseguido estas prácticas, ha limitado el conocimiento de la riqueza que ello encierra, pero sobre todo les ha vedado el derecho a la salud desde su propia cultura. Si la interculturalidad parte del reconocimiento y respeto de la diferencia cultural, la interculturalidad en salud puede definirse como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, y los distintos conceptos de cuerpo biológico y social, dando una operacionalidad al término que facilite una potenciación entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena, respetando enormemente la

<sup>15</sup> En países como Perú, Bolivia y Guatemala donde la población indígena supera el 50% del total de la población, las relaciones de poder son desfavorables para estos grupos.

diversidad.

Cuando se habla de interculturalidad es importante no desviar hacia un relativismo cultural que sustente las desigualdades en salud como procesos “normales” relacionados con la cultura de los grupos étnicos. Lo sustancial es corregir los efectos negativos que ha causado históricamente el trato desigual hacia estos colectivos, reconociendo las inequidades sociales que han provocado tales diferencias.

La equidad en salud hacia los grupos indígenas debe garantizar que sus necesidades humanas esenciales (absolutas y relativas) se logren mediante los satisfactores que ellos, desde sus características étnicas, consideren importantes e ineludibles –sin que ahonden las desigualdades en salud o generen nuevas-, y además les posibilite el libre desarrollo de sus capacidades, permitiéndoles, sin discriminación alguna, mantener la diversidad que los cohesionan e identifica.

Para alcanzar la equidad en salud con perspectiva étnica es necesario subrayar ciertas reflexiones (Torres, 2001):

- Las desigualdades en salud de los grupos étnicos frente a otras colectividades, se relacionan con procesos estructurales socioeconómicos que derivan directamente en las condiciones de vida de estas comunidades.
- La organización y ubicación de los servicios, la calidad y acceso a los mismos y el nivel de información que dispone la población sobre como cuidar su salud, corresponde a las políticas en salud ejercida por los grupos hegemónicos.
- En la atención a la salud es necesario la ausencia de sesgos que eviten restricciones al acceso a los servicios de salud y garanticen la calidad de los mismos.
- Involucrar a los grupos étnicos en la gestión de los servicios de salud.
- Aporte equitativo de recursos que, sin afectar a los demás grupos sociales, posibilite disminuir las brechas en salud.
- Existencia de políticas que incluyen las categorías etnia/raza.
- Garantizar la disposición de recurso humano con perspectiva étnica, escaso por demás.
- Atención en salud que facilite una reconstrucción de las identidades fracturadas y las potencialidades de los grupos mismos para superar la vulnerabilidad.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abbagnano, N. Diccionario de filosofía. Fondo de cultura económico. México. D.F. 1998.

Almeida, C. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. 2002; 18(suplemento):23-36.

Aristóteles. Ética a Nicómaco. Fondo de Cultura Económica-Editorial Alianza. México. 2004.

Bello, A y Rángel, M. Comisión económica para América Latina y el Caribe –CEPAL-. Etnicidad, Raza y Equidad en América Latina y el Caribe. Publicación de las Naciones Unidas. (LC/R.1967/Rev.1). Santiago de Chile. 2000.

Bidet, J. John Rawls y la teoría de la justicia. Ediciones Bellatera. Barcelona. 2000.

Blanco, J. López, O y Rivera, A. Calidad de vida. En: Eibenschutz R. Bases para la planeación del desarrollo urbano en la ciudad de México, Tomo I; Economía y sociedad en la metrópoli, UAM-X/Grupo editorial Porrúa, México. 1997.

- Breilh, J. Epidemiología crítica. Lugar editorial. Buenos Aires. 2004.
- Campbell, T. La justicia. Editorial Gedisa. Barcelona, España. 2001.
- Cojtí Cuxil, Demetrio. Ub'aniik ri una'ooj uchomab'aal ri maya'tinamit. Configuración del Pensamiento Político del Pueblo Maya. (2da. parte). Cholsamaj. Guatemala. 1995.
- Epstein. A. Explorando la identidad étnica. Oliver & Boyd. Edimburgo. 1978
- Fromm, E. Marx y su concepto del hombre. Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- Gargarella, R. Las teorías de la justicia después de Rawls. Editorial Paidós. Barcelona. 1999
- Granados, A. Exámen de antropología mexicana y latinoamericana. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. México D.F. 2001.
- Grisales, R. La democracia en los pueblos indígenas. Tesis de grado para obtener el título de Maestro en Ciencias Sociales. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales –FLACSO. Guatemala. 2005
- Heller, A. Teorías de las necesidades en Marx. Ediciones Península. Barcelona. 1986.
- López, O. y Blanco, J. Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. Salud Problema. 2003; 8 (14-15): 1-16.
- Malgesini, G. y Gimenez, C. Guía de Conceptos sobre Migraciones Racismo e Interculturalidad. Editorial Catarata Madrid. 2000.
- Marx, C. La ideología Alemana. Colección archivos de marxismo. Proyecto pensamiento cubano en formato electrónico. [www.filosofia.cu](http://www.filosofia.cu). 2006.
- Marx, C. y Engels, F. Obra escogidas. Editorial Progreso. Moscú. 1975.
- Max-Neef, M. El desarrollo a escala humana. [Revisado el 22 de agosto del 2006] En: <http://www.neticoop.org.uy/IMG/pdf/DesEscalaHumana>
- Monzón, A. La diversidad es riqueza: las relaciones de género en sociedades pluriculturales. Fundación Guatemala/Unión Mundial para la Naturaleza/Fundación Arias para la Paz y el Progreso. Guatemala. 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. –OPS- Iniciativa de salud para los pueblos indígenas.
- Paganini, J. Hacia la definición de un nuevo paradigma de la equidad en salud. Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva. INUS-SIMBEL, publicación científica N. 6. Universidad Nacional de la Plata, Argentina. 2006.
- Paredes, N. El derecho a la salud: Su situación en Colombia. Cinep – GTZ. Bogotá. 2003.
- Porto, Silvia. Equidad y distribución geográfica de los recursos financieros en los sistemas de salud. Cad. Saúde Pública 2002; 18(4): 939-957.

Rawls, J. Teoría de justicia. Fondo de Cultura Económica. España. 1997.

Reina. L. Compiladora. Los retos de la etnicidad en los estados-nación del siglo XXI. Porrúa. México. 2000.

Rousseau, J. Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres. Edición electrónica. Diputación de Albacete - Servicio de Publicaciones - Gabinete Técnico. [www.dipualba.es/publicaciones](http://www.dipualba.es/publicaciones). 2001.

Sen, A. ¿Qué es equidad? [Revisado el 2 de febrero de 2006]. En: <http://es.wikipedia.org/wiki/Equidad>.

\_\_\_\_\_ ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 2002; 11(5) 302-309.

Smith, Anthony. La identidad nacional. Trama Editorial, Madrid. 1997

Spinelli, H. Et al. Equidad en salud. Teoría y praxis. En: Spinelli, H. Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2004. p. 247-277.

Torres, C. Etnicidad y salud, otra perspectiva para alcanzar la equidad. En: Equidad en salud desde la perspectiva de la etnicidad. Organización Panamericana de la salud. 2001.

Walicki, A. Kart Marx como filósofo de la libertad. Versión traducida al español. Critical Review. Journal of Books and Ideas. 1998; 22: (4). [Revisado el 24 de octubre de 2006] En: [http://www.cepchile.cl/dms/archivo\\_1001\\_1186/rev36\\_walicki.pdf](http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1001_1186/rev36_walicki.pdf).

Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services, 1992; 22(3) 429-445.

Wieviorka, M. El espacio del racismo. Ediciones Paidós. Barcelona, 1992.