

Conceptualización y usos de las categorías *etnia* y *raza* en el análisis de salud para población afrocolombiana

Conceptualization and uses of ethnicity and race variables in health analysis for the Afro-Colombian population

Conceptualização e usos das categorias etnia e raça na análise de saúde para a população afro-colombiana

Olga Lucia Murillo-Palacios¹

¹ Especialista Administración en Salud Pública. Corporación Saberes en Salud. Colombia. olgamurill@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5199-5608>

Recibido: 16/04/2021. Aprobado: 11/03/2023. Publicado: 01/04/2023

Murillo-Palacios OL. Conceptualización y usos de las categorías *etnia* y *raza* en el análisis de salud para población afrocolombiana. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(2):e345481. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345481>

Resumen

Objetivo: El propósito del estudio fue analizar la conceptualización y el uso que se hace, desde el sector de la salud, de las categorías *etnia* y *raza* para esta población en Colombia. **Metodología:** Estudio de tipo cualitativo. El corpus estuvo constituido por el apartado “2.3. Marco estratégico intercultural con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras” del capítulo 8 del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de Colombia y un texto en una revista médica. De los documentos seleccionados se analizaron puntos de vista y argumentos. **Resultados:** El estudio encontró que para la población afro en el sector salud hay, por lo menos, cuatro usos y conceptualizaciones de su *etnia* y *raza*: una considera esta como un determinante social, otra como un gradiente biológico, mientras los otros dos

pueden ser complementarios, al considerar, la tercera, a la *etnia* afro como un hecho político, legal, que favorece un enfoque diferencial en salud; y la última, como una cultura con huella ancestral africana. **Conclusión:** En cuanto se considere la *etnia* y *raza* de los afrodescendientes como un gradiente biológico, se fortalecerán intervenciones individuales y biológicas; si, por el contrario, se asume un determinante social, se hará énfasis en aspectos que mejoren su calidad de vida, la afirmación de su ancestralidad en salud o el hecho político. Además, sin que se reconozcan las condiciones históricas y actuales de exclusión de esta población, no se podrá comprender e incidir en su situación de salud.

-----**Palabras clave:** afrodescendiente, comunidades negras, *etnia*, *raza*, salud.

Abstract

Objective: The objective of the study was to analyze the conceptualization and use (from the health sector) of the ethnicity and race variables for this population in Colombia. **Methodology:** This is a qualitative-type study. The corpus consisted of the section "2.3. Intercultural strategic framework with black, Afro-Colombian, Raizal and Palenquera communities" from chapter 8 of the Colombian Ten-Year Public Health Plan 2022-2031 and a text in a medical journal. Points of view and arguments were analyzed from the selected documents. **Results:** The study found that, for the Afro population in the health sector, there are at least four uses and conceptualizations of their ethnicity and race: one considers this as a social determinant, another as a biological gradient, while the other two may be complementary, when considering

the third, the Afro ethnic group as a political, legal fact, which favors a differential approach in health; and the last one, as a culture with African ancestral traces. **Conclusion:** As soon as the ethnicity and race of Afro-descendants is considered as a biological gradient, individual and biological interventions will be strengthened. If, on the contrary, a social determinant is assumed, the focus will be placed on aspects that improve their quality of life, the affirmation of their ancestry in health or the political fact. In addition, without acknowledging the historical and current conditions of exclusion of this population, it will not be possible to understand and influence their health situation.

-----**Keywords:** Afro-descendant, black communities, ethnicity, race, health.

Resumo

Objetivo: O propósito do estudo foi analisar a conceptualização e o uso que se faz, desde o setor da saúde, das categorias etnia e raça para essa população na Colômbia. **Metodologia:** Estudo de tipo qualitativo. O corpus constituiu-se pelo parágrafo "2.3. Quadro estratégico intercultural com as comunidades negras, afro-colombianas, raizales e palenqueras" do capítulo 8 do Plano Decenal de Saúde Pública 2022-2031 da Colômbia e um texto em uma revista médica. Nos documentos selecionados foram analisados pontos de vista e argumentos. **Resultados:** O estudo encontrou que para a população afro no setor saúde há, pelo menos, quatro usos e conceptualizações de sua etnia e raça: um deles a considera como um determinante social; outro como um gradiente biológico; já os outros dois podem ser complementários, pois o terceiro considera a etnia afro como

um fato político, legal, que favorece um enfoque diferencial em saúde; e, o último, como uma cultura com uma impronta ancestral africana. **Conclusão:** Sempre que a etnia e a raça dos afrodescendentes se considerem um gradiente biológico, serão fortalecidas intervenções individuais e biológicas; pelo contrário, se é compreendida como determinante social, haverá atenção especial em aspectos que melhorem sua qualidade de vida, a afirmação de sua ancestralidade em saúde ou o fato político. Além disso, sem o reconhecimento das condições históricas e atuais de exclusão dessa população, sua situação de saúde não poderá ser compreendida nem modificada.

-----**Palavras-chave:** afrodescendente, comunidades negras, etnia, raça, saúde

Introducción

En Colombia, la diversidad étnica y cultural se reconoce y protege en la Constitución Política de 1991, artículo 7. En el caso de las comunidades negras, la Ley 70 de 1993 las define como "el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan conciencia e identidad que las distinguen de otros grupos étnicos" [1].

Para este texto, la *etnia* hace referencia a "personas que comparten una herencia cultural. Los miembros de una etnia tienen antepasados comunes, hablan la misma lengua y tienen la misma religión, y por todo esto tienen una identidad social propia o específica" [2, p. 300], mientras la *raza* alude "a una categoría de individuos que comparten ciertos rasgos hereditarios que los miembros de la sociedad consideran socialmente signi-

ficativos o relevantes. Las personas pueden clasificarse en grupos raciales, basándose en características físicas como el color de la piel, los rasgos faciales, el tipo de pelo, o la forma del cuerpo" [2, p. 299]. Por lo anterior, *raza* y *etnia* no son lo mismo y son categorías sociales, en cuanto "muchas personas siguen clasificándose unas a otras en términos raciales y asignándolas, de acuerdo con su raza, o un lugar u otro en el sistema de estratificación social" [2, p. 299] (esta última cita también aplica para lo étnico).

En la Ley 70 de 1993, la única clasificación jurídica para la diferenciación de la población afrodescendiente en el país es la de "comunidades negras". No obstante, el Ministerio del Interior y de Justicia distingue tres categorías a partir de la etnicidad:

- *Afrocolombianos:* se emplea con el fin de reivindicar o destacar la ancestría africana de la población. En los últimos años, el uso de este etnónimo se ha generalizado de acuerdo con el nivel de concien-

cia o la ubicación política o concepción histórica de quien la usa. A su vez, se ha erigido como una categoría integradora de las distintas expresiones étnicas de la afrodescendencia colombiana [3].

- *Palenqueros*: corresponde a los grupos de personas y familias negras (cimarrones) que huyeron de la esclavitud y de manera espontánea fueron tomando conciencia de grupo; fundaron poblados ubicados en lugares de difícil acceso, llamados “palenques”, donde construyeron un proyecto de independencia que les permitió vivir de manera autónoma, al margen de la sociedad esclavista [3].
- *Raizales*: oriundos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Son personas de África centro-occidental y de Jamaica, que “fue traída para trabajar en las plantaciones de tabaco y algodón. [...] la comunidad nativa raizal que se caracteriza principalmente por el uso del idioma criollo conocido como Creole, resultados del inglés e idiomas africanas Ewe, Ibo, Mandinga y quizás otros” en proceso de identificación [3].

La población afrocolombiana se estima en 4 671 160 personas, según la “Encuesta de Calidad de Vida —ECV— 2018. Grupos étnicos. Información técnica”. En esta, el índice de pobreza multidimensional está 11 puntos por encima de la media nacional, con menor cobertura de servicios de saneamiento básico y salud, lo que confirma la importancia de un enfoque diferencial para esta población [4].

Diversos estudios realizados en América Latina, incluyendo Colombia, demuestran que las importantes desigualdades en la situación y el acceso a los servicios de salud de las comunidades negras, en contraste con la población general, derivan de estructuras político-sociales prevalecientes [5-8].

Por lo anterior, el Estado colombiano, a partir del enfoque diferencial étnico en salud, busca mejorar condiciones de salud para los afrodescendientes y pueblos étnicos en general; sin embargo, para lograr este propósito, es preciso tener claridad conceptual y operativa de las categorías de *etnia* y *raza* que se usan, y de las implicaciones que se derivan de esta categorización en el sistema de salud, por lo cual el objetivo de este estudio fue analizar la conceptualización y el uso que se hace, desde el sector de la salud, de los categorías *etnia* y *raza* para la población afrodescendiente en Colombia.

Metodología

Se efectuó un estudio de tipo cualitativo. El corpus estuvo constituido por dos documentos, el apartado “2.3. Marco estratégico intercultural con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”, del capítulo 8 del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 de

Colombia (PDSP) [9], que es un documento normativo y de referencia para los actores del sistema de salud, y un texto desde las ciencias médicas denominado “Reflexiones sobre el origen de los afrodescendientes y los casos de dengue en Colombia”, una carta al editor de la revista *Colombia Médica*, de 2017, sobre el artículo “La etnia afrocolombiana, factor protector paradójico contra el dengue” (revista categoría A1, que es la máxima del Sistema de Publindex) [10], en el cual investigadores del Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) y los investigadores del artículo discuten acerca de los resultados de la investigación.

Para este estudio, se parte de la premisa de que en las conceptualizaciones y los usos de las categorías *etnia* y *raza* para población afro en el sector salud en Colombia hay por lo menos cuatro variantes no excluyentes entre sí: la primera considera la etnia afro y la raza negra como un gradiente biológico y factor de riesgo o protector para ciertas condiciones de salud; otra asume la etnia afro como un determinante social que estratifica y explica los resultados de salud de esta población; una tercera hace énfasis en su etnicidad y huellas del legado ancestral africano, y la última hace referencia al sujeto que goza de reconocimiento legal y político a partir de la Constitución de 1991.

De los documentos seleccionados se analizaron los puntos de vista y los argumentos que relacionan las categorías y el uso que se le asigna a la etnia o raza de los afrocolombianos, a fin de convalidar la premisa.

El estudio tuvo en cuenta los requisitos éticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, específicamente en el artículo 11, donde se define las investigaciones sin riesgo [11].

Resultados

A continuación presentamos los resultados del análisis de los textos, enunciados para cada uno de ellos.

Como se enunció antes, el primer texto es el apartado “2.3. Marco estratégico intercultural con las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”, del capítulo 8 del PDSP.

En este marco, se presentan tres puntos de vista acerca de la categoría *afrocolombiana*: el primero da cuenta de su categoría étnica y en esta argumentación se resaltan los enunciados:

1. Las comunidades negras se definen como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distinguen de otros grupos étnicos (Congreso de Colombia, 1993) [9, p. 198].

2. La garantía del “vivir sabroso” para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (Quiceno, 2016) significa el cuidado de la vida, territorios y desarrollo en perspectiva de biocentrismo pues se conjugan diversas formas y prácticas en cuanto a su bienestar personal, salud, fortaleza corporal y alivio de padecimientos en su cotidiano vivir en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales en que transcurren sus vidas a través de prácticas rituales, productivas, políticas [9, p. 198].
3. La medicina tradicional afrocolombiana es un sistema complejo que abarca desde prácticas de prevención y diagnóstico, hasta las prácticas curativas. Abarca concepciones propias sobre la salud y la enfermedad, conocimientos sobre las plantas y animales con propiedades curativas, técnicas para curar y para la atención al parto, y numerosas prácticas “secretas” para curar la picadura de serpientes, detener hemorragias o “cerrar el cuerpo” para evitar maleficios y enfermedades, para lo cual se vale el curandero de la preparación de “botellas curadas” [9, p. 207].

El segundo punto de vista da cuenta de la categoría *afro* como un determinante estructural de la salud y se resaltan los siguientes enunciados:

1. En este sentido, existen una serie de circunstancias de carácter histórico, social, económico y aún políticas que inciden en las situaciones y condiciones epidemiológicas de las personas y de las comunidades o sectores de población. Así, dichas circunstancias pueden constituirse en causas de inequidades, desigualdades y brechas en salud [...] dentro los Determinantes Sociales de la Salud, se encuentran unos que son de carácter estructural que afectan a sectores poblacionales y que se relacionan con ingresos, educación, género, raza y pertenencia étnica [9, p. 215].
2. [...] a partir de microdatos censales de ocho países latinoamericanos que recopilan información sobre autoidentificación étnico racial en sus censos de la ronda de 2010, cepal [Comisión Económica para América Latina y el Caribe] estimó que la mortalidad infantil es más elevada en la población afrodescendiente en comparación con la no afrodescendiente, siendo Colombia el país que presenta la mayor proporción de muertes de niños afrodescendientes y también el que registra la mayor brecha con la población no afrodescendiente [9, p. 205].
3. La discriminación racial aún permea en los sistemas de salud y dificulta la atención con calidad hacia las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras [sic]; en los territorios no hay equipamientos ni equipos para tratar la salud de estas comunidades; los centros de salud normalmente quedan alejados de los territorios y además no hay

vías de acceso ni transporte para acudir a ellos de manera rápida y/o urgente [...] (entrevista sabedora 2) [9, p. 205].

El tercer punto de vista alude al carácter político de la categoría *afro* y se argumenta con los siguientes enunciados:

1. Es un derecho de los pueblos tribales establecido por la Convención 169 de la OIT [Organización Internacional del Trabajo] participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan y decidir sus propias prioridades en lo que atañe a los procesos de desarrollo económico, social y cultural. Esta convención y los principios constitucionales fundamentan que las organizaciones e instituciones representativas de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras [sic] puedan desarrollar sus objetivos para la incidencia política, organizativa, administrativa e institucional a través de la práctica del diálogo con el gobierno [...] [9, p. 201].
2. Los fundamentos del trato preferente que el Estado debe prodigarle a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras en aras de la protección de su identidad étnica diferenciada deben buscarse, en los distintos postulados constitucionales que proclaman a Colombia como un Estado Social de Derecho participativo y pluralista que reconoce su diversidad étnica y cultural y la igualdad y dignidad de toda su cultura, en los tratados de derechos humanos que han sido incorporados al ordenamiento interno con jerarquía de normas constitucionales, como el Convenio 169 de la OIT, y en los demás instrumentos internacionales que, sin contar con esa fuerza normativa, operan como criterio de interpretación del contenido y alcance de los derechos fundamentales reconocidos a las minorías étnicas [9, p. 208].

El segundo texto analizado fue el emitido desde las ciencias médicas, “Reflexiones sobre el origen de los afrodescendientes y los casos de dengue en Colombia”, una carta al editor de la revista *Colombia Médica*. Aquí se revisa la carta de un equipo de investigadores y profesionales del INS que hacen una disertación de un artículo publicado en la revista señalada, que concluye que “La población Afrocolombiana presentó un riesgo significativamente menor de enfermar por dengue y sus complicaciones comparado con no-Afrocolombianos” y, luego, se revisa la respuesta de los autores del artículo a la carta [10].

En el documento se encuentran dos posturas: la primera es defendida por el equipo de investigadores del INS, en el que se afirma que no se puede concluir que los afros tienen menor riesgo de sufrir un dengue y sus complicaciones, y se argumenta con los siguientes enunciados:

1. A pesar de que existen características propias de los afrodescendientes que les pueden conferir una menor susceptibilidad a las manifestaciones graves del dengue, se sabe que la patogénesis por esta enfermedad es de carácter multifactorial, en la cual influyen variables como factores ambientales [...], la edad [...], el género, [...], entre otros [10, p. 98]
2. Una clasificación dicotómica como afro-colombiano o no afro-colombiano puede generar errores de medición, teniendo en cuenta que un paciente con antecedentes afros (mulato, zambo, mestizo, entre otros) puede clasificarse como no afrocolombiano, sin embargo, puede presentar condiciones genéticas de sus antecesores, y de esta forma, vulnerabilidad ante posibles complicaciones de eventos infecciosos de origen externo. Es posible que de los 402/431 de casos severos de dengue con complicaciones en no afrocolombianos reportados por los autores, varios de estos, tengan elementos genéticos y rasgos de población afrocolombiana, lo cual generaría un error de medición por lo que resultaba necesario el realizar mediciones genéticas y biológicas que no fueron consideradas [10, p. 98]
3. Varias de las afirmaciones del artículo, pueden ser objeto de apreciaciones xenofóbicas y excluyentes hacia las poblaciones afro-colombianas, tal y como se percibe cuando los autores concluyen que en las zonas o barrios con alta población afrocolombiana se presenta mayor incidencia de dengue en la población no afrocolombiana. Aquí, los autores no indicaron datos o mediciones de esta condición para identificar si efectivamente las personas afrodescendientes se encontraban infectadas en el sitio de evaluación y si desarrollaron o no la enfermedad [...] [10, p. 98]
4. [...] en el informe del INS se notificó que los principales departamentos en orden de magnitud donde se presentaron casos por dengue clásico y dengue grave fueron Tolima, Valle, Santander, Norte de Santander y Cundinamarca; todos estos a excepción de Valle presentan baja población con raza negra [10, p. 98]
5. Aunque los autores manifiestan que no hay riesgo de una posible falacia ecológica, es claro que la gran mayoría de conclusiones se obtuvieron con análisis de datos o registros a nivel poblacional que exceden las conclusiones a nivel individual [10, p. 98].

La postura 2, que afirma que el dengue es menos grave en los afros, es defendida por los autores del artículo, en su respuesta al editor, con los siguientes argumentos:

1. [...] reconocemos una gran dificultad para establecer la categoría de afrodescendiente a cada uno de los individuos. Algunas propuestas para clasificar la etnia en poblaciones latinoamericanas con base en pruebas genéticas y biológicas han mostrado un gran mestizaje que dificulta la clasificación. El

método del auto reconocimiento [sic] de la etnia es imperfecto como lo advertimos en la metodología de nuestro estudio; pero válido para la comunidad científica en este momento, mientras se propongan otros métodos eficientes, más confiables y robustos [10, p. 99].

2. Diferimos con los corresponsales de la carta en considerar xenofóbico cualquier elemento de la investigación. En el diseño del estudio consideré cualquier riesgo de discriminación por considerar que afectaba directamente el resultado y se resguardo el principio de equidad en la selección y evaluación de las variables [sic]. Los resultados significativos fueron comprobados por modelos ajustados que en algunos casos refutaron los hallazgos originales (incidencia acumulada por edad y origen étnico). Nuestras interpretaciones de los resultados también alertan de una fase silenciosa de diseminación de la epidemia en comunas con mayor población afrocolombiana que puede requerir ajustes sanitarios para modificar las cifras de caso de dengue y dengue grave [10, p. 99].

En este texto, a pesar de las posturas encontradas para argumentar acerca del riesgo de dengue en las personas afrocolombianas, ambas discuten desde un solo punto de vista sobre esta categoría y es el carácter biológico, que se le asigna a la etnia afrocolombiano, y se equipara a un gradiente de riesgo que aumenta o disminuye las probabilidades de una enfermedad. Se utilizan, además, las categorías *etnia* y *raza* como similares.

En la Figura 1 se representa la conceptualización y los usos de las categorías etnia y raza en el análisis de salud para población afrocolombiana a partir de los textos revisados.

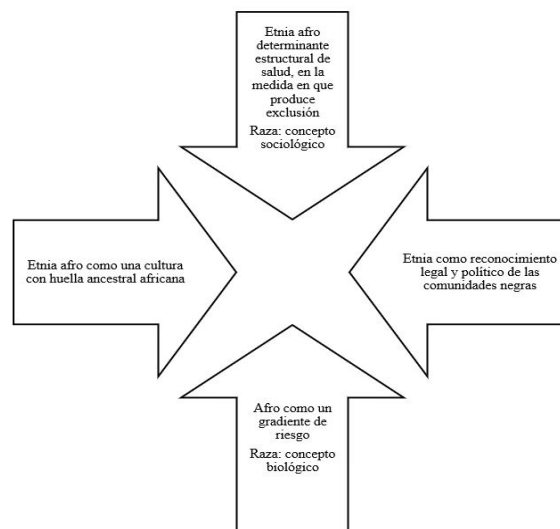


Figura 1. Conceptualización y usos de las categorías etnia y raza en el análisis de salud para población afrocolombiana a partir de los textos revisados.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En el análisis de la conceptualización y el uso de las categorías *etnia* y *raza* que se realiza desde el sector de la salud para la población afrodescendiente en Colombia, se encuentra que a partir del PDSP se presentan enunciados que aprueban la etnia como un determinante de la salud, como una construcción cultural y como un hecho político a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, que dicta: “Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana”. Estos enunciados, así como el abordaje integrado de los sujetos de derecho, tanto individuales como colectivos que enmarcan conceptualmente el PDSP, “expresan los desarrollos constitucionales, legales y normativos que han consolidado el reconocimiento y protección de la diversidad cultural étnica en el país” [9, p. 183].

Respecto al reconocimiento de la rica diversidad étnica y de la multiculturalidad del país, Castillo [12] y Olaza y Cabrera [13] muestran la contribución decisiva de los pueblos étnicos y su lucha política para la reinvención de la identidad étnica, en las dos últimas décadas, en algunos países de América Latina.

Explica Castillo que “el ‘nuevo’ lugar que ocupan los indígenas y los afrodescendientes en Colombia, después de la ANC [Asamblea Nacional Constituyente], ha implicado un proceso de refabricación y construcción de la identidad étnica en el contexto de un giro de una política basada en la identidad de clase a otra sustentada en la identidad cultural. El uso político de la diferencia ha mostrado una gran capacidad estratégica y ‘performativa’” [12, p. 10]. Así mismo, afirma que “Del imaginario de la nación mestiza se deriva la noción de que la igualdad de derechos es incompatible con la salvaguarda de la identidad. Por el contrario, en la Nación diversa negros e indios, como identidades diferenciales, deben vincularse al proyecto de construcción nacional lo que implica una relación más fluida con el Estado, con todas las consecuencias que esto tiene” [12, p. 472].

En igual sentido, el artículo de Camargo muestra que la definición como etnia para las comunidades negras tiene gran relevancia a nivel político, en tanto facilita que puedan acceder a nuevas formas de organizarse y las convierte en interlocutoras del Estado [14, p. 2].

Con respecto a la posición que se ocupa de la etnia como un determinante social que incide directamente en la carga de morbilidad y mortalidad, se debe subrayar que es partir del 2005 que la Organización Mundial de la Salud conformó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), una red que estudia las causas sociales, su impacto sobre la salud, las desigualdades que produce y cómo mitigarlas. En esta comisión, la etnia aparece como un determinante estructural de la salud.

La CDSS afirma que “los determinantes más importantes son los que dan lugar a una estratificación dentro de una sociedad (determinantes *estructurales*), como la distribución de ingresos, la discriminación (por ejemplo, por razón de género, clase, etnia, discapacidad u orientación sexual) y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas”. También indica que “Las discrepancias atribuibles a estos mecanismos configuran el estado de salud y los resultados de salud de cada individuo, a través de su repercusión sobre determinantes intermedios, como las condiciones de vida, las circunstancias psicosociales, los conductuales o biológicos y el propio sistema de salud” [15, p. 2].

Este enfoque de la CDSS es contrario al enfoque predominantemente médico que se consolidó con el desarrollo industrial en los países occidentales y que hace énfasis en que el origen de la enfermedad está en alguna disfunción biológica dentro del individuo, por lo cual el centro principal de atención ha de ser el cuerpo del individuo enfermo. Las críticas a este modelo estrictamente médico de la salud rechazan el énfasis excesivo en los aspectos biológicos y describen otros factores que pueden generar dificultades para adaptarse a un contexto social cambiante [2, p. 622].

Del punto de vista que posiciona al afro como una etnia, se debe tener en cuenta que Smith “establece seis características de la comunidad étnica: un nombre colectivo, un mito de descendencia común, una historia compartida, una cultura distintiva, una asociación con un territorio específico y un sentido de solidaridad” (1986, citado en [12, p. 74]).

En este aspecto, los estudios de identidad en ciencias sociales diferencian la perspectiva constructivista y la esencialista. Mientras la primera niega la existencia de identidades únicas e inalterables, para la segunda existe algún contenido intrínseco esencial en toda identidad. La posición constructivista es la que se evidencia en el texto del PDSP, donde la identidad afro es una identidad que se construye socialmente, en los diferentes contextos, sujeta a relaciones de poder y determinada por una historia particular, experiencias, instituciones y formaciones discursivas [12, p. 6].

Finalmente, en la carta publicada en la revista médica, la etnia y la raza se asumen como similares y son tomados como gradientes o una variable biológica de riesgo que aumenta o disminuye las probabilidades de una enfermedad. Aquí se debe poner de manifiesto que en el artículo de Parodis y Bolis [16], que hace referencia a la evolución del concepto *etnia/raza* y su impacto en la formulación de políticas para la equidad, se asevera que

Si bien el debate sobre la existencia de diferencias de carácter biológico entre los seres humanos aún no se ha agotado, en el Informe de la Reunión de Consulta sobre la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Dis-

crimianación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en Bellagio, Italia, del 24 al 28 de enero de 2000, se afirma que “(L)a inmensa mayoría de los expertos en la materia coincide en que, desde el punto de vista científico y antropológico, el concepto de que los seres humanos pueden dividirse y clasificarse definitivamente en distintas ‘razas’ carece de fundamento. No hay más que una raza: la raza humana” (6). Por ende, la noción de raza no es una entidad biológica y debe entenderse a la luz de la historia y de las relaciones sociales [16, p. 406].

Estudios como el de Mosquera revelan que se encuentran importantes debilidades en el uso de las categorías *etnia* y *raza* en este sector de la salud. Además, señala que son muy pocas las investigaciones que analizan cómo estas inciden en la salud de las poblaciones. Asevera que

Existe confusión en el uso de estas nociones: *raza*, *etnia* y otras denominaciones derivadas, como *grupo étnico*, que se usan de manera intercambiable; incluso unidas como nominación: *raza/etnia*. Por tanto, la dimensión biológica (variación genética, fenotipo) y la dimensión social (grupos poblacionales que comparten territorio, costumbres, tradiciones, ancestros, pertenencia al grupo, forma de identidad) se usan de manera indistinta, como si tuvieran el mismo significado [17, pp. 122-123].

Y agrega que “Esta limitante puede ser resultado de la complejidad y la falta de consenso que aún persiste para conceptualizar las nociones de raza y etnia en el contexto colombiano, donde los estudios étnico- raciales en salud son muy recientes y prevalece una gran heterogeneidad tanto racial como étnica” [17, p. 124].

Al igual que en este estudio, el nuestro también encuentra los enfoques de la etnia y raza como una categoría biológica, como una construcción social, y como parte de las variables sociodemográficas.

Si bien el análisis que aquí se presenta tiene la limitante de no incluir una muestra más amplia de textos que usan las categorías *etnia* y *raza* para los afrocolombianos en el ámbito del sector salud, por lo cual lo encontrado no es concluyente, los hallazgos permiten acercarse a la forma como se entienden y abordan estos conceptos y variables desde el sector actualmente.

Los afrodescendientes, más que otras etnias, se ven afectados por la racialización; son clasificados, de manera reiterativa, a partir de rasgos fenotípicos, principalmente por su color de piel, y persiste la aproximación a ellos desde la estigmatización y el racismo, por lo cual el enfoque diferencial en salud debería también orientarse a disminuir el racismo en este sector.

A propósito, León Díaz concibe el *enfoque diferencial étnico-racial* “como la puesta en marcha de acciones concretas que redundan en la corrección de situaciones

de discriminación y desigualdad y en la promoción de las diferencias de los pueblos negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros” [18, pp. 51-52].

Sostiene que: “A pesar de la relevancia de las normas, los principios y los indicativos señalados en la legislación existente sobre los derechos de las personas, colectivos, comunidades y pueblos negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros, resulta insuficiente la legislación sin medidas puntuales que atiendan y minimicen la compleja situación de vulnerabilidad de esa población en Colombia” [18, p. 44]

Y agrega que “La intención de proponer el EDE [enfoque diferencial étnico] parece responder a la perspectiva del Estado y de su burocracia para sustanciar valores de plurietnicidad y multiculturalidad de la Nación colombiana enfocado, especialmente, en el aspecto de la *pertenencia cultural*, declarados desde la Constitución Política de 1991” [18, p. 59].

Conclusión

Esta investigación busca llamar la atención para que desde el sector de la salud, en los múltiples escenarios que se atiende, se investiga o se generen políticas públicas con personas, comunidades, poblaciones y pueblos afro, se revise la construcción y el uso de las categorías *etnia* y *raza*. Pretende desmotivar el uso de estas como un gradiente biológico y, por el contrario, se afiance el concepto y uso de estas categorías como un determinante social estructural de la salud, para que se enfatice en los aspectos que mejoren la calidad de vida de estas personas y comunidades, las inversiones en saneamiento básico, soberanía alimentaria y nutricional, el diálogo de saberes, se garanticen servicios de salud dignos, empleo, vivienda, educación, entre otros.

Consideramos que el reconocimiento a la ancestralidad en salud o el hecho político, con la implementación de unas medidas afirmativas, son fundamentales; pero que si no se reconocen las condiciones históricas y las actuales condiciones de exclusión de estas comunidades, no serán suficientes para lograr comprender e incidir en su situación en salud.

Agradecimientos

Este estudio surgió en el marco del diplomado “Estrategias de Lectura Analítica y Composición Escrita”, que ofrece la Escuela de Ciencias del Lenguaje, Facultad de Humanidades de la Universidad del Valle. Agradezco a las docentes María Cristina, Graciela y Sandra, por su dedicación y acompañamiento en este revelador proceso, donde cada palabra y texto cobra sentido.

Declaración de fuente de financiación

La Corporación Saberes en Salud financió el desarrollo del estudio.

Declaración de conflictos de intereses

No existe ningún conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

La autora es responsable sobre los puntos de vista expresados en el artículo.

Declaración de contribución por autores

La autora concibió y diseñó el estudio, e hizo los análisis e interpretación de los datos. Además, aprobó la versión final del manuscrito enviado, y tiene la capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo.

Referencias

1. Sinisterra J. Las comunidades afrocolombianas frente al art 7º de la Constitución Política de Colombia 1991. *Revista Zona* [internet]. 2006 [citado 2022 sep. 22];1-12. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/338/Las%20comunidades%20afrocolombianas%20frente%20a%20art%2070001.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
2. Macionis J, Plummer K. Raza, etnia y migraciones. En: Macionis J, Plummer K., *Sociología* Pearson; 4.ª ed. Madrid: Pearson Educación S. A, 2011; pp. 299-328.
3. Colombia, Ministerio del Interior y de Justicia. *Afrocolombia*; s. f. https://www.manosvisibles.org/images/PDFsMV/DocumentosRecursosBibliograficos/AfroEInclusion/03_Afrocolombia.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. *Encuesta de Calidad de Vida —ECV— 2018. Grupos étnicos. Información técnica*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2019.
5. Wade P. Estudios afrodescendientes en Latinoamérica: racismo y mestizaje. *Tabula Rasa*. 2017;27:23-44. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.443>
6. Freitas V. Movimentos sociais de afro-latinos: tensionamentos políticos entre ativistas negros e Estados na “América Latina. *Revista Sociedade e Cultura*. [internet]. 2021 [citado 2022 sep. 22] 24;1-8. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/66407>
7. Martínez J, Pomares D, et al. Racismo y segregación en Colombia: salud, educación y trabajo en la población afrodescendiente del pacífico. *Rev. Trans-Pasando Fronteras* 2020; 16: 93-122 DOI: <https://doi.org/10.18046/retf.i16.4102>
8. Hernández R. Estado, derechos y políticas públicas de la población negra, palenquera y afrocolombiana. *Estado & Comun. 2020*;11(2):17-36. DOI: https://doi.org/10.37228/estado_comunes.v2.n11.2020.167
9. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035, por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el Pueblo Krom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (2022 junio 14).
10. Rengifo AC, Durán MA, Ortiz Y, et al. Reflexiones sobre el origen de los afrodescendientes y los casos de dengue en Colombia [carta al editor]. *Colombia Médica* [internet]2017 [citado 2022 sep. 22]; 48(2):98-100. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v48n2/es_1657-9534-cm-48-02-00098.pdf
11. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas y administrativas para la investigación en salud (1993 octubre 4).
12. Castillo L. El Estado-Nación pluriétnico y multicultural colombiano la lucha por el territorio en la reimaginación de la Nación y la reinención de la identidad étnica de negros e indígenas. Tesis Universidad Complutense de Madrid. [internet]. 2006 [citado 2022 sep. 22]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7471/>
13. Olaza M, Cabrera V. Legislación en salud mental y etnia-raza. *Rev. Org & Demo*. 2018;19(2):85-108. DOI: <https://doi.org/10.36311/1519-0110.2018.v19n2.07.p85>
14. Camargo M. Etnia, movimiento social y discriminación. Las dinámicas de reivindicación afro en Colombia. *Memorias. Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe* [internet]. 2006 [citado 2022 sep. 17]; 5:2-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85530511>
15. Organización Mundial de la Salud. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Washington [internet]; 2011 [citado 2022 sep. 17]. Disponible en: https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/10/politica_de_accion_sobre_los_determinantes_sociales_de_la_salud.pdf
16. Parodis C, M. Bolis. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad cristiana. *Rev Panam Salud Publica*. [internet]. 2007 [citado 2022 sep. 22]; 22(6):405-15. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n6/405-416/es>
17. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. *cs*. [internet]. 2015 [citado 2022 sep. 22]; (16):109-29. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242015000200006
18. León Díaz RE. El enfoque diferencial étnico-racial para personas, colectivos, comunidades y pueblos negros afrocolombianos raizales y palenqueros. Reflexiones para la práctica. *Revista Trabajo Social*; 2020; 22(1):33-63. DOI: <https://doi.org/10.15446/ts.v22n1.78887>



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>