

 <https://doi.org/10.47456/simbitica.v13i1.51836>

## El continuum colonial del racismo ambiental en Brasil: racializando la salud y el saneamiento ambiental<sup>1</sup>

*The Colonial Continuum of Environmental Racism in Brazil:  
Racializing Environmental Health and Sanitation*

*O continuum colonial do racismo ambiental no Brasil:  
racializando a saúde e o saneamento ambiental*

**Victor de Jesus**

Universidad Federal de Espírito Santo

**Resumen** El déficit de saneamiento (y su impacto en la salud) es una realidad de una parte significativa de la población brasileña. Sin embargo, esa desigualdad no se distribuye de forma ecuánime en la sociedad: hay un perfil racial de aquellos que son más vulnerables y victimados por las condiciones ambientales insalubres. A pesar de constituir un problema social, esta temática todavía sigue siendo desatendida como problema sociológico. De este modo, a partir de la investigación bibliográfica a nivel exploratorio y del análisis de datos actuales de acceso al saneamiento y morbimortalidad por enfermedades relacionadas con el saneamiento ambiental inadecuado según color/raza, se pretendió racializar la discusión sobre saneamiento y salud (ambiental) a partir de una perspectiva político-histórica. Se verificó que desde el Brasil Colonial hay un continuum de vivencias en materia de saneamiento de la población afrodescendiente marcado por el no acceso a servicios de saneamiento y su consecuente impacto en su salud ambiental. Como consecuencia, cada hora y media una persona afrodescendiente muere por la falta de saneamiento adecuado en Brasil, una realidad que resulta de la relación entre Estado, racismo institucional y racismo ambiental, y contribuye con el genocidio de la población afrodescendiente brasileña. Por lo tanto, urgen análisis y acciones que coloquen este tema en las agendas políticas y de investigación.

**Palabras clave:** racismo ambiental; saneamiento; salud ambiental; salud de la población afrodescendiente; higienismo; genocidio negro.

---

<sup>1</sup> Artículo originalmente publicado en la revista *Saúde e Sociedade* (v. 29, n. 2, e180519) en 2020, originado de la investigación financiada por el *Consejo Nacional de Desenvolvimento Científico y Tecnológico* (CNPq).



**Abstract** The deficit of sanitation and its impact on health is a reality of a significant part of the Brazilian population. However, this inequality is not equitably distributed in society, as there is a racial profile of those most vulnerable and victimized by unsanitary environmental conditions. Although it is a social issue, this subject has still been neglected as a sociological problem. Thus, based on exploratory-level bibliographic research and the analysis of current data on access to sanitation and morbidity/mortality from diseases related to inadequate environmental sanitation according to color/race, this paper includes the factor of race on sanitation and (environmental) health discussion from a political-historical perspective. The results show that since Colonial Brazil there is a *continuum* of sanitary experiences of the Black population marked by the lack of access to sanitation services and their impact on the environmental health of this population. As a result, every hour and a half, a Black person dies for not having adequate sanitation in Brazil, a reality that results from the relationship between State, institutional racism and environmental racism, contributing to the genocide of the Brazilian Black population. As such, perspectives and measures that place this topic in the political and research agendas are urgent.

**Keywords:** environmental racism; sanitation; environmental health; black population health; racial hygiene; black genocide.

**Resumo** O déficit de saneamento – e seu impacto à saúde – é uma realidade de parcela significativa da população brasileira. No entanto, essa desigualdade não é distribuída de forma equânime na sociedade, há um perfil racial daqueles mais vulneráveis e vitimados pelas condições ambientais insalubres. Apesar de constituir um problema social, essa temática ainda tem sido negligenciada enquanto problema sociológico. Desse modo, a partir da pesquisa bibliográfica de nível exploratório e da análise de dados atuais de acesso a saneamento e morbimortalidade por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado segundo cor/raça, pretendeu-se racializar a discussão sobre saneamento e saúde (ambiental) a partir de uma perspectiva político-histórica. Verificou-se que desde o Brasil Colonial há um continuum de vivências sanitárias da população negra marcado pelo não acesso aos serviços de saneamento e seu conseqüente impacto na saúde ambiental dessa população. Em virtude disso, a cada uma hora e meia uma pessoa negra morre por não ter saneamento adequado no Brasil, uma realidade que resulta da relação entre Estado, racismo institucional e racismo ambiental e contribui para o genocídio da população negra brasileira. Urge, portanto, olhares e ações que coloquem esse tema nas agendas políticas e de pesquisa.

**Palavras-chave:** racismo ambiental; saneamento; saúde ambiental; saúde da população negra; higienismo; genocídio negro.

*Recebido em 02-01-2026*

*Aceito para publicação em 04-04-2026*

## Introducción

Actualmente se comprende como saneamiento básico al conjunto de servicios, infraestructuras e instalaciones operacionales de limpieza urbana y manejo de residuos sólidos, drenaje y manejo de aguas pluviales urbanas, alcantarillado y abastecimiento de agua potable. El saneamiento ambiental, a su vez, comprende el saneamiento como instrumento de promoción de la salud que, además del saneamiento básico, incluye el manejo de los residuos gaseosos, la promoción del control sanitario en el uso del suelo, el control de enfermedades transmisibles y demás servicios y obras, cuya finalidad sea la calidad de vida y el bienestar urbano y rural (Brasil, 2007; Funasa, 2015).

De este modo se vuelve evidente la estrecha relación del saneamiento con la salud y el medio ambiente, relación cuya relevancia y comprobación se evidencian en la existencia de áreas y conceptos como epidemiología ambiental, salud ambiental, salubridad ambiental y promoción de la salud, aunque en la práctica la planificación no sea integrada (Funasa, 2015; Heller, 1998; Soares; Bernardes & Cordeiro Netto, 2002). También merece atención el concepto de salud ambiental en el saneamiento, que se refiere a la promoción de la salud y la calidad de vida de la población por medio de acciones en saneamiento e intervenciones en educación, conforme el *Manual de saneamento* (Funasa, 2015).

En el marco legal, la salud ambiental en saneamiento está asegurada tanto a nivel nacional como internacional. Constitucionalmente (Brasil, 1988) la salud está asegurada como derecho para todos y deber del Estado (art. 196), siendo la participación en la formulación de políticas de saneamiento y la ejecución de las acciones del sector (art. 200) parte del alcance del Sistema Único de Salud (SUS). Por su parte, el derecho al medio ambiente ecológicamente equilibrado se garantiza como requisito para la sana calidad de vida de las generaciones presentes y futuras (art. 225). Además, el derecho al saneamiento y a la salud ambiental, bien como la universalización del acceso al saneamiento básico, se instituyeron con la ley 11.445/2007 (Brasil, 2007), conocida como la ley de saneamiento básico por establecer las directrices del sector.

Sin embargo, la salud ambiental en saneamiento como derecho no garantiza el cumplimiento legal. En consecuencia, las discusiones sobre determinantes sociales de la salud, desigualdades en la salud y justicia ambiental han contribuido de forma significativa en la politización de los procesos sociales de la salud-enfermedad, denunciando el carácter injusto, evitable, inaceptable e inhumano que afecta las condiciones de salud de algunos segmentos sociales situados en contextos espaciales de desigualdades socioeconómicas, ambientales y culturales (Barata, 2001, 2009; CNDSS, 2008; Porto, 2004).

Así, la falta de acceso a la vivienda digna y al saneamiento emergen como determinantes del proceso salud-padecimiento en el país (Brasil, 2010; CNDSS, 2008) y, consecuentemente, producen cuadros epidemiológicos cuyos perfiles predominantes son grupos destituidos de poder y propiedad (Barata, 2001, 2009). En ese sentido, algunas autoras han destacado que la población afrodescendiente<sup>2</sup> constituye uno de esos grupos vulnerabilizados y han resaltado la necesidad de investigaciones sobre las condiciones de saneamiento y su impacto en la salud de esa población (Cunha, 2012; Garcia, 2009; Lopes, 2005a, 2005b; Rosemberg; Pinto, 1995; Santos, 2013), ya que el enfoque dado a la relación entre saneamiento y raza es bastante limitado<sup>3</sup> en la bibliografía nacional. Y cuando lo hacen, las investigaciones no traen el contexto histórico; tampoco la insertan en la discusión teórica y política sobre el racismo –estructural, institucional, ambiental–. Es más, la propia discusión sobre el racismo ambiental en Brasil es todavía muy incipiente y solo más recientemente es que la discusión sobre el racismo institucional ha cobrado fuerza.

A ello se suma que, en una escala mayor, no se debe perder de vista que la variable racial y la discusión sobre racismo y desigualdades raciales en el campo de la epidemiología y de la salud pública, bien como el diálogo con la interfase ambiental, siguen desatendidas en las agendas hegemónicas de la investigación de las ciencias sociales en salud. De ese modo, se insertan demandas para fomentar investigaciones sobre el cuadro epidemiológico de la población afrodescendiente; abordaje, identificación y combate de las formas de racismo institucional; e identificación de las necesidades en salud de la población afrodescendiente de las áreas urbanas (Barata, 2009; Bastos & Faerstein, 2012; Brasil, 2013; Cunha, 2012; Lopes, 2005a, 2005b; Soares Filho, 2012; Werneck, 2016).

Por lo tanto, este artículo se propone cubrir –sin la pretensión de agotar– ese vacío en tanto que busca resaltar la importancia de la variable racial en el análisis de la relación entre saneamiento y salud, y situar esta temática en la discusión sobre el racismo ambiental a partir de una perspectiva político-histórica que realce la importancia de las enfermedades de saneamiento en la composición del cuadro de

---

<sup>2</sup> Metodológicamente, la población afrodescendiente se refiere a la suma de las poblaciones autodeclaradas negras y pardas en los formularios y encuestas, como por ejemplo los Censos del IBGE o los prontuarios de salud. Para tal fin, se incluye un campo en el que se escoge la categoría de color entre las opciones negra, parda, blanca, amarilla o indígena. Sociológicamente, comparto la posición de Munanga (2003), para quien la raza se refiere a los aspectos culturales e identitarios construidos históricamente y reelaborados como constructos sociales y políticos en las relaciones de poder, no como factor biológico, científico y determinista. Para el autor, raza y etnia son conceptos ideológicamente manipulados en la actualidad, sirviendo a varios e imprecisos usos.

<sup>3</sup> No estoy desconsiderando la existencia de innumerables etnografías y estudios sociológicos que aportan alguna descripción o dato sobre el saneamiento en aldeas y comunidades indígenas o *quilombolas* –incluso en periferias y favelas– y su interfase racial; tampoco algunos estudios del gobierno federal, como *Retratos da desigualdade* del Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas (Ipea, por sus siglas en portugués). Al mencionar el número limitado de investigaciones sobre esa relación, me refiero a aquellas cuyo objetivo sea tratar específicamente la dimensión racial del déficit en saneamiento, con un aporte teórico que se encargue de profundizar la comprensión sociológica de este problema social.

morbimortalidad de la población afrodescendiente. De esta manera, racializar la discusión sobre saneamiento y salud (ambiental), y politizar la discusión sobre racismo constituyen el motivo de este artículo.

Además, se objetiva implícitamente elevar este problema social a problema sociológico: es decir, emprender un esfuerzo de investigación que lo coloque como un problema científico y como objetivo de políticas sociales, como señala Silva (1967). Por eso, es importante considerar que la investigación científica necesita estar relacionada con la vida real y con los intereses y circunstancias sociales pues “nada puede ser intelectualmente un problema si no ha sido, en primer lugar, un problema de la vida práctica” (Minayo, 2012:16)<sup>4</sup>.

En este sentido, cabe señalar que este artículo surgió de asuntos-incomodidades originados de mi experiencia individual en el viaje a Rio de Janeiro durante los dos años de la maestría. En la “ciudad maravillosa”<sup>5</sup> enfrenté problemas cotidianos derivados de la falta de saneamiento: desde problemas de baja presión y falta de agua hasta la imposibilidad de utilizar el agua por salir excesivamente caliente de la caja de agua, pasando, incluso, por convivir con el exceso de basura, ratas y cucarachas. La preocupación por las lluvias y no poder entrar en casa, salir de casa sin poder bañarme, neurosis por tapar todos los posibles agujeros para no dejar entrar cucarachas y llenar recipientes con agua en la universidad para consumir en casa fueron algunas experiencias que marcaron mi estadía en Rio de Janeiro. Esta es mi narrativa, pero no solamente mía.

Lejos de ser un problema individual y una realidad oculta, esta es una realidad social evidente y fácilmente verificable cuando se anda en periferias, favelas, suburbios y barriadas. Ante esto, busco los datos generales que, a macroescala, conviertan este fenómeno social en un problema sociológico de alcance nacional. Para tal fin, recurro a la investigación bibliográfica de nivel exploratorio, conforme sugiere Gil (2009), en tanto que constituye una apropiación de material ya elaborado –sobre todo libros y artículos científicos– para producir una visión general y aproximativa sobre el hecho –sobre todo cuando el tema está poco explorado– con la finalidad de replantear el problema bajo un nuevo prisma. Adicionalmente analizo los datos actuales de acceso al saneamiento y morbimortalidad por enfermedades relacionadas con el saneamiento ambiental inadecuado según color/raza, utilizando las bases de datos del Censo 2010 del IBGE y del Tabnet DataSUS del SUS.

Comienzo con una reflexión sobre lo que se entiende por racismo institucional y cuál es su relación con la salud. A continuación, abordo el racismo ambiental como una dimensión del racismo institucional y su relación con el saneamiento y la

---

<sup>4</sup> N. T. – Nota del traductor: Todas las citas directas fueron traducidas libremente por el traductor del artículo a partir de la cita original (o de la edición traducida) en portugués brasileño, según se referencia a continuación.

<sup>5</sup> N. del T. (Nota del traductor): Río de Janeiro es conocido desde comienzos del siglo XX como la “Ciudad Maravillosa” (“Cidade Maravilhosa”).

insalubridad ambiental. Finalmente, contextualizo la relación histórica y colonial de la población afrodescendiente con el no acceso al saneamiento y su impacto en la morbimortalidad de esta población.

## **El racismo institucional como determinante social de la salud**

El racismo puede manifestarse de múltiples y complejas formas, desde sentimientos personales y acciones interpersonales hasta la estructuración de políticas públicas, gobiernos y Estados, moldeando la cultura, la política y la ética. O sea, el racismo puede darse, básicamente, en los niveles personal (internalizado), interpersonal e institucional, siendo este último el que nos interesa aquí por ser la dimensión más desatendida del racismo (Geledés, 2013a; Werneck, 2016).

El racismo institucional, también denominado racismo sistémico, corresponde al mecanismo estructural de exclusión racial selectiva en el acceso a los beneficios generados por el Estado y usufructuados por los grupos raciales privilegiados. De este modo, el racismo institucional induce, mantiene y condiciona la organización y la acción del Estado, sus instituciones y políticas públicas (Brasil, 2013; Geledés, 2013a). Esto significa que el racismo institucional es responsable de promover la exclusión selectiva de los grupos raciales subordinados por medio de “lógicas, procesos, procedimientos, conductas, que van a impregnar la cultura institucional –lo que, cuando no los invisibiliza, los integra al orden ‘natural’ de las cosas” (Werneck, 2016:545).

Este tipo de racismo se puede verificar tanto en el acceso al poder como en la dimensión material, siendo esta última la de mayor interés aquí ya que presupone la ausencia reiterada del Estado –en algunos casos– y/o la indisponibilidad o limitación del acceso a derechos fundamentales, servicios y políticas de calidad. O sea, el racismo institucional es responsable de perpetuar privilegios, hegemonías blancas y condiciones estructurantes de las desigualdades raciales que exponen a la población afrodescendiente a las condiciones de vulnerabilidad y desprotección social (Geledés, 2013a, 2013b).

Es en este sentido que el racismo emerge como determinante social de la salud, dado que la concentración de riqueza y poder, bien como las condiciones ambientales y de vida, así como el factor raza están asociados a las desigualdades en la salud. Así, la comprensión del racismo como determinante social de la salud implica el reconocimiento de que el racismo institucional constituye una traba en la promoción de la equidad, en la medida en que influencia el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte, favorece un cuadro de morbimortalidad por enfermedades injustas y evitables, y estimula la violación de los derechos humanos (Barata, 2009; Bastos &

Faerstein, 2012; Brasil, 2011; Lopes, 2005a, 2005b; Soares Filho, 2012; Werneck, 2016).

Esto se hace evidente al analizar los números de mortalidad (infantil y adulta), expectativa de vida y años de vida perdidos según raza, ya que configuran un cuadro de marcas visibles y mensurables de desesperanza de vida al nacer y de pérdida superlativa de vidas por causas externas a la muerte, teniendo al racismo como un fabricante y multiplicador de vulnerabilidades que hace que indígenas<sup>6</sup> y afrodescendientes tengan experiencias desiguales al nacer, vivir, enfermar y morir en comparación con los blancos (Lopes, 2005a, 2005b).

Esta situación también fue denunciada en la Conferencia de Durban<sup>7</sup> (2001), que identificó al racismo y la discriminación racial como factores que deterioran las condiciones de vida y de negación de derechos humanos. En 2013, la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN) hizo el “reconocimiento del racismo, de las desigualdades étnico-raciales y del racismo institucional como determinantes sociales de las condiciones de salud, con vistas a la promoción de la equidad en salud” (Brasil, 2013:18), aunque esta política no haya sido implementada adecuadamente y sea incluso rechazada por muchos (Werneck, 2016).

Es importante resaltar que este contexto no está disociado de las condiciones políticas, sociales y económicas que estructuran las relaciones y negociaciones en la sociedad. Las condiciones precarias en las que vive la población afrodescendiente y pobre moldean un marco de condiciones de vida estructurado en “injustos procesos sociales, culturales y económicos presentes en la historia del País” (Brasil, 2013:5), donde prevalecen enfermedades crónicas e infecciosas, altos índices de violencia urbana, altas tasas de mortalidad materna e infantil, y una situación de “indignidad de las condiciones de vida de la población afrodescendiente”, desprovista de bienes y servicios públicos, y marcada por la exclusión social.

Así, algunos estudios relativos a las desigualdades sociales en salud han demostrado que la población afrodescendiente está sometida a mayor desventaja social, incluyendo condiciones de pobreza, bajo índice de desarrollo humano y acceso precario al saneamiento básico, educación y puestos de trabajo (Barata, 2009; Bastos & Faerstein, 2012). Un escenario de desventajas que incluye también la “discriminación económica, segregación espacial, exclusión social, destitución de poder político y desvalorización cultural” (Barata, 2009:66).

---

<sup>6</sup> Es importante destacar que, a pesar del enfoque en la población afrodescendiente, las poblaciones indígenas también han sido impactadas por el racismo ambiental en condiciones sanitarias aún más precarias en términos relativos –sobre todo los domicilios indígenas en áreas urbanas– conforme apunta Raupp (2017). Como resultado de este escenario, las enfermedades infecto-parasitarias poseen un gran impacto en la salud indígena, sobre todo en niños menores de 5 años, cuya morbilidad por diarrea los ha victimado históricamente (CNDSS, 2008).

<sup>7</sup> Marco internacional sobre el racismo.

## Saneamiento e insalubridad ambiental en contextos de racismo ambiental

Comprendiendo el racismo institucional como la “negligencia” del Estado con la población afrodescendiente en la garantía de servicios, obras, políticas públicas y derechos humanos (básicos y fundamentales), se verifica la existencia de una relación entre el racismo institucional y la salud ambiental en saneamiento con respecto a la salud, al medio ambiente ecológicamente equilibrado y al saneamiento básico.

Históricamente las poblaciones pobres, desposeídas y pertenecientes a minorías étnico-raciales<sup>8</sup> han sido ubicadas próximas a las instalaciones de desagüe y basura, y expuestas a condiciones inadecuadas de saneamiento en virtud de políticas ambientales discriminatorias. Merece destaque el carácter racial de este proceso en la medida en que algunos grupos están más sujetos que otros, revelando que “la desigualdad ambiental tiene especificidad racial” (Acselrad, 2004:31), como denuncia la concepción del racismo ambiental.

El término racismo ambiental fue usado por primera vez por Benjamim Chavez en Carolina del Norte (Estados Unidos) en 1978 durante las protestas contra la instalación de vertederos de policlorobifenilos (PCB), compuestos altamente tóxicos (Roberts & Toffolon-Weiss, 2004). Se entiende por racismo ambiental cualquier política, práctica o directiva conducida por instituciones gubernamentales, jurídicas, económicas, políticas y militares que afecte o perjudique racialmente, de formas diferentes, voluntaria o involuntariamente, las condiciones ambientales de vivienda, trabajo u ocio de las personas, grupos o comunidades (Bullard, 2005).

En ese sentido, vale destacar algunos puntos: primero, que “el racismo ambiental no se refiere solo a las acciones que tienen una intención racista, sino que incluyen también acciones que tienen un impacto racista, independiente de su intención” (Roberts & Toffolon-Weiss, 2004:81); segundo, que el racismo ambiental es una forma de racismo institucional desde que la omisión de las políticas públicas favorece que rijan en el medio ambiente determinantes de la desigualdad social y racial, resultando en desigualdades raciales, explotación política y enfrentamiento de los peores problemas ambientales por las comunidades afrodescendientes (Bullard, 2004; Acselrad, 2004).

---

<sup>8</sup> Hay investigadoras(es) que utilizan el término étnico o étnico-racial para contemplar también la diversidad (étnica) dentro del propio grupo racial (por ejemplo, bantúes y *criolos* son etnias afrodescendientes). La categoría “étnico” es bastante utilizada cuando la discusión incluye a los indígenas para diferenciar y valorizar a los diversos grupos, como tupiniquim y guaraní. Munanga (2003) recuerda que la raza tiene un contenido morfológico, mientras que el de la etnia es sociocultural, histórico y psicológico. A pesar de que no son sinónimos, el racismo en cuanto ideología opera – parasita (según el autor) tanto sobre la raza como sobre la etnia, de forma que jerarquiza, deshumaniza y justifica la discriminación existente.

También importa resaltar que la vivencia en condiciones socio-ambientales precarizadas, sumadas a las desigualdades de poder en los procesos decisorios, constituyen procesos dentro del alcance del racismo ambiental (Bullard, 2004). Aún sin perder de vista que el bajo nivel de renta, tanto individual como domiciliar, ha espacializado a la población afrodescendiente a áreas cuyo “entorno sea deficiente, desgastador y productor de enfermedades” (Brasil, 2013:13), marcado por “características indeseables de vivienda”. O sea, debido a la inadecuación/inexistencia de servicios de saneamiento básico y energía eléctrica, alta densidad poblacional y construcción de viviendas con materiales precarios.

De este modo, se incluye en el debate del racismo ambiental a las carencias del saneamiento básico que afectan la salud y las vidas tanto de las poblaciones afrodescendientes urbanas de favelas, periferias y suburbios como de las poblaciones afrodescendientes tradicionales del campo, de los bosques y de las aguas, como las *quilombolas*, *caiçaras*, marisqueiras, pescadoras, extractivistas, *quebradeiras de coco*, ribereñas y *seringueiras*. Tales experiencias en materia de saneamiento marcadas por condiciones ambientales insalubres (en vivienda, trabajo u ocio) incluyen: no acceso al agua (potable o no) y a las instalaciones sanitarias; disputa por el uso del agua y privatización indebida de recursos hídricos; vertido de desagüe y contaminación de los cuerpos hídricos; disposición inadecuada y vertido clandestino de residuos (domésticos o tóxicos); viviendas en laderas peligrosas o en las orillas de los cursos de agua, sujetas a deslizamientos e inundaciones; y vivencia en basureros, áreas de inundaciones, vaciaderos de basura y vertederos de desechos químicos.

## **La salud ambiental en saneamiento de la población afrodescendiente del Brasil Colonial al Brasil actual**

Las condiciones de saneamiento constituyen un tema importante en los contextos de racismo ambiental. Su origen histórico se remonta al periodo colonial, cuando la población afrodescendiente esclavizada, a pesar de no tener acceso al saneamiento, eran quienes realizaban los servicios de saneamiento de las casas-grandes<sup>9</sup>, mansiones, reparticiones públicas y de la ciudad (Chalhoub, 1996; Conrad, 1985; Karasch, 2000; Klein, 1987). Es decir, los cuerpos afrodescendientes eran los propios sistemas de saneamiento de la ciudad.

Por lo tanto, el contexto colonial fue determinante y fundacional –y fulminante– en el cuadro epidemiológico de la población afrodescendiente, afectando sus condiciones de higiene y salud al instituir las enfermedades relacionadas con el

---

<sup>9</sup> Nota de la traductora: El término se refiere a la residencia señorial de los grandes propietarios rurales en el Brasil colonial e imperial.

saneamiento ambiental inadecuado<sup>10</sup> (DRSAI, por sus siglas en portugués). El concepto fue acuñado por Costa *et al.* (2004), basado en las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1985, 1997), denominadas también enfermedades relacionadas con el abastecimiento de agua y desagüe, de acuerdo con el *Manual de saneamiento* (Funasa, 2015).

La mortalidad por enfermedades vinculadas a las condiciones precarias de saneamiento e higiene marcó la historiografía del tráfico negrero y de los abarrotados e insalubres barcos tumba, sea por las rudimentarias instalaciones sanitarias y de higiene, sea por las condiciones de la comida y del agua de consumo. Se estima que de uno a dos millones de africanos perdieron sus vidas en la travesía forzada del transatlántico, siendo la precariedad del saneamiento la responsable de la disentería (cólera), la mayor causa de muerte durante esos viajes (Chalhoub, 1996; Conrad, 1985; Klein, 1987).

Las condiciones insalubres también estuvieron presentes en periodos de cuarentena y en el mercado negrero, situaciones en las que la alta mortalidad como consecuencia de las pésimas condiciones de higiene y saneamiento que, sumadas a las malas condiciones de alimentación, también favorecieron la proliferación de zancudos, suciedades y enfermedades epidémicas. Tras el proceso de venta de estas personas, tales condiciones sanitarias se agravaron por las viviendas precarias como sótanos oscuros y húmedos, o cubículos minúsculos, muchas veces infestados de ratas e insectos (Farias *et al.* 2006; Karasch, 2000; Silva, 1988).

Además, muchos afrodescendientes esclavizados vivían y trabajaban en lugares donde proliferaban zancudos transmisores de malaria, como pantanos, áreas de inundaciones por lluvias, áreas de desecho de basura y excrementos, vertederos, cementerios, hospitales y prisiones. Así, lugares de trabajo sin sistema de drenaje y de alcantarillado, sin letrinas o baños, y calles repletas tanto de excrementos de animales y humanos como de animales y afrodescendientes esclavizados muertos fueron determinantes para el cuadro de morbimortalidad de esta población (Karasch, 2000).

---

<sup>10</sup> Se comprende por DRSAI (Costa *et al.*, 2004) a las enfermedades relacionadas con el agua, excretas y residuos, además de los grupos de enfermedades infecto-parasitarias (DIP, por sus siglas en portugués) y de enfermedades infecciosas e intestinales (DII, por sus siglas en portugués), a saber: (1) enfermedades de transmisión feco-oral: diarreas, fiebres tifoideas y hepatitis A; (2) enfermedades transmitidas por un insecto vector: dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis (cutánea y visceral), filariasis linfática, malaria y enfermedad de Chagas; (3) enfermedades transmitidas por contacto con el agua: esquistosomiasis y leptospirosis; (4) enfermedades relacionadas con la higiene: enfermedades de los ojos, tracoma, conjuntivitis, enfermedades de la piel y micosis superficiales; (5) geohelmintos y teniasis: helmintiasis y teniasis. A su vez, según el *Manual* de Funasa (2015), son enfermedades relacionadas con el abastecimiento de agua: (1) enfermedades diarreicas y verminosis: cólera, giardiasis, criptosporidiosis, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, amebiasis, hepatitis infecciosa (virus "A" y "B") y ascariasis; (2) enfermedades de la piel: impétigo, dermatofitosis y micosis, escabiosis y piodermitis; (3) enfermedades de los ojos: conjuntivitis (virus y bacterias); (4) transmitidas por vectores: malaria, dengue, fiebre amarilla y filariasis; (5) asociada con el agua: esquistosomiasis y leptospirosis. Constituyen enfermedades relacionadas con el desagüe: (1) bacterias: fiebre tifoidea y paratifoidea, cólera y diarrea aguda; (2) virus: hepatitis A y E, poliomielitis y diarrea aguda; (3) protozoarios: diarrea aguda y toxoplasmosis; (4) helmintos: ascariasis, tricuriasis, ancilostomiasis, esquistosomiasis, teniasis y cisticercosis.

En consecuencia, las principales enfermedades eran infecto-parasitarias, como la tuberculosis, disentería, viruela, tétanos y malaria, agravadas por las pésimas condiciones de vida, vivienda, alimentación y trabajo. La diarrea, gastroenteritis, hepatitis y enteritis acabaron con la vida de miles de cautivos, con destaque para el cólera. Las enfermedades por parásitos también fueron fatales para la población afrodescendiente ya que, con la alimentación precaria, el ciclo de reproducción de la anquilostomiasis casi siempre terminaba con la muerte del huésped afrodescendiente. La disentería bacilar, por ejemplo, era una de las enfermedades más veloces y fatales, llevando a óbito en tres o cuatro días, mientras que la disentería amebiana era más recurrente y con mayor probabilidad de supervivencia (Farias *et al.*, 2006; Karasch, 2000).

En aquel momento, la esperanza de vida de una persona afrodescendiente era de 23 años, siendo que un tercio no sobrevivía antes de completar un año y casi la mitad de los niños no lograba superar los 5-10 años de edad. La inexistencia de saneamiento, aunada al hábito de jugar en calles repletas de heces y de colocarse tierra en la boca, propició que muchos niños fueran infectados por la nigua o pique, lombrices, oxiuriasis y anquilostomiasis. Debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad, niños y ancianos eran las mayores víctimas de los óbitos por diarrea y de las enfermedades relacionadas con las condiciones inadecuadas en saneamiento (Karasch, 2000; Klein, 1987).

En el siglo XIX, muchas personas afrodescendientes esclavizadas seguían muriendo de diarrea, lombrices y parásitos. Según Karasch (2000:239), “lo que en realidad debilitaba y mataba a los esclavos, especialmente a los niños, no era la lombriz en sí sino la combinación de desnutrición y lombrices (y tal vez parásitos de la malaria), de lo cual la anemia y diarrea eran a menudo los únicos síntomas”.

Tales condiciones propiciaban que muchas otras perturbaciones gastrointestinales, además de lombrices y parásitos, provocaran diarreas y contribuyeran a empeorar las condiciones de salud de la población afrodescendiente esclavizada. Por ejemplo, la hepatitis, que también ocurre en ambientes con condiciones sanitarias deficientes, era muy común, lo que se sumaba a los bajos patrones socioeconómicos, la nutrición deficiente, el duro estrés y el exceso de trabajo, contribuyendo con el cuadro de alta mortalidad por esas enfermedades (Karasch, 2000).

A inicios del siglo XXI se organizó una agenda enfocada en la salud de la población afrodescendiente brasileña. Movilizada sobre todo por los movimientos afrodescendientes, que denunciaron las injusticias y desigualdades en salud sobre esta parte de la población brasileña ocasionadas por la omisión del Estado, dicha agenda resultó en la PNSIPN, centrada en la equidad racial en salud (Brasil & Trad, 2012). Otros importantes marcos legales se establecieron, como la Declaración y el Plan de Acción de la Conferencia de Durban (Conferência..., 2001), la ley de saneamiento

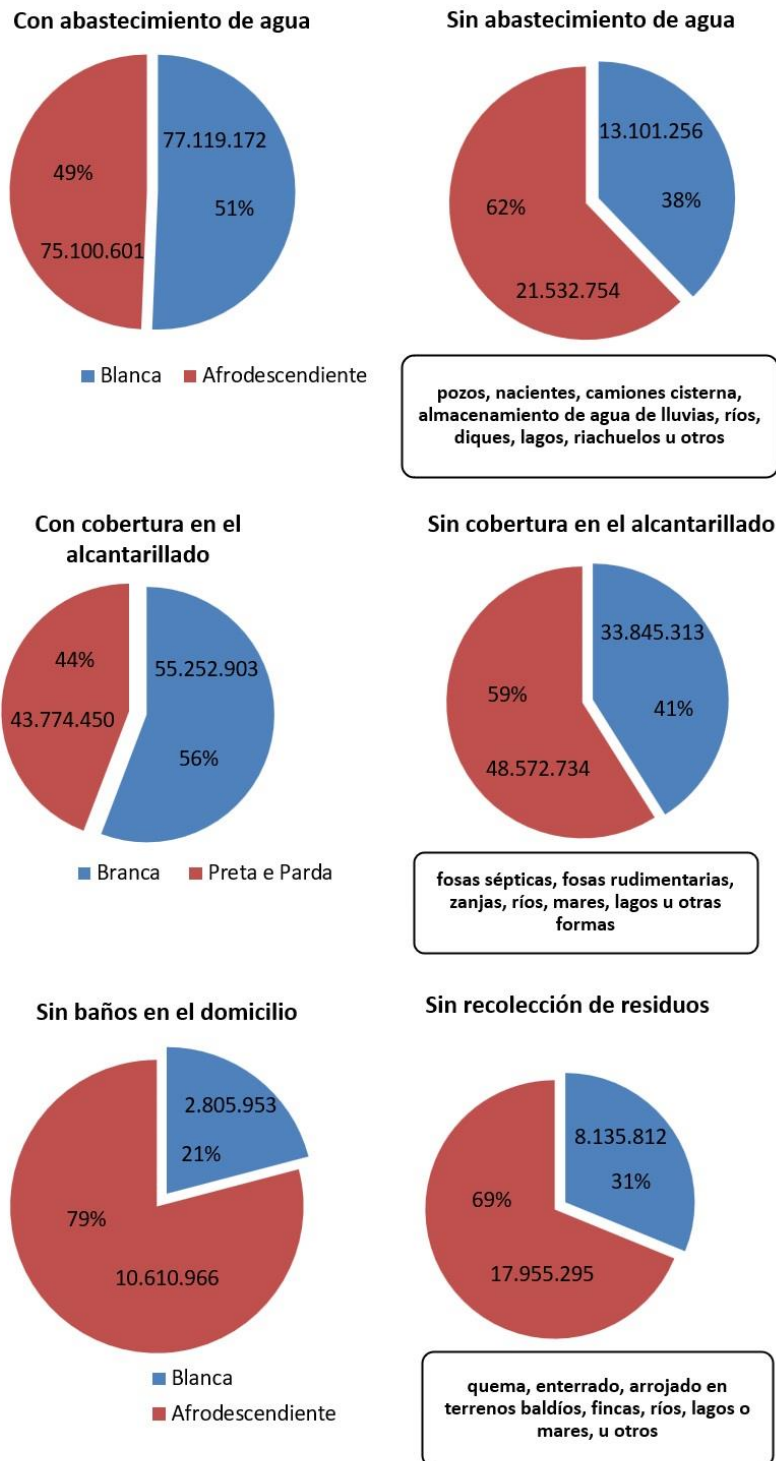
(Brasil, 2007) y el Estatuto de la Igualdad Racial (Brasil, 2010), que recomiendan y aseguran que las poblaciones afrodescendientes urbanas (de favelas, barriadas y áreas urbanas infrautilizadas, degradadas o en proceso de degradación) y tradicionales (como cimarronas, ribereñas y otras) tengan prioridad en los programas de saneamiento.

Pese a ello, aún hoy una parte significativa de la población afrodescendiente brasileña sobrevive en condiciones sanitarias semejantes a las del Brasil Colonial. De este modo, en el escenario brasileño revelado en el Censo 2010, se verificó que el 48% de la población brasileña era blanca y 51% era afrodescendiente. No obstante, estos porcentajes no guardan correlación en el análisis de las condiciones de saneamiento, lo que evidencia una sobrerrepresentación de la población afrodescendiente en condiciones ambientales insalubres de vivienda debido a que el 61% de la población sin cobertura en el abastecimiento de agua era afrodescendiente y solo el 37% era blanca; el 67% de la población sin acceso a la recolección de residuos era afrodescendiente y solo el 30% era blanca; el 58% de la población sin cobertura en el alcantarillado era afrodescendiente y el 40% era blanca; y el 76% de la población sin servicios higiénicos era afrodescendiente y solo el 20% era blanca.

Esto significa que, en términos absolutos, en el Brasil de 2010 había 21 532 754 personas afrodescendientes cuyo abastecimiento de agua se realizaba por medio de pozos, nacientes, camiones cisterna, almacenamiento de agua de lluvias, ríos, diques, lagos, riachuelos u otros. Había 17 955 295 personas afrodescendientes que quemaban, enterraban o arrojaban su basura en terrenos baldíos, fincas, ríos, lagos o mares, incluyendo otras formas de destino. Había 48 572 734 personas afrodescendientes cuyos desagües se destinaban a fosas sépticas, fosas rudimentarias, zanjas, ríos, mares, lagos u otras formas; o incluso, la existencia de 10 610 966 personas afrodescendientes bajo condiciones alarmantes y precarias de no tener siquiera baños en el domicilio, conforme la Figura 1.

De esta manera, se constata la importancia del racismo ambiental en la producción de una realidad marcada por la insalubridad ambiental, en la medida en que el saneamiento es uno de los factores de su promoción; es decir, provee las condiciones materiales y sociales que aseguran el pleno goce de la salud y bienestar por inhibición, prevención o impedimento de endemias y epidemias transmitidas por el medio ambiente (Funasa, 2015). En la práctica, estos datos evidencian la brecha racial en la oferta de políticas públicas de saneamiento, revelando una línea proporcional entre la precarización del servicio prestado y el ennegrecimiento de la población no atendida, exponiendo a la población afrodescendiente a formas precarizadas de acceso al agua y de destino del desagüe y de los desperdicios y, consecuentemente, volviéndola más vulnerable a riesgos de la salud.

**Figura 1.** Perfil racial de la inadecuación en saneamiento básico, Brasil, 2010  
(Comparación entre población afrodescendiente y blanca)



Fuente: Adaptado del IBGE (2010) con la colaboración de Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira (IBGE/RJ).

Esto se verifica en los datos del DataSUS (Brasil, 2006). De 1996 a 2014, 231 087 brasileños murieron de DRSAI. De estas muertes, 23% no presentan identificación racial y de los 77% que registraron el ítem sobre color, 55% son afrodescendientes y 43% blancas, una diferencia porcentual de 12% que equivale a más de 21 270 óbitos. El total de óbitos de la población afrodescendiente en Brasil por estas DRSAI<sup>11</sup> en ese periodo es de 97 897 personas –equivalente a la caída de 710 aviones<sup>12</sup>– muriendo por enfermedades evitables del siglo XVI. Es decir, es como si 40 aviones se estrellaran anualmente con una tripulación afrodescendiente a bordo, teniendo al Estado como piloto, a las instituciones sociales como copilotos y a la sociedad como auxiliares de vuelo.

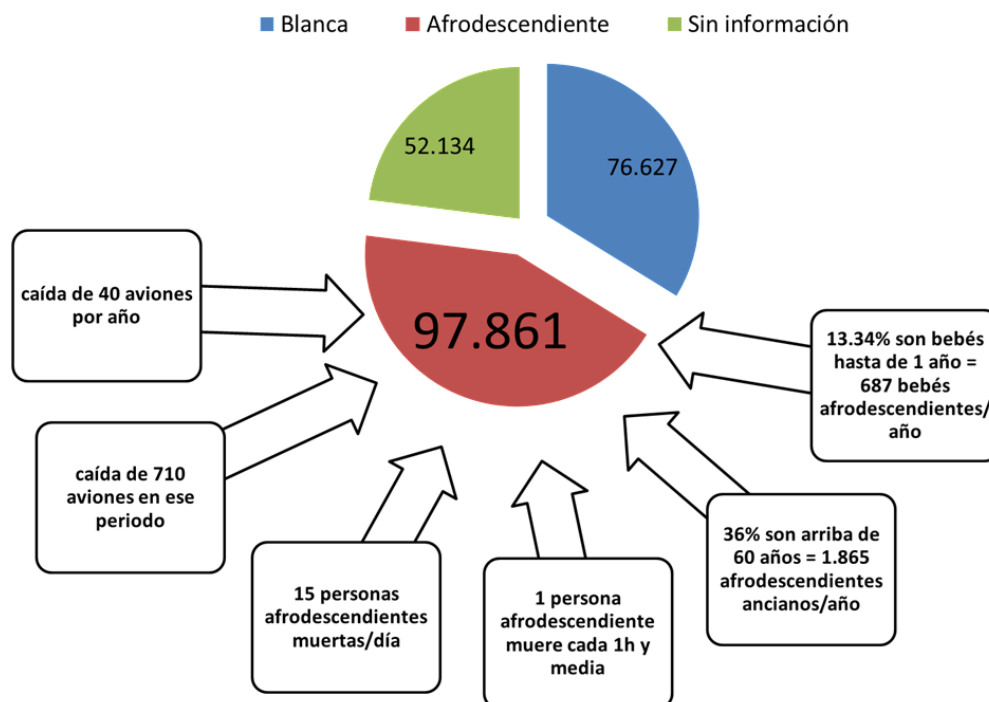
En términos prácticos, esto significa que, en Brasil, una persona afrodescendiente muere cada hora y media por falta de saneamiento. Es importante resaltar, como se muestra en la Figura 2, que el 50% de cada Boeing –de esa tripulación con rumbo a la muerte– tiene sus asientos ocupados por bebés de hasta un año (13.34%, lo que equivale a 687 bebés afrodescendientes/año) y ancianos afrodescendientes (de más de 60 años, sumando 36%, lo que equivale a 1 865 ancianos afrodescendientes/año). Así como en el periodo colonial, niños y ancianos afrodescendientes siguen más vulnerabilizados.

En este panorama, las condiciones de vida de la población afrodescendiente (y indígena) siguen siendo vulnerabilizadas, marginadas y menospreciadas, produciendo histórico-cotidianamente condiciones precarias para vivir. Como si el genocidio por homicidios de jóvenes afrodescendientes de las periferias no bastara, la muerte por saneamiento ha afectado enormemente a bebés y ancianos afrodescendientes, además de los jóvenes. Es como si morir fuese nuestro destino, en la infancia por saneamiento, en la juventud por bala, en la vejez por saneamiento.

---

<sup>11</sup> Aquí se consideraron tanto las enfermedades directamente relacionadas con la falta de saneamiento como aquellas agravadas por no tener un saneamiento adecuado para la higiene personal. Es decir, además de las enfermedades de transmisión feco-oral y por contaminación del agua, se consideraron las causadas por vectores asociados a la falta de saneamiento y a condiciones ambientales insalubres. Así, las enfermedades consideradas son: cólera, fiebres tifoidea y paratifoidea; amebiasis, diarrea y gastroenteritis con origen infeccioso presumido; tuberculosis respiratoria con confirmación bacteriológica e histológica; fiebres transmitidas por mordeduras de rata; leptospirosis, lepra, dengue, fiebre hemorrágica debido al virus del dengue, fiebre amarilla, hepatitis aguda A, malaria por *Plasmodium falciparum*, malaria por *Plasmodium vivax*, malaria por *Plasmodium malariae*, otras formas de malaria confirmadas por exámenes parasitológicos, malaria no especificada (NE), leishmaniasis, esquistosomiasis, filariasis, ancilostomiasis, ascariasis, estrogiloidiasis, tricuriasis, oxiuriasis, otras helmintiasis intestinales no clasificadas en otra parte (NCOP), parasitosis intestinal NE, otras helmintiasis, secuelas por tuberculosis y secuelas por lepra.

<sup>12</sup> Cálculo realizado a partir del modelo Boeing 737-700, utilizado por la compañía Gol, con capacidad para 138 pasajeros.

**Figura 2.** Perfil racial de mortalidad por DRSAI, Brasil, 1996 a 2014

Fuente: Adaptado de Brasil (2016).

Es importante señalar que es previsible que la realidad de la población afrodescendiente sea aún peor en lo que se refiere a la embestida de enfermedades y su evolución en óbitos por DRSAI, ya que muchos casos están subnotificados y el 23% – valor significativo a nivel estadístico– de los casos que se enmarcan en la categoría “sin información” pueden haber sido desatendidos debido al racismo institucional, a lo que suma que el público mayoritario del SUS es afrodescendiente, así como la población sin saneamiento, conforme la Figura 1. Aun así, los números son expresivos.

Asimismo, cabe considerar que el número de personas afrodescendientes que enferman por carecer de saneamiento es aún mayor: solo de enero de 2008 a octubre de 2016 casi dos millones fueron internadas debido a enfermedades de saneamiento en Brasil (Brasil, 2016), tomando en cuenta solo los datos oficiales y descartando las subnotificaciones.

Este contexto revela, como señala Werneck (2016), que las decisiones de política y gestión de la salud han resultado insuficientes o ineficientes para reducir y eliminar las vulnerabilidades que afectan la salud y la calidad de vida de la población afrodescendiente, incluso en el trato desigual producido o perpetuado por el SUS, y aumentan su vulnerabilidad en materia de derechos humanos a partir del racismo institucional. “En el caso de la salud de la población afrodescendiente, el medio ambiente –que excluye y niega el derecho natural de pertenencia– determina

condiciones especiales de vulnerabilidad” individual, social y programática, derivada de fenómenos socioculturales, políticos y económicos (Lopes, 2005a:55).

De este modo, las experiencias marcadas por el racismo ambiental exponen a la población afrodescendiente a riesgos y condiciones que son el resultado de la no consideración de dicho grupo en las tomas de decisiones ambientales y la planificación urbana, promoviendo la destrucción ecológica y explotando la vulnerabilidad de estas poblaciones destituidas de derechos económicos y políticos. Una situación que está impregnada por el legado de la esclavitud y la resistencia blanca frente a la justicia equitativa (Bullard, 2004, 2005).

Entonces, se verifica que el racismo es un importante factor de distribución selectiva de las personas en el ambiente físico, en el uso del suelo, en los patrones habitacionales y en el desarrollo de infraestructura. Por ejemplo, ha sido determinante en la explicación de las condiciones de las favelas de Brasil y en la oferta deficiente de infraestructura en saneamiento, salud, seguridad y transporte público para la población afrodescendiente residente. De esta manera, el racismo ha privilegiado a los blancos y ha sido un componente que explica la desigualdad social, la explotación política, la segregación social y la falta de salud y bienestar de la población afrodescendiente brasileña (Bullard, 2004).

Finalmente, es importante indicar que la degradación ambiental interfiere directamente en las posibilidades de una existencia digna para el ser humano, expuesto a condiciones insalubres de racismo ambiental en las que sectores de la sociedad y del Estado tratan a la propia población afrodescendiente como insalubre. Es importante comprender y actuar en pro de la dimensión ecológica de la dignidad humana de las poblaciones privadas de derechos básicos de sobrevivencia y de calidad de vida, e impactadas por el racismo ambiental. Al final, como recuerda Lopes (2005a), la promoción de la equidad racial pasa necesariamente por la garantía de la salud y la dignidad como derechos humanos.

## **Consideraciones finales**

El racismo ambiental y la salud ambiental en saneamiento son de extrema relevancia en la comprensión del cuadro epidemiológico de la salud de la población afrodescendiente, en la medida en que se verifica que hay un perfil racial en el no acceso al saneamiento y, consecuentemente, en la mortalidad por DRSAl. Por ello, la politización de los procesos de salud-enfermedad es esencial para comprender las múltiples caras del racismo como determinante social de la salud, en un contexto de “enfermedades de la pobreza”, “enfermedades desatendidas” y “enfermedades evitables” que ofrece pistas sobre las dimensiones sociales, económicas y políticas que (re)producen un cuadro político-epidemiológico de vulnerabilidad de la salud, del

cuerpo y de la vida de la población afrodescendiente, aumentando los condicionantes sociales que la exponen a riesgos y determinan su nacer, vivir, enfermar y morir.

De este modo, busqué mostrar cómo la vigencia del racismo ambiental es un hecho histórico que se remonta al periodo colonial. Desde los barcos tumba hasta los actuales espacios afrodescendientes marginados de la planificación urbana estatal (favelas, periferias, suburbios, barriadas, etc.), la población afrodescendiente ha sido despojada de un derecho básico: el acceso al saneamiento básico. Por lo tanto, se verifica un *continuum* colonial, una continuidad de las violencias y desigualdades colonialistas y sus mecanismos de reactualización en el no reconocimiento de las personas afrodescendientes como sujetos; tampoco como humanos. Por eso, se le instituye una política que le niega sus derechos (como sujetos de derechos) y su dignidad (humana).

En este contexto, el papel del Estado es vital para mantener esta historicidad secular de “negligencia” hacia las condiciones básicas de higiene y salud de este grupo. Al no garantizar el derecho a la ciudad y a la salud ambiental en saneamiento para la población afrodescendiente, el Estado ha utilizado el saneamiento como un sofisticado dispositivo político para violentar y asesinar a los cuerpos considerados matables, tanto al ausentarse del papel en la promoción de la salud vía políticas públicas como en la precarización del SUS, que no logra atender y revertir el cuadro de mortalidad por DRSAI.

Se explicita, entonces, un escenario de genocidio eugenésico, es decir, una producción racializada de la muerte en masa vía violencia de Estado y sus mecanismos de (bio/necro) control racial, responsables de instituir una política de muerte, limpieza racial y blanqueamiento de la sociedad brasileña. Se trata de una política higienista y eugenésica que ha perdurado siglos y cuya marca es la producción de vulnerabilidades políticas, materiales y simbólicas por medio de acciones, discursos, estigmas, “omisiones” y condiciones donde/cuando el cuerpo afrodescendiente es tratado como despreciable, desechable y matable, en paralelo a la violación de su salud, ciudadanía y dignidad.

Esta negación de derechos humanos –tan básicos y fundamentales– debido a la “negligencia” del Estado, que caracteriza al racismo institucional, sitúa la discusión sobre el racismo ambiental en la arena del poder ya que las propias poblaciones afrodescendientes impactadas por la “omisión” del Estado son, a su vez, excluidas de los espacios y procesos deliberativos y decisorios de poder, como en la elaboración y fiscalización de las políticas urbanas (ambientales, de salud y de vivienda, entre otras) de su interés. Obviamente, esta destitución política también tiene implicaciones en la dimensión material, ya que este contingente poblacional también está desprovisto de condiciones económicas que propicien mejoras ambientales en su domicilio o para que habiten en lugares con infraestructura en saneamiento básico. Esto significa que en las experiencias marcadas por el racismo ambiental se produce una doble destitución:

la del poder y el material. Existe, además, una tercera dimensión, simbólica y subjetiva, que no se ha abordado en este artículo y que concierne al afrodescendiente sucio, inmundo, apestoso, asunto que se discute oportunamente en Jesus (2022) y Jesus y Penha (2023).

Vale destacar que esta “negligencia” consiste, en realidad, en el propio racismo institucional y subjetivado. Se observa una autodesresponsabilización del Estado en su papel social, en sintonía con las perspectivas (neo)liberales pero también coloniales, cuando ya regía la lógica inhumana, desigual, exploratoria y degradante del Estado en detrimento del medio ambiente y de las poblaciones afrodescendientes y indígenas. Por lo tanto, no es una mera “negligencia” al azar, fortuita e inconsciente, sino una política cuya finalidad es el mantenimiento del poder y del *status quo*, dado que hay objetividad, racionalidad y operacionalidad en ese racismo institucional, disfrazado de “negligencia”. Porque al ignorar la variable racial como factor de desigualdad y criterio en la designación de políticas públicas, se continua sin medir las desigualdades raciales y, por lo tanto, no se las combate, reactualizando e invisibilizando el *continuum* colonial de producción y reproducción del racismo institucional en sus diversas facetas.

Dicho de otro modo, la “negligencia” de las políticas sociales se ha visto retroalimentada por la “negligencia” académico-científica, convirtiéndolo en un problema social e histórico en Brasil al tiempo que no ha sido elevado a problema sociológico en los estudios científicos. A pesar de que una persona afrodescendiente puede morir por falta de saneamiento cada hora y media, nuestras muertes han sido silenciadas, banalizadas, naturalizadas y producidas con consentimiento (pero sin sentimiento). El racismo ambiental y su impacto en la salud ambiental de la población afrodescendiente aún siguen silenciados en las investigaciones de las ciencias sociales en salud y saneamiento; en tanto mecanismo de actualización del racismo institucional (y ambiental), han sido eludidos por la producción científica y se han circunscrito a la actuación de algunos colectivos afrodescendientes del país.

Teniendo esto en cuenta, la falta de acceso al saneamiento y la mortalidad por DRSAI según raza constituyen potentes indicadores de la desigualdad racial que deben ser explorados en programas, políticas públicas y análisis, dado que el saneamiento se ha constituido como un privilegio (y no como derecho) y como un mecanismo de control racial. Por eso, es importante que la PNSIPN incluya las DRSAI en su ámbito de atención y actuación, de tal modo que la relación entre raza y DRSAI sea considerada como indicador de mensuración de desigualdades y criterio de planificación para priorizar las áreas más insalubres en la toma de decisiones sobre la designación de políticas públicas (de saneamiento, de salud y otros asuntos sociales).

También son fundamentales las investigaciones cuantitativas y cualitativas que profundicen este análisis exploratorio tanto a escala de lo cotidiano como a escala local/regional, ya sea mediante estudios de caso o comparativos, cuyos recortes temporales y espaciales expongan las proporciones de las enfermedades y poblacionales según raza. Para ello, es necesario que las bases de datos de las instituciones públicas nacionales –como la base completa del DataSUS y del IBGE: aglomerados subnormales, Encuesta Nacional por Muestra de Domicilio (PNAD, por sus siglas en portugués) y Censos, por ejemplo– hagan accesible la posibilidad de cruzar datos con la variable color/raza, cuyo acceso está restringido o es inexistente, para que se puedan construir investigaciones y teorías que visibilicen y amplíen la comprensión de los mecanismos del racismo institucional y ambiental.

Finalmente, urgen análisis y acciones que incluyan el racismo ambiental y la salud ambiental en materia de saneamiento de la población afrodescendiente en las agendas políticas y de investigación. Comprender la importancia y el impacto del saneamiento en la salud de la población afrodescendiente, además de fortalecer el control social de los colectivos y movimientos sociales afrodescendientes en los procesos decisorios y deliberativos de las políticas que afecten sus condiciones de vida, vivienda y trabajo, son condiciones urgentes para revertir este panorama histórico de inequidades y desigualdades raciales. Por lo tanto, garantizar la salud ambiental en materia de saneamiento para la población afrodescendiente es una condición básica para hacer efectiva la ciudadanía-democracia brasileña y la humanidad de una población que aún vive las marcas instituidas por el colonialismo en pleno Estado Democrático de Derecho.

## Referencias



- ACSELRAD, Henri. (2004). “Justiça ambiental: ação coletiva e estratégias argumentativas”, in H. Acselrad, S. Herculano y J. A. Pádua. (orgs.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 23-39.
- BARATA, Rita B. (2001). “Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença”. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, pp. 138-145.
- BARATA, Rita B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BASTOS, João L.; FAERSTEIN, Eduardo. (2012). *Discriminação e saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- BRASIL. (1988). *Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado.
- BRASIL. (2016). Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (SIM/SUS). Mortalidade – Brasil. Período: 1996-2014*. Brasília, DF. [Accessed 30-12-2016]. Available at <https://tabnet.datasus.gov.br/>
- BRASIL. (2007). “Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 jan. 2007. [Accessed 01-05-2014]. Available at [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/11445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11445.htm)

- BRASIL. (2010). “Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010”. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 jul. 2010. [Accessed 01-01-2017]. Available at [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm)
- BRASIL. (2011). Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Racismo como determinante social de saúde*. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília, DF.
- BRASIL, Sandra A.; TRAD, Leny A. B. (2012). “O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro”, in L. E. Batista, J. Werneck y F. Lopes. (orgs.), *Saúde da população negra*. Brasília, ABPN, pp. 70-97.
- BULLARD, Robert. (2004). “Enfrentando o racismo ambiental no século XXI”, in Acsegrad, S. Herculano y J. A. Pádua. (orgs.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 41-68.
- BULLARD, Robert. (2005). “Ética e racismo ambiental”. *Revista Eco 21*, Rio de Janeiro, ano XV, n. 98.
- CHALHOUB, Sidney. (1996). *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo, Companhia das Letras.
- CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final*. Brasília. [Accessed 19-04-2018]. Available at [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)
- CONFERÊNCIA Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. (2001). *Declaração e plano de ação*. Durban/Brasília, Fundação Cultural Palmares.
- CONRAD, Robert E. (1985). *Tumbeiros: o tráfico de escravos para o Brasil*. São Paulo, Brasiliense.
- COSTA, A. M. et al. (2004). “Impactos na saúde e no Sistema Único de Saúde decorrentes de agravos relacionados a um saneamento ambiental inadequado”, in Brasil. Fundação Nacional de Saúde, *Caderno de pesquisa de engenharia de saúde pública*. Brasília, DF, Funasa, pp. 5-26.
- CUNHA, E. M. G. P. (2012). “Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios”, in L. E. Batista, J. Werneck y F. Lopes (orgs.). *Saúde da população negra*. Brasília, DF, ABPN, pp. 37-48.
- FARIAS, Juliana B.; GOMES, Flávio dos S.; SOARES, Carlos Eugênio L.; MOREIRA, Carlos Eduardo de A. (2006). *Cidades negras: africanos, crioulos e espaços urbanos no Brasil escravista do século XIX*. São Paulo, Alameda.
- FUNDAÇÃO Nacional da Saúde. (2015). *Manual de saneamento*. 4. ed. Brasília, DF.
- GARCIA, Antônia S. (2009). *Desigualdades raciais e segregação urbana em antigas capitais: Salvador, cidade d’Oxum e Rio de Janeiro, cidade de Ogum*. Rio de Janeiro, Garamond.
- GELEDÉS. (2013a). *Racismo institucional: uma abordagem conceitual*. São Paulo [Accessed 21-04-2018]. Available at <https://www.geledes.org.br/biblioteca/racismo-institucional-uma-abordagem-conceitual/>
- GELEDÉS. (2013b). *Guia de enfrentamento do racismo institucional*. São Paulo [Accessed 21-04-2018]. Available at <https://www.geledes.org.br/biblioteca/guia-de-enfrentamento-do-racismo-institucional/>
- GIL, Antonio C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo, Atlas.
- HELLER, Léo. (1998). “Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, pp. 73-84. [Accessed 30-04-2026].

- INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo 2010*. Rio de Janeiro [Accessed 23-03-2020]. Available at <https://censo2010.ibge.gov.br/>
- JESUS, Victor de. (2022). “El olor del racismo en la cultura político-afectiva higienista brasileña: el saneamiento de lo cuerpo-desecho”. *Psicologia & Sociedade*, v. 34, e257400. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34257400-es>
- JESUS, Victor de; Penha, S. R. da. (2023). “O discurso do lixo: uma análise psicanalítica e sociopolítica dos mecanismos simbólicos do racismo brasileiro”. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, v. 16, Edição Especial.
- KARASCH, Mary C. (2000). *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo, Companhia das Letras.
- KLEIN, Herbert S. (1987). “Vida, morte e família nas sociedades escravocratas afro-americanas”, in H. S. Klein, *A escravidão africana: América Latina e Caribe*. São Paulo, Brasiliense, pp. 157-181.
- LOPES, Fernanda. (2005a). “Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra”, in L. E. Batista y S. Kalckmann (orgs.). *Seminário Saúde da População Negra no Estado de São Paulo 2004*. São Paulo, Instituto de Saúde, pp. 53-102.
- LOPES, Fernanda. (2005b). “Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde”. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, pp. 1595-1601. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>
- MINAYO, Maria C. S. (2012). “O desafio da pesquisa social”, in Minayo, M. C. S. (org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 32. ed. Petrópolis, Vozes, pp. 9-29.
- MUNANGA, Kabengele. (2003). “Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia”, in *Anais do Seminário Nacional Relações Raciais e Educação*. Niterói, Penesb.
- ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. (1985). *Manual da Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos*. São Paulo, USP/OPS.
- ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10. rev. São Paulo, USP/OPS.
- PORTO, Marcelo F. S. (2004). “Saúde pública e (in)justiça ambiental no Brasil”, in Acselrad, H.; Herculano, S.; Pádua, J. A. (orgs.), *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 119-140.
- RAUPP, Luciane et al. (2017). “Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010”. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, pp. 1-15. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010001>
- ROBERTS, J. Timmons; TOFFOLON-WEISS, Melissa. (2004). “Concepções e polêmicas em torno da justiça ambiental nos Estados Unidos”, in H. Acselrad, S. Herculano y J. A. Pádua (orgs.). *Justiça ambiental e cidadania*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, pp. 81-95.
- ROSEMBERG, Fúlvia; PINTO, Regina P. (1995). “Saneamento básico e raça”. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 5, n. 1, pp. 29-42. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.7322/jhgd.38149>
- SANTOS, Sônia B. S. (2013). “Famílias negras, desigualdades, saúde e saneamento básico no Brasil”. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, pp. 41-53. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.18569/tempus.v7i2.1342>
- SILVA, Maria Conceição T. (1967). “Reflexão sobre o conceito de problema social – I”. *Análise Social*, v. 5, n. 17, pp. 5-22. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://www.jstor.org/stable/41007851>
- SILVA, Marilene R. N. (1988). *Negro na rua: a nova face da escravidão*. São Paulo, Hucitec.

- SOARES, Sérgio R. A.; BERNARDES, Ricardo S.; CORDEIRO NETTO, Oscar. M. (2002). “Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento”. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, pp. 1713-1724. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600026>
- SOARES FILHO, A. M. (2012). “O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão”, in L. E. Batista, J. Werneck y F. Lopes. (orgs.), *Saúde da população negra*. Brasília, DF, ABPN, pp. 49-69.
- WERNECK, Jurema. (2016). “Racismo institucional e saúde da população negra”. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, pp. 535-549. [Accessed 30-04-2026]. Available at <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>

### *Victor de Jesus*

 <https://orcid.org/0000-0001-7623-9948>  
 <http://lattes.cnpq.br/7209858618735573>

Posdoctorado y Doctorado en Ciencias Sociales por la Universidad Federal de Espírito Santo (Brasil). Profesor del Departamento de Ciencias Sociales (UFES). Intereses de investigación: Racismo ambiental, injusticia climática, salud ambiental, salud de la población afrodescendiente e inequidades interseccionales en salud. E-mail: [victordejesuscso@gmail.com](mailto:victordejesuscso@gmail.com)

### **Agradecimientos**

El autor agradece a Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira, técnico del IBGE/RJ, por su disponibilidad, colaboración y por la realización y provisión del análisis estadístico de los datos relativos a la falta de acceso al saneamiento utilizados en esta investigación –todo el resto del trabajo, desde la concepción del proyecto hasta la redacción del artículo, incluyendo el análisis y la producción gráfica de los datos del IBGE, fue realizado por el autor. El autor también agradece a la profesora Cecília Campello do Amaral Mello (IPPUR/UFRJ) por su valiosa interlocución. Finalmente, el autor expresa su agradecimiento al editor Marcelo Marques por la invitación a traducir el artículo, así como a Paola Miyagusuku Miyasato por su labor de traducción y Ariane Celestino Meireles por la revisión.

### **Traducción**

Paola Miyagusuku Miyasato (traductora) y Ariane Celestino Meireles (revisora)

**Conflicto de intereses**

El autor declara no tener conflictos de intereses de carácter personal, comercial, político, académico o financiero relacionados con la investigación, el análisis de los datos y/o la redacción del manuscrito.

**Financiación**

Este estudio fue realizado con financiación externa del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) en 2014 y 2015 en el IPPUR/UFRJ.

**Uso de IA**

No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito, en el análisis de los datos ni en la elaboración de figuras y tablas.

**Disponibilidad de datos**

Todos los datos utilizados y analizados en este estudio se presentan en el cuerpo del manuscrito (tablas, figuras y descripciones metodológicas). No existen conjuntos de datos adicionales.

**Contribuciones de autoría CRediT**

Victor de Jesus: Conceptualización; Análisis formal; Metodología; Redacción – borrador original; Redacción – revisión y edición.