

Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género

[Leticia Artiles Visball](#)

RESUMEN

El concepto de la equidad en salud asumido como el tener iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud; una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal, es una sentencia que presenta importantes fracturas cuando se penetra en el interior de las realidades sociales de los pueblos. Las principales organizaciones internacionales y gubernamentales se han expresado en las Cumbres y otros eventos de los que han surgido mandatos vinculantes dirigidos a lograr la equidad social y en particular la equidad en salud, en plazos temporales definidos, tales como los Programas de Cairo (1994) y Beijing (1995) y mas cercanamente los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero sus resultados quedan aún en marcos teóricos que no se expresan en la realidad de los pueblos. El propósito del presente trabajo está dirigido a colocar las principales problemáticas de la equidad en salud y etnia desde la perspectiva de género, en el punto de mira que sustente la necesidad perentoria de darle respuesta a las realidades iniquitativas que aún prevalecen.

Palabras clave: Equidad de salud, etnia, género.

INTRODUCCIÓN

Para iniciar el tema, es necesario hablar del contenido de la equidad en salud. Muchas definiciones de esta categoría han sido dadas en los últimos años, sin embargo que a los efectos del presente artículo se asume la que refiere a que la “equidad en salud significa (tener) iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal.” Aislando las categorías sustantivas que componen la definición se tiene:

- Iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles,
- una distribución democrática del poder en el sistema de salud,
- una distribución democrática de los conocimientos en el sistema de salud,
- y sin consentimiento de privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal.

El propósito del presente trabajo esta dirigido a colocar las principales problemáticas de la equidad en salud y etnia desde la perspectiva de género, tomando como eje de referencia las categorías contenidas en la definición.

EL POLO EQUIDAD/INIQUIDAD Y EL ENFOQUE CRUZADO GÉNERO/ETNIA

Si se considera el género como una construcción simbólica que reside en identificar las expectativas y valores que una cultura concreta asocia al hecho de ser mujer u hombre, al carácter y calidad de las relaciones que se establecen entre ellos y definir la categoría como el “conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, los articula dentro de relaciones de poder frente a los recursos y se expresa en símbolos, estereotipos, desempeño de roles y en el modo de actuación social² en los espacios donde se genera la continuidad cultural.”

En el marco de las diferentes culturas humanas, las diferencias según sexo se expresaran de manera particular por los patrones específicos que se atribuyen a los comportamientos de mujeres y hombres en la sociedad en que se reproducen biológica y socialmente. Si se parte de identificar en que medida las desigualdades entre los sexos dentro de las etnias en referencia a la salud son iniquidades, se puede partir de las siguientes interrogantes:

- ¿Existen iguales oportunidades de acceso y control sobre los recursos?
- ¿Existe una distribución democrática de poder en el sistema de salud?
- ¿Existe una distribución y aceptación democrática de conocimientos en el sistema de salud?
- ¿Se consignan privilegios según sexo?

Se entiende por acceso la “posibilidad de usar un recurso” y por control “la posibilidad de definir y tomar decisiones valederas para usar el recurso.” El ejercicio de poder sobre el que se genera la iniquidad entre los sexos, o entre los territorios, o entre las etnias, está concentrado en la capacidad de la toma de decisiones, es decir, en el control sobre el recurso y no en su posibilidad de acceso. La posibilidad de usar un recurso no necesariamente implica la posibilidad de *definir* y *decidir* sobre su uso.

Así por ejemplo, al implantar un Programa de Salud Sexual y Reproductiva en cualquier parte de la América se podrá identificar que todas las mujeres tienen igual acceso a los distintos métodos de planificación familiar, porque está diseñado para ellas, sin embargo, las mujeres de la población no podrán decidir su uso de igual manera porque:³

- No tienen posibilidad económica,
- no tienen nivel de educación para concederle el valor que tienen para proteger su salud,
- no tienen información de como acceder a los mismos,
- no tienen tiempo de “dejar a los otros” para acceder al servicio y
- no tienen capacidad para negociar con la pareja la necesidad de su uso.

Esta diferenciación tiene una gradación donde el acceso y el control de los recursos van a favorecer o coartar el desarrollo, la determinación y la toma de decisiones a nivel individual y/o comunitario, de forma diferencial.

Las desigualdades en las relaciones de poder entre los sexos, dadas por la histórica formación patriarcal de la mayor parte de las culturas, tienen una manifestación

diferencial en cada uno de los escenarios socioculturales de aplicación, territorio, estrato social y etnia.

El condicionamiento de género determina diferentes formas de vivir, enfermar y morir por causas prevenibles; configura un *perfil epidemiológico específico de género*, en función de que cada sexo, tiene características y necesidades diferentes, y requiere de respuestas correspondientes. La base de esta configuración cultural se articula directamente con el control que exista sobre los recursos según su diferencial específico de territorio, clase social y etnia, lo que se manifiesta en cifras inobjtables.

En el informe “Salud de las Américas”, edición 2002,4 se refirió para la Región de Las Américas que la esperanza de vida al nacer para mujeres y hombres, fluctuaba entre 56,8 y 82,1 años para las primeras, y 51,8 y 76,3 años para los segundos. La condición de pobreza (ingreso per cápita equivalente a menos de un dólar internacional por día) incrementó el riesgo de morir prematuramente entre 15 y 59 años de edad. La razón del riesgo estimada por la OPS en 1999, mostró el impacto desigual de la pobreza sobre las probabilidades de supervivencia de mujeres y hombres. Este indicador sugirió que en condiciones de pobreza, el riesgo de muerte prematura se duplicó y hasta quintuplicó en los hombres y hasta se multiplicó por doce en las mujeres, reduciendo la brecha de mortalidad entre los sexos. La variación de este impacto debe buscarse no sólo en los factores biológicos de vulnerabilidad diferencial de los sexos sino también en los factores sociales de género y estrato social. Las diferencias por sexo en cuanto a la esperanza de vida al nacer tienden a reducirse cuando se incorpora la categoría calidad de vida al análisis, así las mujeres tienen mayor proporción de años con discapacidad que los hombres, y es mayor entre las pobres. Los años vividos con discapacidad fue de 9,6 para las mujeres y de 8,1 para los hombres en el Canadá, mientras que en Haití tales porcentajes ascendieron a 17,8 y 16,2, respectivamente. En los últimos años las variaciones de estas estadísticas de salud no han cambiado significativamente.

La actividad sexual determina la mayor diferencia cualitativa entre los sexos con respecto al tipo de riesgos para la salud, ya que sobre la mujer recaen no sólo las consecuencias biológicas del embarazo, el parto y el amamantamiento, sino también la responsabilidad culturalmente asignada del cuidado de los hijos y de la familia. Además de soportar la mayor parte de la carga de la anticoncepción, es más vulnerable a infecciones del aparato reproductivo y enfermedades de transmisión sexual, y las complicaciones causadas por estas infecciones la afectan más gravemente. La América Latina y el Caribe es la región del mundo que ha mostrado el mayor descenso de la *fecundidad* desde la década de 1960. El número de hijos por mujer descendió a 2,7 en el año 2000, lo que implicó una reducción de la fecundidad de aproximadamente el 50 % en un período de 40 años. Se produjo un aumento en las tasas de embarazo en la adolescencia (15-19 años) con serias implicaciones para la salud de la madre y para las restricciones sociales que impone la maternidad temprana.

En la mayor parte de las regiones de los países subdesarrollados y en vías de desarrollo la situación de las mujeres es cada vez más precaria, por ejemplo en Centroamérica las tasas de mortalidad materna son inaceptables, el empleo precario aumenta con mayor porcentaje de mujeres, que más de la mitad no tienen sus necesidades de planificación familiar atendidas, que las mujeres empleadas ganan 33 % menos que los hombres, y que menos del 20 % de los puestos del parlamento nacional son ocupados por mujeres. La calidad de vida y la situación de salud de las mujeres centroamericanas están

determinadas por un contexto social que históricamente las ha discriminado en lo político, lo social, lo cultural y lo económico. También lleva el peso de las condiciones propias de la pobreza, de subdesarrollo y de desigualdades que caracterizan la región. Como consecuencia de esto las mujeres centroamericanas enfrentan problemas de salud como la desnutrición, la anemia ferripriva y una alta mortalidad materna, en la segunda mitad de la vida prevalece la obesidad y los problemas de salud asociados a ella, como la hipertensión arterial, la diabetes. Además, son frecuentes los problemas de salud mental como consecuencia de las agresiones físicas, las situaciones de guerra (desde los años 80), desplazamientos involuntarios, o el maltrato y abandono del esposo o compañero, además de los serios problemas asociados con violencia intrafamiliar.⁵

Estos datos confirman el hecho, ampliamente documentado de que las mujeres no viven más sino que mueren más tarde y están sostenidamente en planos de iniquidad mantenida en mayor desventaja que los hombres, las desigualdades injustas generadas por los diferentes espacios o ambientes geográficos, por pertenencia a etnias, tradicionalmente excluidas y silenciadas, dentro de estos escenarios la iniquidad de las relaciones de género se estructuran sinérgicamente y “apalancan” las desventajas sociales a “disfavor” del sexo femenino, esencialmente debido a las relaciones de poder que se estructuran sobre el insuficiente control sobre los recursos que caracterizan los espacios de reproducción social. El control sobre los recursos determina esencialmente el ejercicio del poder.

INIQUIDADES DE ETNIA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD

Las condiciones económicas y sociales de las etnias en el mundo, y en particular de las latinoamericanos y sus repercusiones en la salud es un problema que requiere respuesta sin dilación. La situación de estos grupos refleja las desiguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, a la falta de un acceso real al poder en los sistemas de salud, ignorancia y desvalorización de sus prácticas culturales en general, y de sus saberes en salud en particular.

El tema de la equidad en salud para las etnias tiene una complejidad extraordinaria, porque generalmente estos grupos culturales y sociales se encuentran en los estratos sociales más bajos de los países signados por el etnocentrismo y la ceguera occidental médica a las historias personales y grupales culturales, a la cosmovisión heredada y aprendida, y a los saberes propios que constituyen su acervo de vida y condicionan las formas de estructurar sus espacios de reproducción biológica y social.

Tratar el tema de interculturalidad y género remite a visibilizar la diversidad de territorios, etnias, desde la perspectiva de las relaciones de poder que se establecen entre los sexos. El tema de género va a manifestarse de manera diferente en cada categoría, según patrones culturales, simbolismo, cosmovisión, imaginario popular y códigos de comunicación lo que se expresa en las estructuras políticas, normativas sociales y jurídicas, acceso a los servicios y en todos los ámbitos del accionar en la vida cotidiana.

Desde el punto de vista antropológico, la América Latina y el Caribe conforman un complejo mosaico por su gran diversidad geográfica, étnica, lingüística, religiosa y de clases sociales, así como por la estructura institucional y funcional de sus sistemas de gobierno. Estas diferencias sustantivas se expresan en cuadros epidemiológicos muy

variados, así, en relación con las principales causas de muerte y la prevalencia de enfermedades prevenibles, algunos países presentan indicadores similares a los de los países industrializados, otros a los marcados por la extrema pobreza y dentro de los propios países existen diferencias notables entre grupos poblacionales diferentes. Esta mezcla determina diferencias en los perfiles epidemiológicos según el territorio, la clase, la etnia y el género. Existen pocos datos estadísticos que den cuenta de la situación cultural de los pueblos y las mujeres afrodescendientes e indígenas de América Latina y el Caribe debido esencialmente a la ausencia de un enfoque étnico en el proceso de recolección de información.⁶

En general existe una exclusión económica de pueblos y grupos humanos que pertenecen a los grupos étnicos no dominantes, “grupos silenciados” o “invisibilizados”, por cuanto la sociedad latinoamericana no reconoce toda su diversidad y cuando la reconocen es de manera formal, discursiva, en algunos casos de “derecho nominalizado” pero no de “hecho.” Las poblaciones indígenas y afrolatinas no son consideradas como actores ni sujetos plenos de derechos ni en las políticas ni en los programas oficiales; aun y cuando tienen una alta representación, desproporcionada, entre los y las pobres y personas marginadas de la Región, no existen políticas y recursos dirigidos a la disminución de los niveles de pobreza y la no discriminación; los programas que se ejecutan, generalmente son puntuales y no dan respuesta a las necesidades globales. Esta situación se agrava cuando se trata de las mujeres que se encuentran en el último peldaño de la sociedad sustentado en el androcentrismo cultural e ideología patriarcal que predomina en la Región.

En los análisis realizados desde una *perspectiva de género* como herramienta para identificar la forma diferenciada en que la pobreza impacta a las mujeres, no se ha incorporado la óptica etnoracial, por lo que no ha sacado a flote la consecuencia del racismo en la vida económica de las mujeres indígenas y afrodescendientes, en este sentido, las políticas y programas para enfrentar la feminización de la pobreza que son y han sido de tipo asistencialista, no han logrado que los grupos etnoraciales específicos formen parte de los mismos.

Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe

En la Región existen cerca de 150 millones de afrodescendientes al menos y la mitad aproximadamente son mujeres. La mayoría de la población afrodescendientes continental se encuentra en Brasil y Colombia, y en el Caribe, en Cuba y República Dominicana.⁷

La caracterización desde una perspectiva de género de la población afrodescendiente, y en particular de las mujeres, es como sigue: la situación económica está determinada por la exclusión y la marginación económica, lo que se manifiesta en la eliminación de la participación plena en la inversión en capital humano y empleo productivo, así como en las limitaciones estructurales de acceso a los recursos reproductivos, en salarios más bajos en puestos iguales que los que reciben las personas blancas con las mismas competencias y niveles de desempeño. Los programas de ajuste estructural o de reforma del Estado que se vienen ejecutando en América Latina limitan o eliminan la escasa inserción del Estado en las políticas públicas a las que tienen o tenían acceso los y las afrodescendientes.

Muchas de las mujeres están incorporadas a la economía “informal” debido a la segmentación del mercado de trabajo, este sector se caracteriza por la nula protección laboral y por la escasa posibilidad de generar cambios significativos. Las responsabilidades económicas de las mujeres en la familia las obligan a realizar diversas actividades productivas en jornadas ampliadas y en condiciones de marginalidad y explotación. Cuando las mujeres afrodescendientes logran insertarse en el mercado “formal” quedan por lo general restringidas al empleo en industrias con productividad menor al promedio, lo que limita sus niveles de ingreso y acrecienta las diferencias con personas blancas con similares niveles de educación y destrezas. En países como Colombia, Honduras y Brasil las mujeres afrodescendientes son expulsadas del mercado de trabajo y obligadas a convertirse en emigrantes en la mayoría de los casos ilegales en Estados Unidos, Canadá y Europa como una estrategia de supervivencia propia y de la familia, o en convertirse en “jefa de hogar” cuando el emigrante es el hombre, asumiendo la responsabilidad de la reproducción biológica y social en condiciones de incertidumbre.

Para enfrentar las diversas limitaciones económicas, políticas y la discriminación racial las mujeres afrodescendientes han desarrollado diversas estrategias y múltiples formas de organización; la mayoría de las cuales tienen un amplio potencial y una experiencia organizativa muy importante, aunque presentan debilidades institucionales debido a que no han formado parte de las agendas de cooperación y apoyo oficiales ni no oficiales.

La erradicación de la pobreza y de potenciación económica de las mujeres afrodescendientes sólo es posible si los programas, proyectos y acciones que se impulsen se planean, ejecutan y evalúan con una participación activa de estas mujeres, como actoras y socias de su propio desarrollo.

Con el propósito de salir de la invisibilidad del racismo estructural y de las diversas formas en que se manifiesta la discriminación en los países latinoamericanos y del Caribe, con más de 80 millones de mujeres afrodescendientes, en Quito, Ecuador, entre el 13 y 16 de marzo del 2001, se formuló la “Declaración de las Mujeres Afrodescendientes ante el Foro de las Américas por la Diversidad y la Pluralidad” donde se resumen muchos de los planteos concretos que se hacen a los gobiernos, Estados y organismos internacionales: 1. Considerar que el racismo, el sexismo y la xenofobia se encuentran aún encubiertos en las prácticas de los organismos estatales, las políticas públicas, las inversiones para el desarrollo que implementan los estados y que se manifiestan en la invisibilización y negación de las mujeres afrodescendientes. 2. La necesidad de comprometer a los Estados y a los organismos multilaterales e internacionales para que adopten medidas e impulsen acciones para erradicar el racismo y la discriminación racial, que afectan de forma especial a mujeres afrodescendientes. 3. Que los Estados de la Región tienen la obligación de garantizar a las mujeres afrodescendientes el pleno disfrute de los derechos humanos incluido el derecho al desarrollo. 4. Que los Estados deben ofrecer todas las condiciones y garantizar los derechos humanos de las mujeres afrodescendientes desplazadas por los conflictos armados, como es el caso de Colombia. 5. Condenar la explotación sexual y el tráfico de niñas, jóvenes y mujeres afrodescendientes y exigir a los Estados que asuman la responsabilidad para evitar y detener este tipo de prácticas. 6. Expresar que los Estados han negado el derecho de construir y reafirmar la identidad de afrodescendientes en especial a niños y niñas debido a las políticas educativas y culturales que niegan la diversidad y que promueven una falsa identidad nacional basada en la homogeneidad. 7.

Reclamar que los Estados deben garantizar el pleno disfrute de los derechos a las mujeres afrodescendientes, desplazadas y refugiadas internas e internacionales y que les ofrezcan las condiciones para una sana inserción temporal o permanente en las comunidades o países que las reciben. 8. Exigir a los Estados la garantía para el disfrute pleno de los derechos sexuales y reproductivos, considerando que los cuerpos de las mujeres afrodescendientes han servido como laboratorios de experimentación, negándoles no sólo el derecho a la información sino a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos; que exista una respuesta efectiva por los Estados y organismos multilaterales en respuesta a la alarmante prevalencia del VIH/SIDA que se presenta en las comunidades afrodescendientes afectando particularmente a las mujeres. 9. Reafirmar la necesidad del fortalecimiento organizativo y el impulso de liderazgos, y la necesidad de disminuir el *apartheid* digital que han abierto las nuevas tecnologías de la comunicación con la exclusión de los pueblos afrodescendientes y en particular de las mujeres.

Mujeres indígenas en América Latina y el Caribe

Los/las indígenas de todo el planeta sufren actualmente presiones cada vez mayores como consecuencia de los conflictos armados, la globalización y la explotación de recursos naturales lo que se traduce en la pérdida de costumbres tradicionales, la migración fuera de las tierras indígenas, o la pérdida de estatus de las mujeres indígenas que viven en forma tradicional. Se estima que la población indígena total para América Latina y el Caribe oscila entre 45 y 50 millones de personas (o sea 10,18 % de la población total). El 90 % se encuentra concentrado en América Central y en los Andes. El estimado de población indígena para 1999 muestra que los países que tienen el mayor porcentaje de esta población (entre 40 y 70 %) son Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador. De la proporción la mitad son mujeres.

Las mujeres indígenas constituyen una parte importante de los “grupos silenciados” debido a que las instituciones locales, estatales, intergubernamentales o civiles, las excluyen de los procesos para tomar decisiones que les afectan, y escasamente tienen oportunidades de acceder a espacios de poder, y cuando tienen la oportunidad, por la cualidad de ser mujer e indígena siempre están en minoría, lo que limita su capacidad de influir de forma determinante en la toma de decisiones. En América Latina, miles de mujeres y niñas indígenas empobrecidas por la pérdida de sus tierras son víctimas fáciles del comercio sexual. Después de Tailandia, se piensa que Brasil ocupa ahora el segundo lugar del mundo en materia de trata de menores. Ciudad de Guatemala se ha convertido en un centro internacional de trata de personas, donde se trafica con niñas provenientes clandestinamente de toda América Central. Se calcula que la cantidad de menores brasileños que practican la prostitución oscila entre 250 000 y hasta 2 millones.⁸

La guerra ha desplazado a millones de personas, en el caso de las mujeres, la migración propia la lleva a insertarse en contextos no ajenos a sus patrones culturales, a insertarse en el mercado informal, con la precarización consecuente dada su condición o a devenir en “jefas de hogar” engrosando el grupo de pobres entre los más pobres. Las mujeres indígenas buscan trabajo en las maquiladoras y se constituyen en mano de obra barata, donde trabajan en un horario más extenso, en peores condiciones, con menor salario que los hombres.

Para los indígenas otro elemento fundamental es el cambio del entorno ambiental, por la transculturación que se produce por el contacto entre poblaciones de diferente cultura; un ejemplo de esto es la invasión por colonos en las tierras indígenas del Amazonas brasileño en las minas de oro, la explotación forestal, y la posesión de la tierra. Los colonos pagan o intercambian bienes con las niñas para tener relaciones sexuales, los/las indígenas dejan de cultivar alimentos y se insertan en el nuevo mercado aparentemente mejor pagado, y al final van cambiando sus prácticas y perdiendo sus espacios naturales y culturales perturbando el delicado equilibrio del estilo de vida independiente y promoviendo el comienzo de un proceso de deterioro progresivo. Según la situación, la mujer indígena independiente, que es el principal medio para transmitir la cultura y el idioma, puede perder rápidamente sus capacidades y volverse dependiente. En el ámbito jurídico las mujeres indígenas cuando son víctimas de un delito, a menudo no reciben la misma protección legal que otros grupos sociales. En el escenario de los conflictos bélicos es frecuente que sean las mujeres quienes mantienen el funcionamiento de la sociedad.

En la Declaración de Manila que se elaboró en el marco de la Conferencia Internacional sobre resolución de conflictos, establecimiento de la paz, desarrollo sostenible y pueblos indígenas (diciembre 2000), los/las indígenas pusieron en claro su deseo de que las mujeres fueran incluidas en la toma de decisiones en todos los niveles, tanto en tiempos de paz como en tiempos de guerra. En este sentido se está comenzando a reconocer el valor de las mujeres indígenas en la prevención de conflictos armados y en el establecimiento de la paz, y se comienza a aprovechar su talento y habilidades naturales como mediadoras, y para encontrar lugares donde emplear su papel tradicional de mediación en operaciones multinacionales de mantenimiento de la paz. En América Latina ya han demostrado que tienen la capacidad de hacerlo de forma muy efectiva, y su participación se basa en el diálogo intercultural que promueve el respeto a la pluralidad.

Las mujeres indígenas han participado en diversas conferencias internacionales, logrando que se les escuche mejor y de forma diferenciada de las mujeres en general, como la Cumbre para la Tierra de Río en 1992, la conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993, participación en la Conferencia sobre la Mujer en Beijing en 1995 y en el período extraordinario de sesiones de seguimiento de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000. En la Declaración de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas adoptada en la ciudad de Oaxaca, el 4 de diciembre de 2002 se propuso un plan de acción, dirigido justamente a rescatar los valores esenciales en búsqueda de la equidad social en el mundo globalizado de hoy.

Entre las fundamentales propuestas se pueden señalar: 1. Promover la transmisión intergeneracional de la cosmovisión, especialmente ceremonias y lugares sagrados. 2. Demandar de las iglesias y de las diferentes religiones respetar las creencias y culturas de pueblos indígenas sin imponerles ninguna clase de religión. 3. Formulación e implementación de programas y políticas públicas adecuadas, culturalmente accesibles y equitativas, con enfoque de género, tomando en cuenta la multiculturalidad y pluriculturalidad de los países y asegurando la participación efectiva e integral de las mujeres indígenas. 4. Instar a las mujeres indígenas a asumir posiciones de liderazgo, empoderamiento y participación en los procesos de toma de decisiones en todos los ámbitos: local, nacional, regional e internacional. 5. Demandar de los Estados la

inclusión en sus agendas políticas la asignación presupuestaria con enfoque de género y étnico para el desarrollo de los pueblos indígenas.

Desde la perspectiva de género las mujeres indígenas también se plantearon promover mayores espacios de diálogo, reflexión y debate constructivo entre hombres y mujeres fomentando el respeto, la confianza, la sabiduría ancestral y la visión de género de acuerdo a la visión de las mujeres indígenas; así como romper con los esquemas tradicionales de exclusión que limitan su participación en todos los ámbitos y construir una propuesta de equidad entre los hombres y mujeres indígenas; así como exigir a los gobiernos, medios de comunicación y sociedad en general promover procesos de concientización y sensibilización para romper paradigmas, mitos, estereotipos y prejuicios relacionados con las mujeres indígenas; también reclamaron de las agencias especializadas de las Naciones Unidas la implementación de programas locales, nacionales e internacionales que fortalezcan las organizaciones de las mujeres y jóvenes indígenas.

Como elemento importante, también exigieron a los Estados la implementación de Programas de Salud que garanticen el derecho de las mujeres indígenas a una atención de salud de calidad, incluidas la salud sexual y reproductiva desde su cosmovisión y la atención psicológica y mental, que sean culturalmente apropiadas, respete la identidad, los conocimientos médicos tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas y elimine los programas de esterilización forzada implementada por algunos gobiernos.

Las minorías indígenas y afrolatina en América Latina y el Caribe, consideradas minorías porque representan un porcentaje menor en la población general, insertadas en un mosaico étnico, con una diversidad de lenguas, prácticas culturales, limitaciones en el acceso a la toma de decisiones y a los servicios en general y de forma particular a los de salud, han sido insuficientemente estudiadas y han sido escasos los programas dirigidos para mejorar su condición y posición en las sociedades. Lo anterior tiene particular importancia en el caso de las mujeres, trasmisoras naturales de la cultura en la vida cotidiana, las proveedoras de salud en el espacio doméstico y comunitario, con prácticas propias, cuya sapiencia en este campo ha sido y sigue siendo desvalorizada, prevaleciendo la atención en salud desde la perspectiva médica etnocéntrica occidental. Las minorías indígenas y afrolatinas cada vez más juegan un papel determinante en las economías de la Región, en una economía “sumergida” e “ignorada” y “segregada” por las mayorías blancas que ostentan el poder.

Aún y cuando los estudios antropológicos han dejado de utilizar la variable raza, en tanto la diversidad de caracteres biológicos y sociales no están justificados desde la genética, sino desde el entorno habitacional donde se reproduce biológica y socialmente la vida cotidiana, el racismo como ideología sigue marcando el desarrollo de las poblaciones no blancas; la información ofrecida acusa perentoriamente una atención a los diferentes grupos sociales, y a visualizar que las relaciones de poder entre los sexos atraviesan con diferentes impactos cada grupo étnico, según territorio, ciclo de vida. La inclusión en las agendas de las políticas públicas de los gobiernos, estados, y organismos internacionales podrá contribuir a posicionar a estos grupos humanos en el lugar que por derecho propio les corresponde.

DESAFÍOS PARA EL LOGRO DE ESE MEJOR MUNDO POSIBLE

Lograr la equidad en salud constituye un importante desafío para tener ese mundo posible y necesario al que se aspira, sin embargo, a pesar de los empeños queda mucho por andar. Se trata de lograr la equidad con el estado de salud y el desarrollo sanitario mediante todas las formas de acción, políticas, programas, investigaciones, formación de recursos humanos, que centren su atención y respuestas acorde a las necesidades diferenciales de género y etnia.

La Organización Mundial de la Salud en mayo del 2005 definió entre los determinantes estructurantes de la salud, al género y la etnia, junto con ingreso, educación, y sexualidad, categorías estrechamente imbricadas para cualquier tipo de análisis del desarrollo sostenible de los seres humanos y que indiscutiblemente constituyen la base protagónica de las inequidades en salud. La OMS coloca el criterio de la equidad de la salud como piedra angular para el marco normativo de la Comisión de Determinantes Sociales creada al efecto de dar perentoria respuesta a las inequidades existentes. El criterio de equidad lo asume considerando las implicaciones de los acercamientos de la política enfocados a:⁹

- Abordar desventajas de la salud en grupos específicos de la población.
- Reducción de brechas de la salud.
- Dirección del gradiente de la salud a través del espectro completo de posiciones socioeconómicas.

Otras organizaciones de las Naciones Unidas se han pronunciado también en esta dirección, aunque generalmente las metas son demasiado teóricas e inalcanzables para las realidades económicas, sociales y culturales de los procesos que intervienen en la salud a nivel de las personas, de las instituciones y de la organización de los sistemas de salud, de modo tal que las brechas en salud son abismales entre las categorías que componen los denominados determinantes sociales de la salud.

Las Conferencias Mundiales sobre las Mujeres celebradas desde 1975 lograron colocar el problema de las mujeres en la Agenda Pública, primero en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo, en septiembre de 1994, que propuso un plan de acción estableciendo relación entre población, pobreza, producción, consumo y medio ambiente; y señaló a la pobreza como uno de los mayores obstáculos para el desarrollo y estabilización de la población y ratificó la validez de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos; y de la Conferencia de Beijing, 1995 donde representantes de 189 gobiernos aprobaron la Declaración de Beijing y una plataforma de acción.

En análisis realizado en la VII Conferencia Regional sobre la Mujer en América Latina y el Caribe, celebrada en Lima, Perú el 10 de Febrero del 2000, entre otros planteamientos, señaló que los gobiernos de la región no han asumido la plataforma como eje para reorientar sus políticas de estado y repensar los presupuestos nacionales, desde la perspectiva de cumplimiento de los compromisos asumidos en las diferentes conferencias y que la transversalización y la integralidad de las políticas para la igualdad y equidad de género, requieren compromisos al más alto nivel político y asignación de recursos; las mujeres siguen muriendo por abortos realizados en condiciones de clandestinidad, se mantienen prácticas excluyentes y autoritarias, ya estructurales, expresadas en el racismo, tanto cultural como práctico, que afecta particularmente a las mujeres negras e indígenas.¹⁰ Todos estos resultados demuestran

la insuficiencia en el cumplimiento de los programas y acciones, que todavía, constituyen en parte, letra muerta, aunque se han logrado algunos avances.

La Cumbre del Milenio, celebrada en el año 2000 en Nueva York propuso la Declaración del Milenio y definieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio con el compromiso de ser alcanzados hacia el 2015, entre otros el objetivo No.3 refiere “Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer”, y aunque se está reduciendo la diferencia entre la tasa de matriculación entre los sexos en la educación primaria del mundo en desarrollo, lo que constituye un primer paso para reducir las desigualdades entre mujeres y hombres, en casi todas las regiones en desarrollo las mujeres representan una proporción más pequeña de los empleados asalariados que los hombres y con frecuencia se ven relegadas a trabajos inestables y mal remunerados. Es decir, aunque se están logrando progresos, las mujeres siguen sin estar representadas de forma equitativa en los más altos niveles de gobierno, pues ocupan sólo el 16 % de los escaños de los parlamentos del mundo.¹⁰

El objetivo No. 5 “Mejorar la salud materna”, cada año muere más de medio millón de mujeres durante el embarazo o el parto. Esa cifra, multiplicada por 20, es el número de mujeres que sufren lesiones graves o casos de discapacidad. Se han logrado algunos progresos en la reducción de la mortalidad materna en las regiones en desarrollo, pero no en los países donde es más peligroso dar a luz. Sigue también sin alcanzarse el objetivo de “acabar con todas las formas de discriminación⁹ y violencia contra la mujer y la niña.”

Indiscutiblemente los Objetivos del Milenio no se cumplirán en el 2015, están en los discursos, en las metas, pero las acciones necesarias para darle cumplimiento son totalmente insuficientes.

QUEDA MUCHO POR ANDAR

Las Organizaciones de las Naciones Unidas indiscutiblemente condicionan plataformas para la formulación de políticas, o al menos mandatos vinculantes que le sirven de soporte, deben oír a los movimientos de mujeres e indígenas que reclaman sus derechos; las acciones de organizaciones no gubernamentales y otras instituciones requieren focalizar sus objetivos para dar solución real y no formal a los requerimientos de las poblaciones para alcanzar ese posible mundo mejor considerando el género y la etnia como importantes determinantes de estratificación social y vulnerabilidad diferencial que impactan la salud. Estas demandas quedaron explícitas en la “Declaración de Cuenca”, en el marco de la Asamblea Mundial de los Pueblos, desarrollada en Ecuador, en julio del 2005:

El Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP) reconoce que la interculturalidad es un elemento fundamental para promover equidad social y construir un sistema de salud justo. La equidad en el acceso a información en salud es un derecho humano y es esencial para los pueblos indígenas. Se debe empezar por incorporar los diferentes saberes de los pueblos para desarrollar sistemas de salud culturalmente apropiados y equitativos; programas de prevención culturalmente adecuados; capacitación de trabajadores/as de la salud en habilidades para la interculturalidad; condiciones de trabajo justas; seguridad nutricional; y el desarrollo de un ecosistema saludable. El MSP incorporará temas clave como la lucha contra los Tratados de Libre Comercio, reforma

agraria y restauración de la tenencia de la tierra a los pueblos indígenas, protección contra el saqueo del conocimiento ancestral como una defensa fundamental de la seguridad social, identidad cultural y seguridad nutricional...

En otro apartado el Documento expresa los reclamos para el avance del derecho a la salud para todos/as en un contexto de diversidad de género y sexual.

La salud de las mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual está gravemente afectada por el predominio de una cultura patriarcal con iniquidades sociales y de género y discriminación que afecta su integridad. Los derechos sociales, a la salud, sexuales y reproductivos de las mujeres les son negados. El MSP se compromete a incorporar la transversalización de la perspectiva de género y la perspectiva feminista en todos los ejes de trabajo y planes de acción. Los hombres y mujeres de la Asamblea por la Salud de los Pueblos se comprometen a reconstruir sus relaciones patriarcales en la vida privada y pública. Esta Asamblea demanda el desmantelamiento de las políticas neoliberales que han profundizado la iniquidad de género. Para esto apoyará las campañas internacionales, regionales y locales a favor de los derechos sexuales y reproductivos; fortalecerá la comunicación y relación con otras redes y movimientos; y trabajará para asegurar el acceso al aborto seguro a las mujeres y niñas. El MSP denuncia firmemente todas las formas de violencia basada en género, incluyendo los feminicidios y demanda que los gobiernos tomen medidas preventivas, persiga y castiguen a los responsables y les brinden todos los apoyos que requieren las mujeres afectadas.

La justicia, la equidad social, y la defensa de la salud como bien público y derecho ciudadano, es un compromiso de todos y todas, de lo que se trata es de traducir el discurso en una práctica real que conduzca a la mejora de la calidad de vida de las poblaciones sin distinción de raza y sexo, o de cualquier otro elemento estratificador susceptible de generar diferencias innecesarias e injustas.

SUMMARY

Health equity and ethnics from a gender perspective

The concept of health equity considered as equal opportunities of access to available resources, the democratic distribution of power and knowledge in the healthcare system, a health policy for the benefit of all citizens without any privilege on account of race, gender, territory, disability or another feature of group or personal distinctiveness is a statement that shows substantial breaks when one deepens into the social realities of the peoples. The main international and governmental organizations have expressed their views in Summit Conferences and other events from which mandates have originated aimed at attaining social equity and particularly health equity in specific time periods such as The Cairo (1994) and Beijing (1995) Programs as well as the recent Milenium Development Goals, but their results still lay down in theoretical frameworks that do not show the realities of the nations. The objective of this paper was to place the main health equity and ethnics problems from a gender perspective in the forefront so as to underline the urgent need of responding to the realities full of inequalities that still prevail.

Key words: Health equity, ethnics, gender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Torre Montejo E. Salud para todos sí es posible. 1ra ed. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social;2005.
2. Artiles L. Importancia de la conciencia de género para las políticas públicas en salud y los derechos ciudadanos. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica. 2002;97 (III).
3. Artiles L, Barrios A, Yejo N. Proyecto de Desarrollo de la Autonomía de Salud Sexual y Reproductiva (Manual de Capacitación). Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social; 2003.
4. OPS/OMS. La Salud de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS;2002.
5. OPS/OMS. Por veinte millones de mujeres. Equidad de Género en Salud en Centro América 1998-2004. Informe de Unidad de Género, Etnia y Salud. Washington, D.C.: OPS/OMS;2005.
6. OPS/OMS. Equidad en salud desde la perspectiva de la etnicidad. Washington, D.C.: OPS/OMS;2001.
7. Campbell Barr E. El impacto económico del racismo y el sexismo sobre las mujeres afrodescendientes de América Latina y el Caribe. Cuadernos Mujer Salud 8. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe;2003.
8. Foro Permanente para las cuestiones indígenas. Publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas – DPI/2335B[serie en Internet]. [citado May 2004]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/indígenas/>
9. WHO. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinant of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinant of Health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health; 2005.
10. Conferencias Internacionales: una puesta al día. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. New York: UNIFEM;2006.

Recibido: 20 de diciembre de 2006. Aprobado: 5 de febrero de 2007.

Leticia Artiles Visbal. Calle 5ta. No.655 apto. E-3 e/ 6 y 8. El Vedado. La Habana 10400,Cuba.

e-mail: leticia@infomed.sld.cu

[1DraC. de la Salud, Profesora Titular, Coordinadora de Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva.](#)