

El color de la piel importa en Cuba y el género también

Both Skin Color and Gender Matter in Cuba

Zoe Díaz Bernal^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5328-3794>

¹Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: zoe@ensap.sld.cu

RESUMEN

Esta comunicación breve pretende aportar argumentos acerca de la importancia de considerar al color de la piel y al género como categorías que se intersecan en los análisis sobre determinación social en la salud. Para ello se ofrecen ejemplos de resultados investigativos previos, que ilustran el panorama contemporáneo en la Cuba de hoy. A la vez se problematiza sobre el pensamiento hegemónico en salud y se pondera aquel que caracteriza a la medicina social, con el fin de ubicar el enfoque socio-antropológico que reclaman estos temas.

Palabras clave: género; color de la piel; determinación social; medicina social; Cuba.

Abstract

This brief communication is aimed at providing supporting ideas about the importance of considering skin color and gender as categories that are relevant for the analysis of social determinants of health. In view of that, we offer examples of previous research outcomes that show the contemporary situation in Cuba. At the same time, we approached the problem of hegemonic thinking in health, focusing on thinking as an aspect inherent in social medical care, in order to highlight the socio-anthropologic approach required for treating these topics.

Keywords: gender; skin color; social determinants; social medical care; Cuba.

Recibido: 30/11/2018

Aceptado: 19/12/2018

El tema principal de la presente comunicación es la salud de las mujeres no blancas en Cuba. Se plantea de esa manera, para tratar de incluir a toda la gama de colores de la piel de la especie humana, desde los tonos más claros, del color que cuestiona al blanco, hasta los tonos más oscuros; porque se trata de un carácter genético con contribución cuantitativa continua, que hace imposible escindirlo a nivel fenotípico en uno u otro color. El color de la piel como característica fenotípica, que en no pocas ocasiones se ha tratado de manera errónea como raza (concepto muy debatido por la antropología contemporánea), contiene todos los ingredientes de una larga historia de desigualdades, discriminaciones, desventajas, vulneraciones y exclusión, que aún no se aquilata lo suficiente.

El primer aspecto que se debe reconocer es que de forma permanente se asocian a este grupo comportamientos desiguales de variables demográficas, que hablan de la desarticulación entre los resultados tácitos de políticas y programas sociales (en los que se incluyen los relacionados con la salud) y los resultados que se esperaban con su implementación. Por otra parte, la salud y la salud pública históricamente se han caracterizado por una visión positivista, marcadamente biológica y medicalizada, que se centra en la enfermedad y no en la salud. Esto es lo que se conoce como "pensamiento hegemónico en salud," que simplifica y reduce la compleja determinación social de la salud y de la enfermedad a los clásicos factores de riesgos y convierte a la epidemiología en mera contabilidad de casos y muertes.

El pensamiento hegemónico en salud se apropia de conceptos y los desnaturaliza. Esto se debe a que categorías tan importantes como derecho a la salud o determinación social, que tienen una enorme carga política, pierdan su fuerza y contenido, y queden reducidas a palabras que se utilizan como moda y lenguaje políticamente correcto, perdiendo su capacidad explicativa y su potencial transformador.

Desde la antropología médica el paradigma salubrista pretende trascender los factores de riesgo y se afana por comprender la determinación de la salud de los colectivos. Los datos

más recientes de los que se dispone en Cuba, aportados fundamentalmente por autores cubanos, así como por las encuestas de factores de riesgos para la salud realizadas en Cuba, plantean que:^(1,2,3)

- El color de la piel es un diferencial de la capacidad de supervivencia de la población cubana y que, si bien este diferencial no se debe a la exclusión del acceso a la salud por el color de la piel, sí parece estar influido por los contenidos de los programas de salud de los que se disponen y la no existencia de algunos que contribuyan a la prevención y tratamiento diferenciado de las enfermedades que provocan sobremortalidad, según la edad y el sexo, en la población no blanca. Al decir de *Albizu- Campos y Cabrera*:⁽¹⁾

El rol actual del color de la piel como marcador de riesgo diferencial frente a la muerte nos muestra cuánto pesa la inercia tozuda de la historia y de una cultura ancestral sobre la dinámica de las poblaciones humanas, en general, y de la población no blanca en el país, en particular, dejando una huella indeleble en valores, construcciones sociales y los comportamientos de los individuos, muy a pesar de los esfuerzos neutralizadores de tal desigualdad que se han realizado en los últimos cincuenta años.

- Hace resonar lo anterior, el hecho de que en la mujer no blanca cubana la desventaja se verifica de manera más acentuada. Quiere decir esto que su desventaja de capacidad de supervivencia con relación a las mujeres blancas es siempre superior a lo encontrado entre los hombres no blancos, incluso llegando a ser dos veces mayor en la región Oriental y más de cinco veces en la zona rural. Dicho en otras palabras: no es lo mismo ser mujer que hombre en temas de sobrevivencia, pero todavía es más desfavorable si se trata de mujeres no blancas residentes rurales.
- No todos los grupos presentan igualdad para los llamados factores protectores para la salud, por ejemplo: dentro de las féminas cubanas, son mayoría las mujeres no blancas que fuman y que consumen alcohol, para todos los grupos de edades y

con un predominio para aquellas en situación económica desfavorable. Entre las personas involucradas en hechos violentos, ya sea como víctimas o victimarios, la proporción de personas no blancas es superior. La población no blanca presenta una situación algo más favorable, con niveles de sedentarismo ligeramente inferiores a los de la población blanca. Sin embargo, tras esa mayor participación en la actividad física podrían ocultarse condiciones de vida no tan favorables que obligan a hacer un mayor uso de caminatas y bicicleta, como medio de transportación, además de la realización de labores cotidianas de vida, que conllevan mayor esfuerzo físico como es un hecho, por ejemplo, que son mayoría dentro de la categoría ocupacional Obreros y Servicios.

- Hace resonar con lo anterior, el hecho de que en la mujer no blanca cubana la desventaja se verifica de manera más acentuada: quiere decir esto que su desventaja de capacidad de supervivencia con relación a las mujeres blancas es siempre superior a lo encontrado entre los hombres no blancos, incluso llegando a ser dos veces mayor en la región Oriental y más de 5 veces en la zona rural. Dicho en otras palabras: no es lo mismo ser mujer que hombre en temas de sobrevivencia, pero todavía es más desfavorable si se trata de mujeres no blancas residentes rurales.
- No todos los grupos están en igualdad de condiciones en cuanto a los llamados factores protectores para la salud. Se puede plantear, como ejemplo, que de las mujeres cubanas que fuman y consumen alcohol, de todos los grupos etarios, la mayoría son las no blancas, con predominio de las que viven en condiciones económicas desfavorables.

Entre las personas involucradas en hechos violentos, como víctimas o victimarios, el mayor número son personas no blancas. La población no blanca presenta una situación algo más favorable, al presentar niveles de sedentarismo ligeramente inferiores a los de la población blanca. Sin embargo, esa mayor actividad física puede estar condicionada a contextos de vida menos favorables que les obligan a trasladarse en bicicleta o realizar largas caminatas. También puede estar relacionada a otros factores como la categoría ocupacional, porque constituyen

mayoría entre las labores que requieren de mayor esfuerzo físico como son las de obrero y el sector servicios.

La esperanza de vida al nacer muestra un diferencial por color de la piel y por género, siendo más alta en personas blancas. Asimismo, la mortalidad infantil es mayor en las personas no blancas (Tabla).

Tabla - Región Oriental. Población residente en cabeceras provinciales. Diferenciales de mortalidad por sexo y color de la piel, 2003-2005

Color de la piel	Hombres	Mujeres	Diferencial por sexo
Esperanza de vida al nacer (años)			
Blancos	77,07	80,93	3,86
No blancos	73,92	76,78	2,86
Diferencial por color	-3,15	-4,15	--
Mortalidad infantil (%-)			
Blancos	3,18	3,71	-0,53
No blancos	8,95	5,84	3,11
Diferencial por color	-5,77	-2,13	--

Fuente: Albizu-Campos JC, Cabrera F. La mortalidad en Cuba según el color de la piel. Rev Nov Pob. 2014 [acceso 30/11/2018];10(20):31-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1817-4078

Nota: los valores de mortalidad infantil corresponden a lo esperado para 1000 menores de un año de la probabilidad de muerte a la edad exacta de cero años, extraídas de las tablas de mortalidad. El signo negativo es indicador de desventaja, de no blancos y mujeres. Los datos corresponden a estimaciones de los autores, a partir de información del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), bases de datos de certificados de defunción y años correspondientes.

En todos estos contrastes se expresan disímiles contribuciones, entre las que se pueden citar los efectos de las políticas de blanqueamiento seguidas en las primeras décadas del siglo XX, las secuelas que aún subsisten de las iniquidades históricas en el desarrollo económico, así como el desigual comportamiento tanto de la fecundidad como de los procesos migratorios y las conductas de salud asumidas. De acuerdo con estudios realizados por Zabala y Espina,^(4,5) la población no blanca acumula mayor vulneración en términos de pobreza, se encuentra sobrerrepresentada en el fracaso escolar y a nivel de las familias predominan las que tienen un tamaño superior al promedio nacional con jefatura femenina sin vínculo laboral. Sin dudas, estos aspectos se reflejan en la calidad de vida y en su duración.

La anómala y menguada ventaja biológica de las mujeres cubanas respecto a los hombres, expresada en su sobrevida, cuya diferencia es menor entre la población de color no blanco, probablemente tenga también su origen en razones culturales, tanto a nivel regional como ligadas a la herencia de valores respecto al rol de la mujer en la sociedad cubana, que aún perviven. En este sentido, además de la ya declarada necesidad imperiosa de incorporar la perspectiva de género en los análisis de la situación de salud que se realizan desde el primer nivel de salud, con enfoque comunitario e intersectorial, dicha perspectiva debe cortarse interseccionalmente con diferentes características de la población.

De esta manera se evita pensar en la población como un monolito homogéneo al que le sirve todo programa o protocolo por igual como si las ciencias médicas y la salud pública fueran ciencias exactas donde se aplican solo las leyes naturales. Se puede citar como ejemplo, que la combinación mujer-no blanca-rural sigue siendo un espacio emergente de reivindicación en políticas de salud, expresado de forma más crítica en otras múltiples combinaciones posibles como mujer trans-no blanca-rural o mujer lesbiana-no blanca.

Existen otros datos sobre morbilidad y riesgos para la salud que se asocian al color de la piel no blanco como son:

- Mayores niveles de tensión arterial, cuestión que parece ser universal.
- Sobre morbimortalidad por tuberculosis, explicada por la escasa memoria inmunológica que tenía esta población cuando la alcanzó la epidemia viviendo en condiciones inhumanas de esclavitud, lo que fue visto hace poco tiempo con insuficiente enfoque médico social y sobre todo con un interés farmacoepidemiológico clásico.

Recientemente, resultados de una tesis doctoral defendida en la ENSAP por el investigador *Pablo León Cabrera*, develó sin dificultades ni disimulos, que para la tuberculosis la población no blanca y masculina sin vínculo marital presenta mayores riesgos.⁽⁶⁾ Por lo que se debe reconocer que diversos elementos económicos, culturales y sociales, condicionaron la aparición de contrastes en el desarrollo histórico entre diversos grupos dentro de la sociedad cubana. Y lo que sí parece ser evidente, y que se quiere

enfaticar, es que dichas discrepancias, no solo remitidas al color de la piel, también se registran en el comportamiento en la salud. Aunque se debe destacar que el color de la piel por sí mismo y por sí solo, no posibilita explicar diferenciales en salud, ni puede considerársele causante de determinado comportamiento en salud. Cualquier conclusión hecha a partir ello, estará subsumida en matrices explicativas donde la noción de causalidad es muy difícil de asir porque las relaciones no son unívocas y mucho menos inequívocas. Para el caso del color de la piel y su contribución a las desigualdades en salud, la noción de devenir histórico funciona mejor.

Si bien, los diferenciales en salud comentados, no son atribuibles en sí mismos al diseño deficitario de políticas y programas de salud, ellos llaman la atención sobre un grupo de dinámicas sociales donde la población no blanca queda rezagada. Las estrategias para su abordaje deben involucrar a toda la sociedad, bajo un pensamiento intersectorial en términos de políticas sociales y de salud, que basadas en el principio de universalidad de la atención médica, emprenda acciones particulares para las distintas subpoblaciones (interseccionadas). Estas estrategias deben ser trazadas e implementadas, a la vez que se ajusten y transformen las características diversas de los espacios donde las personas experimentan la cotidianidad, porque poco se resuelve si se cura a una persona en el mejor hospital, con la mejor tecnología personal a su disposición, sin costo para su bolsillo, si después se regresa al lugar donde se enfermó sin un abordaje comunitario adecuado.

Entonces, teniendo en cuenta uno de los pilares del pensamiento contrahegemónico en salud, visto desde la medicina social y la salud colectiva, debe recalcarse que: la comprensión de la determinación social de la salud y la enfermedad, rescata la idea de que las causas de la mala salud están en la sociedad, en las condiciones de vida y trabajo, y transformar esas condiciones es parte fundamental de las tareas de la medicina social y la salud colectiva. Lo que no pueden causar confusión y pensar que estos entes metodológicos solo aluden al sistema de salud y al Ministerio de Salud Pública.

La determinación social de la salud y la enfermedad es uno de los núcleos político-ideológicos centrales de la medicina social. La salud, por su parte, es una construcción social derivada de las formas en que se organiza una sociedad para producir y distribuir su riqueza social. En otras palabras, la salud de la población está determinada, en última instancia, por el modelo de desarrollo y consumo de una sociedad.

Reducir la contribución social a la salud a categorías puntuales como los estilos de vida, o pretender resolver a través de programas específicos dirigidos a determinantes aislados situaciones que son apenas la expresión de problemas estructurales cuyas causas se mantienen invisibilizadas, provoca no solo un desgaste constante en la tarea de mitigar contingencias, sino que se pierde el centro y la posibilidad de actuar efectivamente y desde la raíz. Se puede señalar, como ejemplo, que con frecuencia se enfatiza en la responsabilidad de las personas para con su salud, y hasta llega a crearse una especie de culpabilidad y desasosiego colectivo en el afán de buscar soluciones que van mucho más allá de las posibilidades de esas personas.

Lo que significa, que es más fácil aconsejar medidas importantes en la perspectiva individual como: "no fume, no consuma alcohol, haga ejercicios, controle la sal, el azúcar y la grasa," que paralelamente, tomar medidas de mayor impacto colectivo como regular el precio de aquellos alimentos beneficiosos (frutas y vegetales entre otros) y de aquellos productos nocivos como el alcohol y el tabaco. Quizás, también, sea más fácil banalizar la intersectorialidad en salud y verla como una simple relación con los demás sectores, que se maneja desde la perspectiva de las necesidades de acciones en salud. Esta es una distorsión de la verdadera transectorialidad e intersectorialidad, que implica que el sector de la salud trabaje en una relación armónica y recíproca con el resto de los sectores y actores que configuran la sociedad.

De ahí la importancia de presentar una visión contrahegemónica en pos de la buena salud de mujeres no blancas en Cuba, que resalte la potencialidad de la determinación social de la salud para generar propuestas y políticas que enfrenten las grandes iniquidades y que plantee abiertamente la necesidad de un modelo de desarrollo y consumo reivindicador para todas las cubanas y todos los cubanos, sin que la gradación cuantitativa de su melanina sea algo que tengamos que intentar medir.

Referencias bibliográficas

1. Albizu-Campos JC, Cabrera F. La mortalidad en Cuba según el color de la piel. Rev Nov Pob. 2014 [acceso 30/11/2018];10(20):31-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000200004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1817-4078

2. Alfonso AC. La población cubana ante factores de riesgo para la salud. Un análisis por color de la piel y provincias 2001- parte urbana. [Tesis para optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Económicas]. [La Habana]: CEDEM, Universidad de La Habana; 2009. 100 p.
3. Bonet M, Varona P. III Encuesta nacional de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2015. 330 p.
4. Zabala MC. Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro "Félix Varela"; 2010.
5. Espina MP. Efectos sociales del reajuste económico: igualdad, desigualdad y procesos de complejización en la sociedad cubana. En Pérez, O. E. (comp.) Reflexiones sobre economía cubana. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2004, p. 385-419.
6. León P. Desigualdades sociales y de acceso a los servicios de salud en pacientes con Tuberculosis Pulmonar. La Habana, 2012-2015. [Tesis]. [La Habana]: Escuela Nacional de Salud Pública; 2018. 100 p.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existen conflicto de intereses.