

Panorama actual de las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población negra brasileña y sus consecuencias en la salud.

Estela M. García de P. da Cunha.

Cita:

Estela M. García de P. da Cunha (2007). *Panorama actual de las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población negra brasileña y sus consecuencias en la salud. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ixjornadasaepa/96>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eqfA/vuw>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Panorama actual de las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población negra brasileña y sus consecuencias en la salud

Estela M. García de P. da Cunha
Núcleo de Estudos de População - UNICAMP
maira@nepo.unicamp.br

RESUMEN

Brasil concentra actualmente casi 50% de su población clasificada como afro descendientes, en virtud del proceso histórico de esclavitud iniciado a partir del siglo XVI. La construcción social de la desigualdad de oportunidades entre blancos y negros condicionó y condiciona la forma de vivir de estos grupos evidenciándose en disparidades de condiciones de vida.

El mapa de la pobreza en Brasil se superpone al de distribución por raza/color, haciendo con que la población negra presente, en casi todas las dimensiones de su existencia, situaciones de exclusión, marginalidad y/o discriminación socioeconómica, exponiéndola a una posición de mayor vulnerabilidad frente a una serie de agravantes de salud.

El objetivo de este trabajo es diseñar un panorama actual de las condiciones socioeconómicas de la población negra brasileña y el impacto de estas en el proceso salud-enfermedad-cuidados y muerte.

Inicialmente se comenta sobre las fuentes de datos nacionales que incorporan el recorte étnico/racial para posteriormente centrar el análisis en los diferenciales raciales de las condiciones de salud a través de estimativas de morbilidad y mortalidad, correlacionándolas con las condiciones de vida de la población.

Finalmente se comentarán algunas estrategias implementadas por la sociedad brasileña destinadas a promover la equidad en diferentes ámbitos públicos, visando el combate y la erradicación de la discriminación racial.

INTRODUCCIÓN

Brasil concentra actualmente casi 50% de su población clasificada como afro descendientes, en virtud del proceso histórico de esclavitud iniciado a partir del siglo XVI. La construcción social de la desigualdad de oportunidades entre blancos y negros condicionó y condiciona la forma de vivir de estos grupos evidenciándose en disparidades de condiciones de vida.

La bibliografía existente permite saber que, en general, los mapas de pobreza se superponen con los de distribución por raza/color, resultando que, en Brasil, la población negra es la que ocupa las posiciones menos calificadas y de peor remuneración en el mercado de trabajo formal, los niveles más bajos de instrucción, los que residen en áreas con menos servicios de infraestructura básica, los que sufren mayores restricciones en el acceso a servicios de salud y, cuando lo hacen, estos son de peor calidad y menor resolución relativa. (DIEESE, 2000; FIBGE, 2000; Paixão 2000)

O sea que este grupo poblacional vivencia, en casi todas las dimensiones de su existencia situaciones de exclusión, marginalidad y/o discriminación socioeconómica colocándolos en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una serie de agravantes a la salud.

Sin embargo, a pesar de los conocimientos acumulados sobre salud según raza/color existen todavía grandes desafíos a ser enfrentados dirigidos al estudio de los aspectos genéticos como uno de los condicionantes del proceso salud-enfermedad-muerte así como la ocurrencia, las condiciones, los agravantes y las dificultades de acceso a los servicios de salud y tratamientos de enfermedades debido a las condiciones socioeconómicas altamente desfavorables a que está expuesta la población negra.

El poder explicativo de estudios que consideren las diferencias en salud sería aumentado al incorporar, además del abordaje socioeconómico, también el recorte étnico/racial permitiendo reflexionar sobre nuevos elementos que subsidien la implementación de políticas y o programas destinados a promover no solamente la mejoría de las condiciones de salud como también, y sobre todo, la equidad.

SOBRE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Como resultado del proceso histórico de lucha por legitimar la temática sobre diferenciales raciales en salud, así como las reivindicaciones de los movimientos sociales negros y la actuación de los investigadores que apoyan esta lucha, actualmente Brasil cuenta con varias bases de datos que incorporan sistemáticamente la variable raza/color entre sus informaciones.

Entre ellos podemos citar:

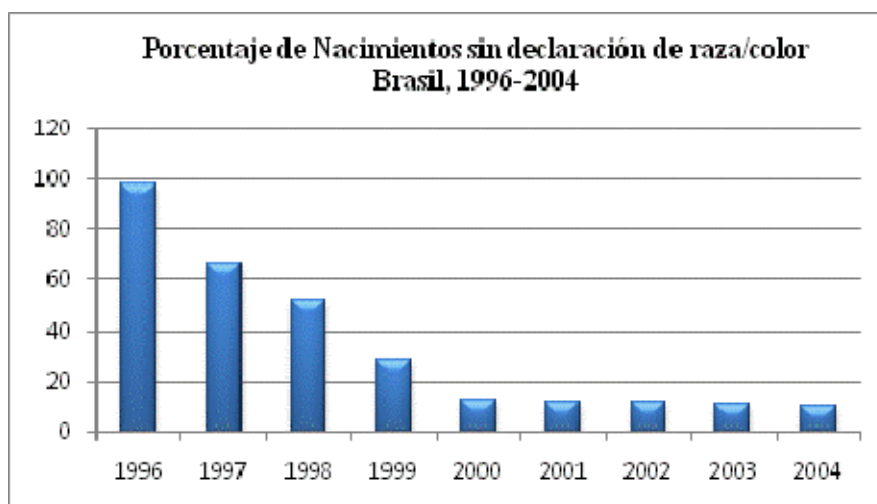
- 1- Censos Demográficos Nacionales;
- 2- Pesquisa Nacional por Muestra de Domicilios (PNADs);
- 3- Estadísticas Vitales;
- 4- Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM-SUS);
- 5- Sistema de Información Hospitalar (SIH-SUS);
- 6- Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC-SUS).

En todas estas fuentes de datos hubo una mejoría tanto en la cobertura como en la calidad a lo largo del tiempo aunque con diferencias regionales significativas. Como ejemplo podemos mencionar la pérdida de registros de muertes de menores de un año en el Norte y Nordeste del país, con valores de aproximadamente 30 y 40 % respectivamente. Con relación a la calidad de las informaciones examinada mediante el porcentaje de causas mal definidas, se observa un gradiente regional digno de destacar: en cuanto en la región Sur se registra 10% de óbitos con causa mal definida, ese valor se triplica para la región Nordeste.

Calculase una cobertura nacional de nacidos vivos próximo a 95% a pesar de mostrar, más una vez, diferencias entre las grandes regiones del país siendo el Norte y Nordeste los de menor cobertura (menos de 80%).

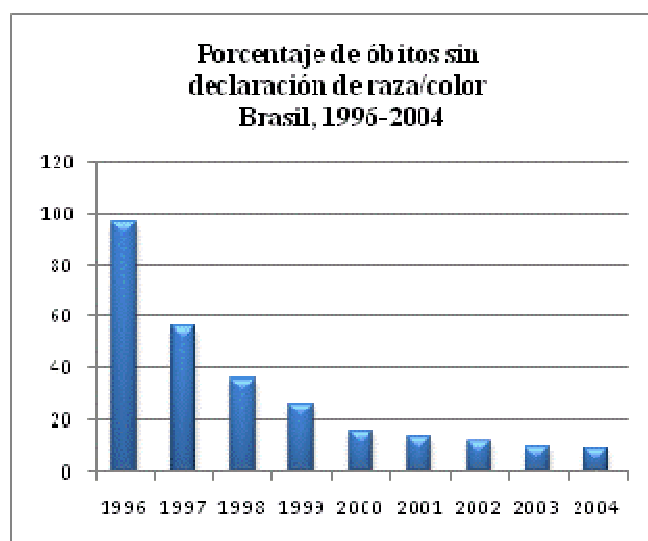
A partir de 1996 fue incorporada la variable raza/color en la mayoría de los sistemas nacionales de informaciones de salud, demostrando una mejoría constante, como muestran los Gráficos 1, 2 y 3. Se consiguió una estabilidad, en porcentajes relativamente bajos, de nacimientos, óbitos totales y óbitos infantiles sin declaración de raza/color, especialmente a partir del año 2000 lo que permitió el incremento de la utilización de raza/color en los estudios epidemiológicos.

Gráfico 1



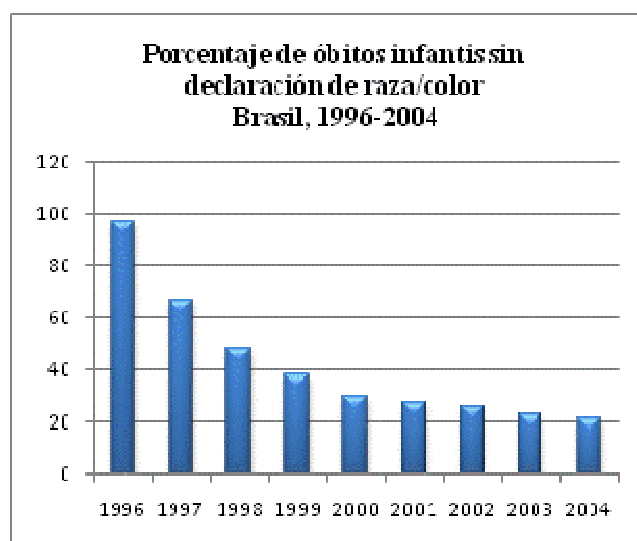
Fuente: NEPO/UNICAMP - DATASUS-SINASC - Ministerio de Salud, 1996-2004.

Gráfico 2



Fuente: NEPO/UNICAMP- DATASUS-SIM - Ministerio de Salud, 1996-2004.

Gráfico 3

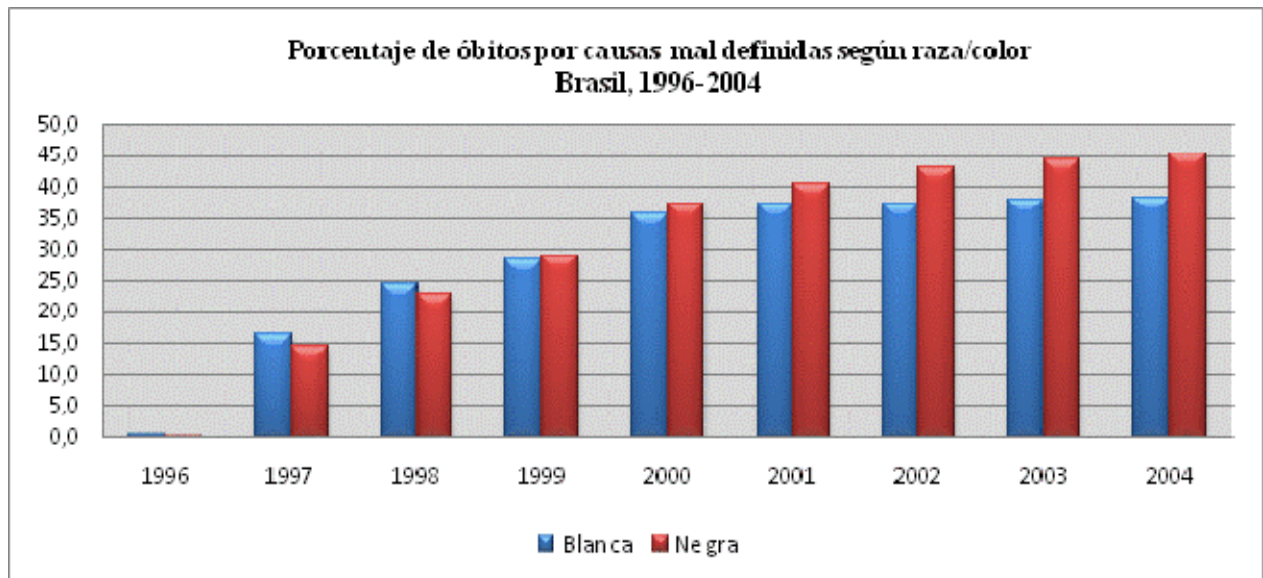


El gráfico 4 registra dos fenómenos que ocurrieron simultáneamente en el período de 1996 hasta 2004 con relación a la calidad de las informaciones sobre mortalidad. El primero, ya apuntado anteriormente es el aumento de registros de muertes con declaración de raza/color y observamos que, a medida que va aumentando esa cobertura aumentan también, los registros con causa de muerte mal definida.

Un otro punto que se quiere resaltar es la discrepancia constante de los registros con causa de muerte mal definida según raza/color declarada, siendo siempre menor en la población blanca. Si consideramos que el porcentaje de óbitos con causa mal definida podría considerarse como

una aproximación de la calidad de la asistencia, ya que no identificar adecuadamente la causa de muerte está íntimamente relacionado con deficiencia en la asistencia y/o en la falta de capacidad del sistema para diagnosticar, una hipótesis probable de este diferencial estaría orientada a problemas desiguales para el acceso a los servicios de salud o a grados diferentes de resolución del sistema una vez que se llegó hasta el.

Gráfico 4



Fuente: NEPO/UNICAMP- DATASUS-SIM - Ministerio de Salud, 1996-2004.

DATOS QUE CONFIRMAN LAS DESIGUALDADES

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS

La síntesis de indicadores relativos a las condiciones de vida de la población que están sistematizados en la Tabla 1, permite concluir que la población clasificada como negra vive una situación altamente desventajosa con relación a la población blanca en lo concerniente a las condiciones socioeconómicas. Estas informaciones comprueban la estructura racial de distribución de riqueza en Brasil. Así, la proporción de población clasificada como pobre duplica su valor cuando se trata de negros en comparación con los blancos; la renta media domiciliar es 55% mayor para esta última sub - población. Son los negros que se incorporan mayoritariamente en el sistema informal de trabajo, hecho revelado por el porcentaje de

población ocupada de 16 años y más que poseen libreta de trabajo registrada y por la tasa de desempleo de la población de 25 años y más que se muestra superior entre los negros.

Al considerar los 10% de población más pobre de Brasil son los negros que exponen mayores porcentajes, y al contrario al tratarse de los 10% más ricos del país.

Estas diferencias relevantes sobre el mercado de trabajo apuntan a una segmentación ocupacional y discriminación salarial basada en raza/color que tiene impacto directo en las condiciones de vida de la población para el consumo de bienes y servicios básicos.

Sabemos que históricamente Brasil obtuvo resultados incontestables en políticas destinadas a universalizar la enseñanza básica incorporando un contingente cada vez mayor de población en el sistema formal educativo, disminuyendo los índices de analfabetismo. Sin embargo, si es verdad que la educación formal cataliza la movilidad social, promueve la inclusión social y la igualdad, se percibe que el horizonte de oportunidades es altamente restricto para la población negra y que el sistema educacional formal como está concebido actualmente mantuvo las disparidades raciales.

En la Tabla 1 se distingue claramente este fenómeno a través de dos estadísticas: el índice de analfabetismo que alcanza valor 100% mayor entre los negros cuando comparados con los blancos y a través de los años medios de estudio siendo dos años menos para la población clasificada como negra. La relación entre la condición de educación y el desencadenamiento de estados mórbidos y la muerte ya fue explorada en muchos estudios que vinculan estos dos fenómenos en las dimensiones de prevención, de acceso y tratamiento y cura de los procesos de enfermedad.

Tabla 1: Características de la Población
Brasil – 2000-2005

Indicadores	Blanca	Negra	Total	Año
% de Pobres ³	26,04	52,23	38,51	2003
Rendimiento (en sueldo mínimo) de la población ocupada según años de estudio ³				
hasta 4 años de estudio	2,2	1,6		2003
de 5 a 8 años de estudio	2,5	1,8		2003
de 9 a 11 años de estudio	3,4	2,8		2003
de 12 o mas años de estudio	9,2	8		2003
Renta media domiciliar per capita (R\$ de 2002) ³	425,6	187,8	309,3	2003
Tasa de desempleo a los 25 años o mas ²	5,6	7,5	6,4	2001
Población ocupada de 16 años y mas com libreta de trabajo	34,5	26,4	30,9	2001
% de renta de los 10% mas pobres ⁴	32,2	67,8		2003
% de renta del 1% mas rico em relación al total de personas ⁴	86,8	13,2		2003
Índice de Desarrollo Humano ¹	0,814	0,703	0,766	2000
Renta	0,776	0,623	0,723	2000
Esperanza de vida	0,775	0,686	0,727	2000
Educación	0,891	0,799	0,849	2000
Tasa de analfabetismo de la población de 15 años o mas ⁵	7,0	15,0	11,0	2005
Media de años de estudio de la población de 15 años o mas ⁵	7,9	6,1	7,0	2005

Fuente: NEPO/UNICAMP.

¹IPEADATA,2000 - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

²IPEA.Desigualdade Racial:Indicadores Socioeconômicos - Brasil 1991-2001.

³Atlas Racial Brasileiro 2005, PNUD/Cedeplar. PNAD 2003.

⁴Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003.

⁵Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005.

Otro hecho que debe ser destacado se refiere a la evidencia de dos niveles de discriminación: la educacional y la racial actuando de forma conjunta. Esto se constata a través de informaciones empíricas revelando que aunque los negros consigan alcanzar los mismos años de estudio que los blancos, en ninguna circunstancia se igualan en los niveles de renta, siendo siempre inferior a los niveles que recibe la población blanca.

A modo de síntesis, chamamos la atención para el valor del Índice de Desarrollo Humano que es calculado a partir de 3 indicadores: educación, esperanza de vida y renta. Este índice que permite organizar un ranking de posiciones en función de las 3 variables básicas que lo componen, expone a los negros a una posición 114 veces inferior comparativamente a la población blanca.

Por todo lo explicado anteriormente sobre condiciones de vida y además por entender que la salud está directamente condicionada por las dimensiones socioeconómicas, culturales y políticas, puede concluirse que este panorama desfavorable en que vive la población negra brasileña tiene un fuerte impacto sobre la forma e intensidad en que viven el proceso salud-enfermedad y muerte.

CONDICIONES DE SALUD

En esta sección serán comentadas algunas evidencias empíricas sobre las desigualdades raciales de las condiciones de salud de la población brasileña en la actualidad.

Si es verdad que en Brasil existe una tendencia de disminución de la tasa de fecundidad, tendencia esta que se muestra mucho más acentuada en los últimos años, al calcularlas considerando raza/color, los datos censitarios muestran niveles diferentes entre blancas y negras (2.05 y 2.77 respectivamente en 2000). Es verdad que la intensidad con que disminuyeron las tasas de fecundidad a través del tiempo está próxima a 16% en los dos subgrupos, pese a que el nivel de la tasa de fecundidad de las mujeres negras es superior en 2000 si comparada al valor que las blancas presentaban en 1991.

Por el hecho de tener en media un número mayor de hijos y, consecuentemente, estar más expuestas a los riesgos de la gravidez, del parto y del puerperio se supone que la atención médica a la población femenina en estas condiciones se revierte de gran importancia.

Tabla 2: Tasa Global de Fecundidad según raza/color
Brasil 1991- 2000

Año	Blanca	Negra	Total
1991	2.42	3.42	2.88
2000	2.05	2.77	2.37

Fuente: PNUD/CEDEPLAR Atlas Racial Brasileiro 2005.

Con relación a los cuidados de salud que las mujeres obtuvieron en un pasado reciente existen dos comprobaciones empíricas que apuntan a un diferencial racial de importancia significativa para la salud de las mujeres y de los productos de sus embarazos.

Los resultados presentados en la Tabla 3 verifican la baja proporción de madres negras que, comparativamente con las blancas, hicieron por lo menos una consulta de prenatal durante el embarazo. Si bien es cierto que la serie histórica de 2000 hasta 2004 muestra una tendencia a mejoría de atención al pre natal de las mujeres negras, también deja muy claro que los nacimientos de estas mujeres ya llegan al parto con una desventaja crucial, colocando un riesgo mayor a la vida de la madre así como la del hijo.

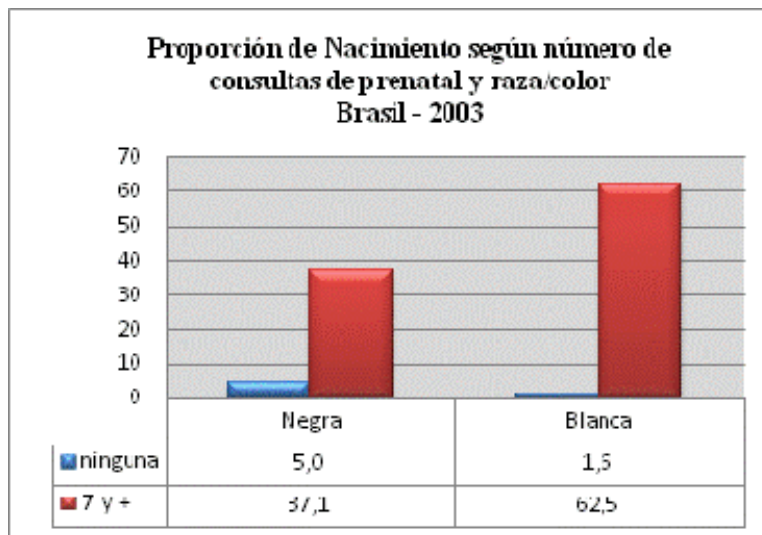
Tabla 3: Proporción de nacimientos con por lo menos un examen de pre-natal según raza/color - Brasil – 2000-2004

Raza/color	2000	2001	2002	2003	2004
Blanca	59,4	58,1	57,5	56,9	57,6
Negra	28,1	29,0	28,9	30,5	30,7

Fuente: NEPO/UNICAMP - DATASUS-SINASC - Ministerio de Salud, 2000-2004.

Si por otro lado se analiza la proporción de nacimientos que llegan al parto sin haber hecho ninguna consulta prenatal y en el otro extremo quienes hicieron 7 consultas o + (Gráfico 5), se confirma una gran diferencia por raza/color de mas de 40% entre mujeres blancas y negras que llegan al parto con el mínimo de consultas medicas que la Organización Mundial de Salud recomienda para todas las embarazadas, evidentemente presentándose proporcionalmente mayor entre las blancas. Esta comprobación que expresa la dificultad de acceso a los servicios de salud explicaría, en parte, diferenciales encontrados en los niveles de mortalidad infantil y mortalidad materna debido a la ausencia de prevención para riesgos absolutamente evitables a partir de un diagnostico precoz.

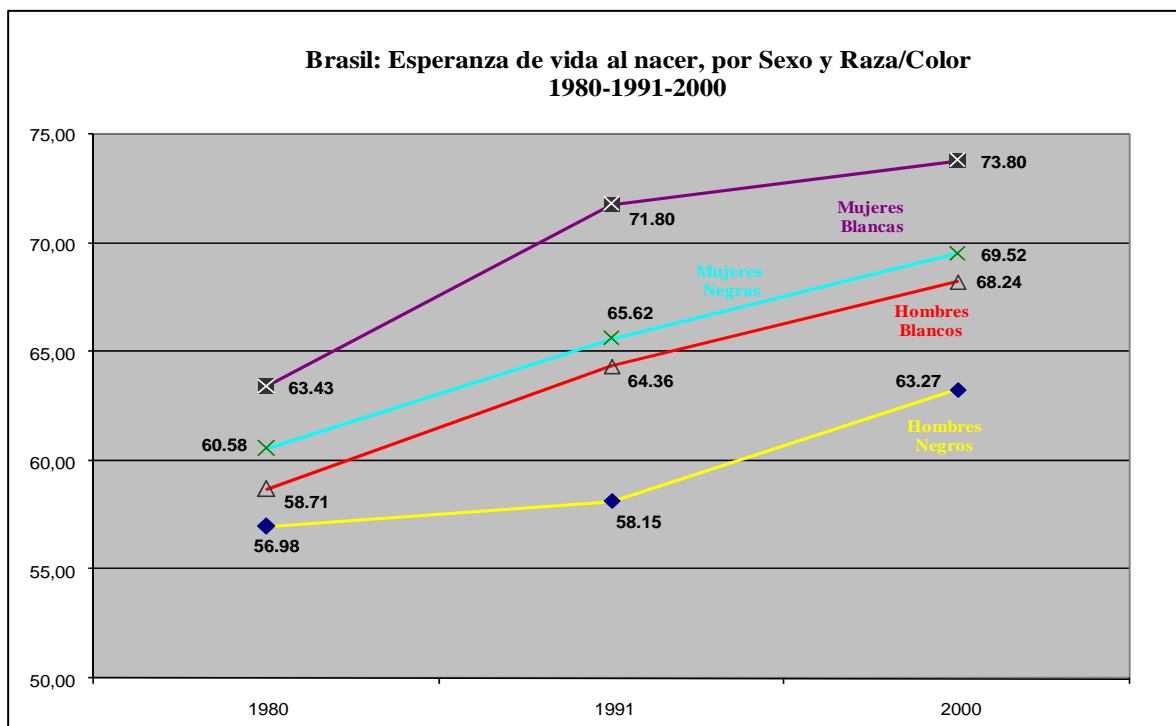
Gráfico 5



Fuente: NEPO/UNICAMP - DATASUS-SINASC – Ministerio de Salud, 2003.

Estimativas de la esperanza de vida al nacer a partir de informaciones censales del año 2000 y diferenciadas según raza/color, muestran que la población blanca alcanzó en media una esperanza de vida de 72 años en cuanto los negros alcanzaron solamente 65 años. Es necesario destacar que esa diferencia de sobrevivencia entre razas – de 7 años – se mantuvo casi constante desde la década de 1940 (Carvalho e Wood, 1994), a pesar de las ganancias obtenidas por la caída de los niveles de mortalidad general.

Gráfico 6



Fuente: PNUD/CEDEPLAR Atlas Racial Brasileiro 2005.

Los datos provenientes de los tres últimos censos exponen una mejora substancial en los niveles de esperanza de vida al nacer. Sin embargo, el cuadro de diferenciales raciales se mantuvo a través del tiempo. Si consideramos las informaciones de 1950 la diferencia de expectativa de vida entre blancos y negros era de 7.4 años, valor que se reduce para 5.3 a partir de los datos del Censo Demográfico de 2000. Lo que lleva a concluir que a pesar que los dos grupos aumentaron su expectativa de vida, esto no fue suficiente para erradicar las diferencias raciales entre los brasileños. Al hacer el análisis por sexo vemos que si bien las mujeres presentan un nivel mayor de esperanza de vida - como era de esperar por el comportamiento mundial - al incluir la variable raza/color los diferenciales raciales se mantienen: por los datos del Censo de 2000 las mujeres blancas tenían una esperanza de vida al nacer de 73,8 años, en cuanto las negras esperaban vivir, en media, 4,3 años menos. Ellas están muy próximas de los valores asumidos por los hombres blancos (69.52 y 68,24 respectivamente) casi alterando la tendencia histórica de mayor esperanza de vida femenina.

Tabla 4: Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos), segundo raça/cor Brasil 1977, 1987 e 1993

	Branca	Negra ^(a)	Total
1977	76	96	87
1987	43	72	58
1993 ^(b)	37	62	43

Fuente: NEPO/UNICAMP

Los valores presentados en la Tabla 4 dejan en evidencia varios aspectos importantes referentes al comportamiento de la mortalidad de menores de un año. El primero muestra una tendencia de reducción significativa, de 51%, en los niveles de mortalidad infantil entre 1977 y 1993. Sin embargo, al hacer intervenir la variable raza/color se constata un diferencial en los niveles encontrados, además de una reducción desigual entre las dos categorías. Si la población blanca reduce su mortalidad infantil en 43%, la disminución para los negros alcanzó un ritmo significativamente menor, de apenas 25%, revelando que los hijos de madres negras estaban sujetos a niveles superiores de mortalidad infantil, colocándolos en una posición altamente desventajosa.

Otra verificación que se puede hacer en función de los datos de la Tabla 4 se refiere a que las desigualdades raciales se acentuaron a través del tiempo. Así, si la diferencia relativa entre mortalidad de menores de un año de los negros y blancos era de 21% según las informaciones del Censo Demográfico de 1980, incrementando ese valor para 40% pasados diez años y manteniendo ese diferencial hasta mediados de los años 90. Estos resultados sugieren que los hijos de madres negras aumentaron su desventaja comparativamente a los blancos en cuanto a la exposición de enfermarse y morir (Cunha, 2001).

Informaciones censales más actualizadas permitieron el cálculo de los niveles de mortalidad infantil y en la infancia (primeros cinco años de vida) a través del tiempo, según declaración de raza/color de la madre (Gráficos 7 y 8). Los análisis de tendencias comprueban una mejoría constante en los indicadores de mortalidad de menores de un año debido a la interacción de factores demográficos, económicos y sociales, resaltando entre ellos el aumento de la cobertura de inmunizaciones, el uso de terapia de rehidratación oral, las

políticas de incentivo para amamantar, la expansión de la cobertura de servicios de infraestructura básica y la mejora de acceso de la población a los servicios básicos de salud.

Sin embargo, a pesar de verificarse una mejora constante en los indicadores de mortalidad infantil y en la infancia sea para población total sea para cada una de las razas/colores, entre 1991 y 2000, se verifican de forma permanente desigualdades raciales en las condiciones de nacer y de morir.

Gráfico 7

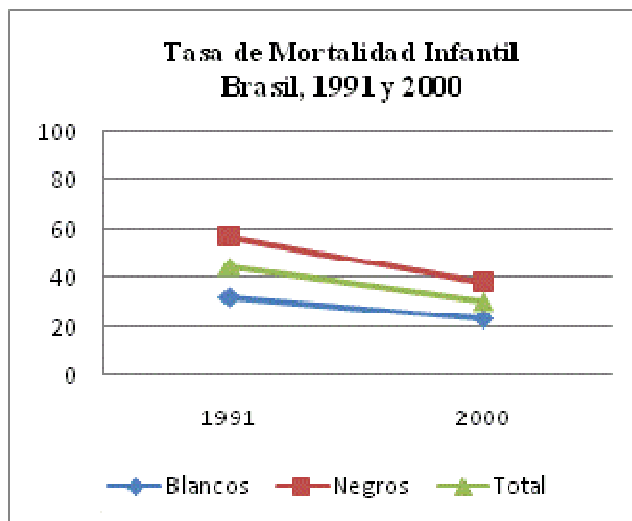
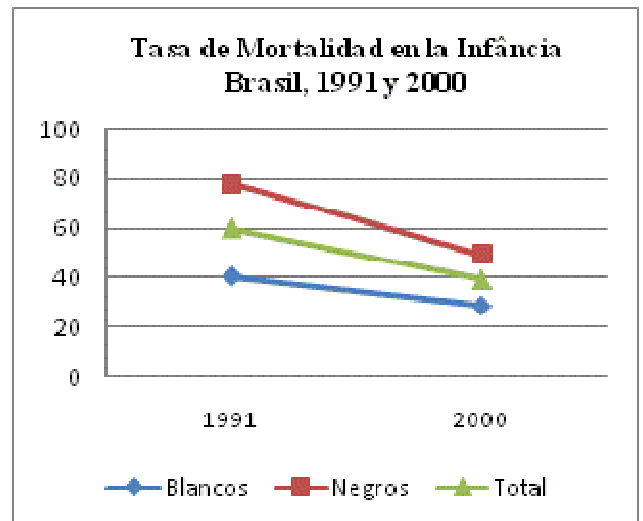


Gráfico 8



Fuente: PNUD/CEDEPLAR Atlas Racial Brasileiro 2005.

Se sabe que el coeficiente de mortalidad materna refleja un conjunto de factores como la calidad de asistencia prestada a la vida reproductiva de los ciudadanos y a la asistencia a la salud de la mujer específicamente. O sea que podemos atribuir las tasas elevadas de mortalidad materna al gran número de embarazos asociados a morbilidad, a dificultades de acceso y uso de servicios de salud y a calidad de la asistencia que les es suministrada a las mujeres.

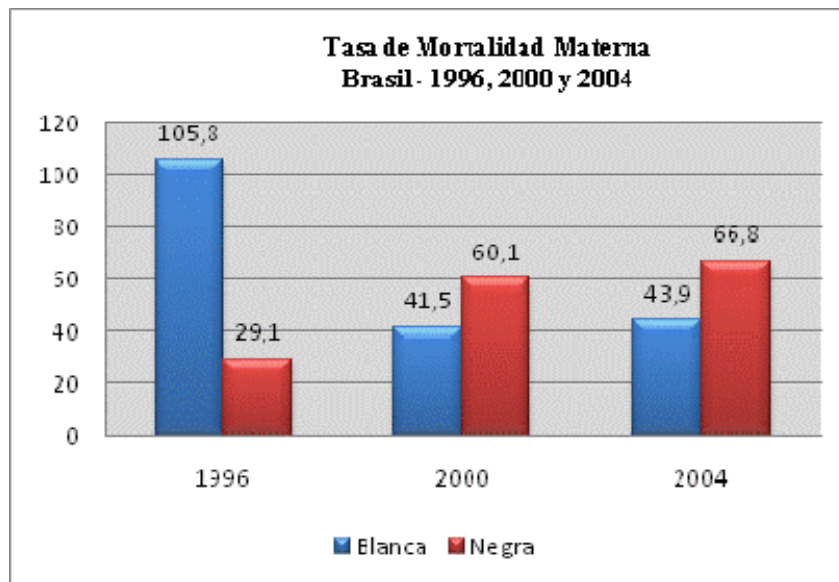
También sabemos que al igual que en la mayoría de los países, existe en Brasil una subenumeración de registros de óbitos por causas maternas además de ser muy pocos los estudios que incorporan el recorte étnico racial.

A pesar de estas dificultades, las estimaciones de mortalidad materna para los años de 2000 y 2004 (Gráfico 9) confirman un nivel casi estable entre los años estimados (podría destacarse hasta un aumento en el valor de las tasas, pero no se puede olvidar que por ser un evento raro,

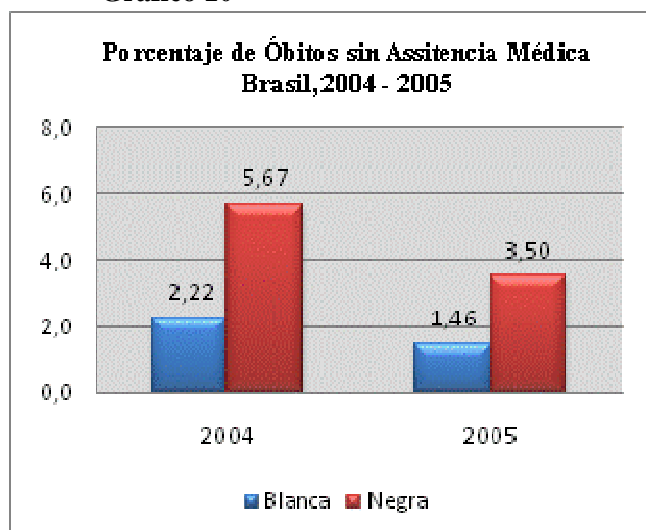
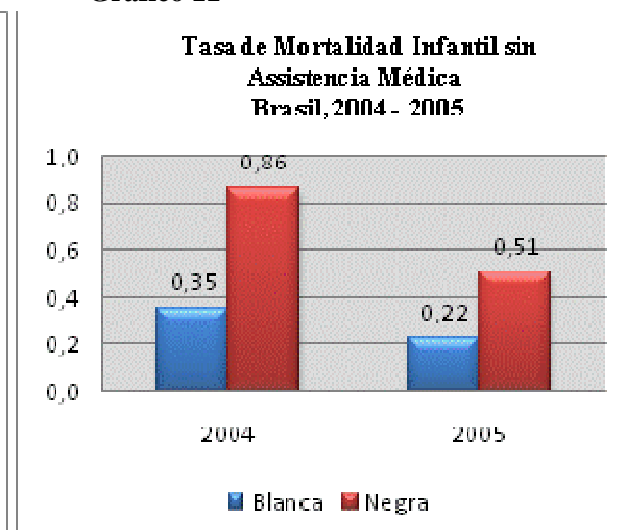
un aumento pequeño de casos varía significativamente esta tasa) y una sobremortalidad de mujeres negras de 35% con relación a las blancas.

Estas constataciones llevan a alertar sobre la necesidad de crear estrategias para la reducción de las tasas de mortalidad materna - 90% de ellas consideradas evitables – contemplando especificidades raciales además de condiciones socioeconómicas, tales como enfermedades con mayor prevalencia en una u otra sub-población, por ejemplo: enfermedades de hipertensión específicas del embarazo, infecciones, aborto, accidente cerebral vascular, diabetes, enfermedades renales etc que se presentan como las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Gráfico 9



Fuente: NEPO/UNICAMP- DATASUS-SIM - Ministerio de Salud, 1996,2000,2004.

Gráfico 10**Gráfico 11**

Fuente: NEPO/UNICAMP- DATASUS-SIM - Ministerio de Salud, 2004-2005.

Los Gráficos 10 y 11 revelan otro aspecto importante de los diferenciales raciales en salud. A saber: tanto el total de óbitos como la tasa de mortalidad infantil para los años de 2004 y 2005 se presenta con valores significativamente superiores para los negros con el agravante de no haber tenido asistencia médica, indicando una diferencia en las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

Tabla 5: Algunos Indicadores de Acceso a Servicios de Salud

Brasil, 1998

Indicadores	Blanca	Negra
Proporción de personas atendidas ¹	13,83	11,35
Atendimientos en el SUS ²	66,05	76,23
Proporción de personas internadas ³	7,12	6,73
Internaciones en el SUS ⁴	54,65	78,99
Cobertura de convenios de salud	32,39	14,62

Fuente: IPEA. Desigualdade Racial: Indicadores Socioeconômicos - Brasil 1991-2001.

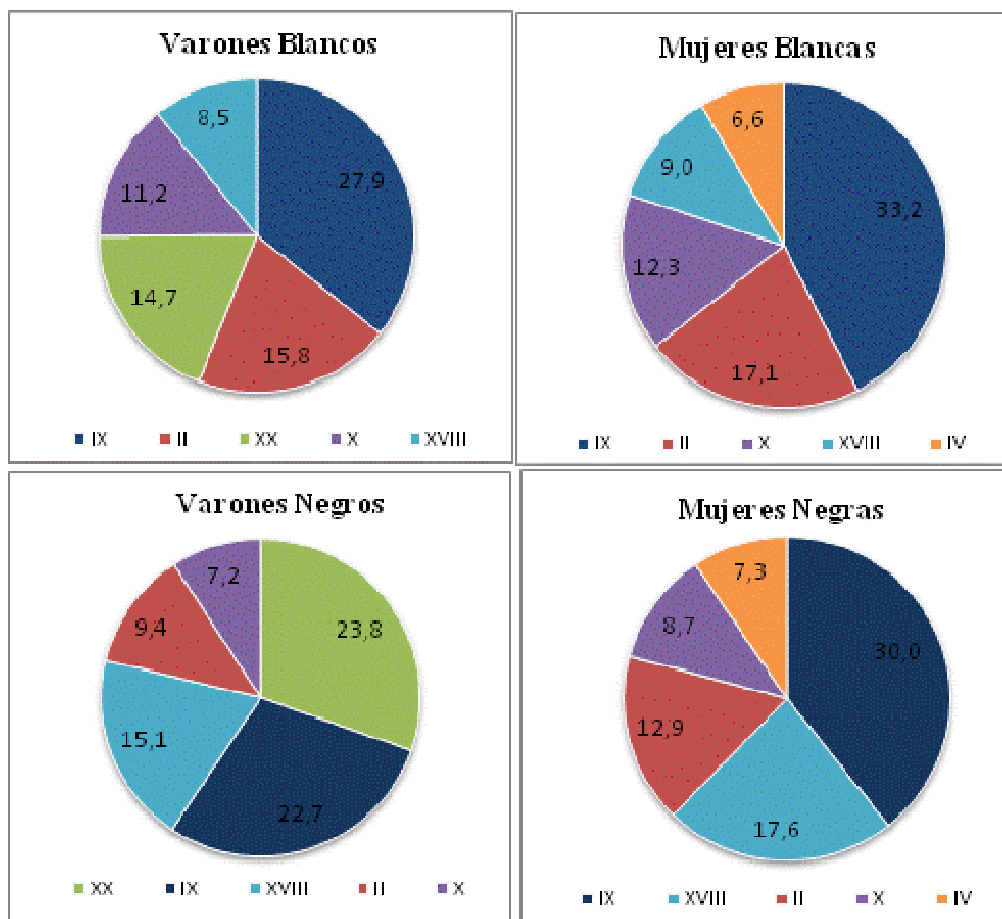
Si notamos la parcela de población que declaró haber buscado y obtuvo atención médica para tratar de problemas de salud, en las dos últimas semanas anteriores a la investigación, vemos que el porcentaje de blancos es mayor (14%) con relación a los negros (11%). Esta diferencia entre blancos y negros existe también al analizar los porcentajes de atendidos para problemas de salud que requirieron internaciones, a pesar que estos porcentajes son muy similares para ambos grupos.

Sin embargo, al considerar solamente los usuarios del sistema público de salud (SUS), las diferencias se invierten y aumentan entre blancos y negros. Es la población negra la que, en su gran mayoría, utiliza servicios públicos de salud en función de la intensa asociación entre ser negro y no tener el derecho de emplear servicios a través de convenios o seguros de salud (Tabla 5), en cuanto la blanca utiliza más convenios médicos y/o pagan con recursos propios los servicios médicos.

Estos indicadores revelan una vez mas, la desigualdad racial en el acceso y utilización de los servicios de salud.

Gráfico 12

Mortalidad Proporcional por grupos de causas de muerte, sexo según raza/color
Brasil - 2004



II. Neoplasias (tumores)
IV. Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas
IX. Enfermedades Del Aparato circulatorio

X. Enfermedades del Aparato Respiratorio
XVIII. Síntomas y señales mal definidos
XX. Causas externas de morbilidad y mortalidad

Por último, un breve comentario sobre los perfiles de los óbitos por sexo y raza/color (Gráfico 12). Si notamos el comportamiento de las cinco primeras causas de muerte entre los hombres, lo que mas llama la atención al considerar la declaración de raza/color es la alta proporción de causas externas entre los negros, grupo que se presenta en los blancos solamente en la tercera posición., además de las causas mal definidas que ocupan la tercera posición en la población negra y la quinta entre los blancos, asumiendo el doble de valor.

Ya entre las mujeres las causas externas no aparecen entre las cinco primeras causas de muerte y surge el grupo clasificado como “enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas”. Entre ellas se repite la diferencia racial, sobresaliendo el grupo de causas mal definidas que entre las negras ocupa el segundo lugar en orden de importancia.

COMENTÁRIOS GENERALES

Este trabajo pretende dar una pequeña contribución para el debate de la cuestión polémica sobre diferenciales raciales en salud, ofreciendo algunas evidencias empíricas que puedan servir de insumos para la búsqueda de la equidad.

Con la divulgación de estas constataciones se pretende, también, sensibilizar a los planificadores y gestores de salud sobre la importancia de comprender la singularidad del recorte étnico/racial en la salud, lo que permitiría encauzar medidas prácticas dirigidas específicamente a la población negra así como acciones orientadas a la promoción de la equidad.

El combate y la erradicación de las desigualdades se convierten en un gran desafío para las políticas públicas, especialmente cuando el origen de estas desigualdades está dado por una discriminación racial además de la social. Es necesaria una visión transversal de estas políticas que apunten a una reformulación de las practicas institucionales orientadas por un concepto general de equidad; que contemplen necesidades específicas que permitan promover el derecho a la igualdad sobre todo para parcelas de población que se insieren de forma diferente en la sociedad brasileña.

Quedó ampliamente constatado en este trabajo que la condición racial en la organización de la sociedad brasileña es factor condicionante de la inserción de la población negra en una posición altamente desventajosa. Aunque sabemos que la raza/color no es en sí un factor de

riesgo, sin embargo, esta inserción social adversa de un determinado grupo racial eso sí, se constituye en un agravante de vulnerabilidad frente a las condiciones de salud.

Se constató que las desventajas observadas en las condiciones de vida de la población negra extrapolan los indicadores socioeconómicos y se extienden para el acceso a los servicios de salud, la utilización de los mismos, y para los indicadores de morbilidad y mortalidad. La población negra brasileña sufre un acumulo de desigualdades socioeconómicas y raciales que limita no solo los niveles de bienestar sino también sus generaciones futuras.

La totalidad de las comprobaciones empíricas de este trabajo indican un hecho incontestable de mayor vulnerabilidad con relación a la sobrevivencia de la población brasileña negra cuando se la compara con la blanca.

En resumen, creemos que con un respaldo científico consistente el recorte étnico/racial debe ir consolidándose como una dimensión central, al igual que clase social y/o género en la producción, disseminación de informaciones y análisis de los diferenciales en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABSALÃO, T. Ipea confirma que brasileiro negro vive pior que branco: Números de renda e anos médios de estudo mostram separação racial Brasileira. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 8 agosto 2001.

ALVES, A. L. B.; BARBOSA, R. B. **A saúde da população negra: realizações e perspectivas**. 1998. (Mimeo).

AZEVEDO, A. L. O mosaico de DNA que compõe o povo brasileiro. **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 17 set. 2000.

BELTRÃO, K. I. Alfabetização por sexo e raça no Brasil: um modelo linear generalizado para explicar a evolução no período 1940-2000. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, Ipea, n.1003, dez.2003.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS-DST. Ano I, n.1, jan./jun.2004.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, oct. 2006. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/idr/download/populacao.pdf>>. Acesso em: 01/08/07.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria-Executiva/Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade. **Série B. Textos Básicos em Saúde**, Brasília: Editora MS, 2005.

_____. _____./DATASUS. **Sistema de informações sobre nascidos vivos - SINASC**. Brasília, 1996-2004.

_____. _____. **Sistema de informações sobre mortalidade - SIM**. Brasília, 1996-2004.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1602-1608, set./out.2005.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1586-1594, set./out.2005.

COIMBRA JR., C. E. A. **Minorias étnico - raciais, desigualdade e saúde**: considerações teóricas preliminares. Cocoyoc,1997. (Apresentado no IV Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina) (Mimeo).

CUNHA, E. M. G. P. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. BEPA. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 3, p.58-62, 2006. (Online).

_____. **Mortalidade infantil por raça e cor. Saúde da População Negra. Estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. p.103-116.

_____. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, p.12-14, 2003.

_____. Mortalidade infantil e raça: as diferenças das desigualdades. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, v. 23, p.48-50, 2001.

_____. Infant mortality and race: the differences of inequality. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, v.23, p.47-50, 2001.

_____. **Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997-1998**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

_____ et al. Raça: aspecto esquecido da iniquidade em saúde no Brasil? **Equidade e saúde**, Rio de Janeiro, v.1, 1997.

_____. Raça: aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? In: BARATA, R. B. et al (Org.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Editora Fiocruz, 1997. (Série Epidemiológica 1).

_____. **Mortalidade e raça**: mais uma evidência da discriminação. São Paulo: SBPC, 1996.

_____. **Mortalidad y raza**: la desigualdad revelada. México, 1996.

_____. **Raça**: um aspecto de iniquidade esquecido no Brasil? Salvador, 1995.

_____. Mortalidade infantil segundo cor: os resultados da PNAD 84 para o Nordeste. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 9., 1994, Caxambu. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEP, 1994.

_____. Desiguais perante a morte. In: CEBRAP. **Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1991.

_____. **Mortalidade infantil por cor no Estado de São Paulo**. Projeto: demografia do negro no Estado de São Paulo. Campinas: NEPO/UNICAMP, 1990. (Relatório Final).

ESCÓSSIA, F. Ipea afirma que racismo só será combatido com política específica. **Folha OnLine - Cotidiano**, São Paulo, 8 julho 2001.

FARID, J. Brancos são 2,5 vezes mais ricos que os negros: pesquisa do Ipea mostra desigualdades profundas entre as duas etnias no País. **O Estado de S.Paulo**, São Paulo, 8 agosto 2001.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios-PNAD. Rio de Janeiro, 2001-2003-2005.

_____. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 1991-2000.

GODOY, N. A igualdade dos desiguais: cientista mineiro que participa do Projeto Genoma revela como a genética está derrubando de vez o preconceito da superioridade racial. **ISTOÉ**, São Paulo, jan.1997. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoe/vermelha/142402.htm>>. Acesso em: 31/07/07.

GODOY, N. Pé na taba: pesquisa com DNA prova a forte herança indígena e africana na população branca brasileira. **ISTOÉ**, São Paulo, jan.1997. Disponível em: <http://publicacoes.gene.com.br/Imprensa_genealogia/P%C3%A9%20na%20taba@Isto%20%C3%89@05-04-2000.htm>. Acesso em: 31/07/07.

HASENBALG, C. A.; SILVA, N. V. Raça e oportunidades educacionais no Brasil. In: LOVELL, P. A. **Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1991.

IANNI, O. A questão racial no Brasil. In: LOVELL, P. A. **Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1991.

KILSZTAJN, A. et al. Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1408-1415, set./out.2005.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, set./out.2005.

OLIVEIRA, F. Recorte racial/étnico e a saúde das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde**, São Paulo, n.22, nov.2000.

PETRUCCELLI, J. L. A cor denominada: estudo das informações do suplemento da PME, Julho/98. **Textos para Discussão**, Rio de Janeiro, IBGE, n.3, 2000.

PETRUCCELLI, J. L. A declaração de cor/raça no Censo 2000: um estudo comparativo. **Textos para Discussão**, Rio de Janeiro, IBGE, n.6, 2002.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO-PNUD/CEDEPLAR. **Atlas racial brasileiro 2005**. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/index.php>. Acesso em: 3 ago. 2007.

RIBEIRO, C. A. C. **Classe, raça e mobilidade social no Brasil**. Disponível em: <www.iuperj.br/site/carloscr/textos/raca.pdf>. Acesso em: 01/08/07.

ROLAND, E. M. S. Discriminação racial no mercado de trabalho e o quesito cor. **Boletim Mercado de Trabalho – Conjuntura e Análise**, Brasília, Ipea, n.13, p.9-12, jun.2000.

SHERWIN, S. Gender, race, and class in the delivery of health care. In: JECKER, N. S.; JONSEN, A. R.; PEARLMAN, R. A. (Ed.). **Bioethics: an introduction to the history**,

methods, and practice. Boston/London/Singapore: Jones and Bartlett Publishers, 1997. p.392-402.

SHICASHO, S. T. (Org.). **Desigualdade racial**: indicadores sócio-econômicos - Brasil, 1991-2001. Brasília: Ipea, 2002.

SKIDMORE, T. Raça e classe no Brasil: perspectiva histórica. In: LOVELL, P. A. **Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1991.

WOOD, C. H. Categorias censitárias e classificações subjetivas de raça no Brasil. In: LOVELL, P. A. **Desigualdade racial no Brasil Contemporâneo**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1991.