



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS AFRODESCENDIENTES EN LOS PAÍSES ANDINOS



Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS AFRODESCENDIENTES EN LOS
PAÍSES ANDINOS: ORAS-CONHU; 2018.

80 p.; ilus.tab

ANÁLISIS SITUACIÓN DE SALUD/AFRODESCENDIENTES/ Derechos, determinantes, brechas/
ETNICIDAD

Diciembre, 2018
Lima, Perú

HECHO EL DEPÓSITO LEGAL EN LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ N° 2019 - 06198

Comité Editorial:

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva ORAS - CONHU
Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto ORAS - CONHU
Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional
ORAS - CONHU
Dr. Pastor Elías Murillo Martínez, Consultor

Coordinación de Publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortíz

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2019

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú
Teléfonos: (00-51-1) 422 6862 / 611 3700
<http://www.orasconhu.org/>
contacto@conhu.org.pe

Primera edición, mayo 2019

Lima, Perú

Se terminó de imprimir en mayo del 2019 en Arbel Grafica Integral SAC
Calle las Moras Nro. 276 - Independencia

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPM/OMS) en la realización de los talleres andinos para la validación del presente análisis.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE 2018

Dr. Rodolfo Rocabado Benavides
Ministro de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Dr. Emilio Santelices Cuevas
Ministro de Salud de Chile

Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo
Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública del Ecuador

Dra. Silvia Pessah Eljay
Ministra de Salud del Perú

Dr. Carlos Alvarado González
Ministro del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. Nila Heredia Miranda
Secretaria Ejecutiva

Dr. Jorge Jemio Ortuño
Secretario Adjunto



SUBCOMITÉ ANDINO DE SALUD DE AFRODESCENDIENTES

Dr. Franz Plácido Trujillo Quispe

Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. Yenive Cavieres Sepúlveda

Ministerio de Salud de Chile

Dra. Gina Carrioni Denyer

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Manuel Cujilema

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dra. Irma Bautista Nazareno

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Lic. Graciela Sánchez Navarro

Ministerio de Salud de Perú

Soc. Tania Rengifo Nakama

Ministerio de Salud del Perú

Dra. Caridad Somana

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre

Coordinadora Técnica del Subcomité Andino de Salud de Afrodescendientes. ORAS - CONHU



Quito, 6 de noviembre de 2018

Resolución REMSAA XXXVII/524

SALUD PARA POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros;

Considerando:

- Que, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015-2024) esperando alcanzar el desarrollo y la plena inclusión de los y las afrodescendientes, la promoción del conocimiento, el respeto a su cultura y combatir el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y otras formas relacionadas de intolerancia por medio del establecimiento de marcos institucionales y jurídicos nacionales en los cuales participe el Estado, sociedad civil y otros agentes.
- El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, ORAS-CONHU, en respuesta a los mandatos de la XXXVI Reunión de Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA, conformó el Subcomité Andino de Salud para afrodescendientes, elaboró un Plan Andino de Salud para la población afrodescendiente, aprobado con la Resolución REMSAA XXXVI/517 - 2017.
- Teniendo en cuenta los mandatos de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina - REMSAA y que el ORAS-CONHU en sus Planes Estratégico 2013 - 2017 y Plan Operativo 2017 considera los temas de Salud Intercultural y Salud de Afrodescendientes como prioritarios para la Subregión Andina; así como también los mandatos de la OPS relacionados con la salud de los pueblos indígenas, incluyendo a la etnicidad como eje transversal en el Plan Estratégico de la OPS; el Subcomité Andino para Afrodescendientes consideró realizar el Análisis de la Situación de Salud de la población Afrodescendiente, con el objetivo de implementar acciones en salud que respondan a sus necesidades.
- Que en la IV Reunión del Subcomité Andino de Salud para Afrodescendientes en junio de 2018 los países revisaron y actualizaron los datos presentados en el documento del ASIS para población afrodescendiente y se priorizaron acciones a realizarse en el marco del Plan Andino de Salud para Afrodescendientes.

Resuelven:

1. Aprobar el ASIS de la población afrodescendiente revisada por el Subcomité Andino de Salud para la Población Afrodescendiente, como documento de referencia para los países andinos.



2. Encargar al Subcomité Andino apoyar la implementación del Plan Andino de Salud para Afrodescendientes 2017 – 2021, el mismo que se extiende en su periodo al 2022, con énfasis en las acciones priorizadas durante la IV Reunión del Subcomité Andino de Salud para la población Afrodescendiente.
3. Encargar a la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU explorar y establecer alianzas con agencias y organismos internacionales a fin de apoyar la implementación del citado Plan de Trabajo.

CERTIFICAMOS: *Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVII Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Quito, Ecuador, el 6 de noviembre de 2018.*


DRA. SILVIA PESSAH ELJAY
MINISTRA DE SALUD DE PERÚ
PRESIDENTE DE LA XXXVII REMSAA


DRA. NILA HEREDIA MIRANDA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE





CONTENIDO

Introducción	10
1. Antecedentes	11
1.1 La Situación de los Afrodescendientes en las Agendas Internacionales y de los Países Andinos	12
1.1.1 El Derecho a la Salud de los Afrodescendientes en las Declaraciones y Planes de Acción de las Conferencias de Santiago y de Durban	13
1.1.2 El Derecho a la Salud de los Afrodescendientes en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos	13
1.1.3 Salud y Etnicidad Afrodescendiente en las Agendas Internacionales.....	15
1.2 Caracterización de la población afrodescendiente en los Países Andinos	18
1.2.1 La Población Afrodescendiente de los Países Andinos	19
1.2.2 Algunos Determinantes Sociales de la Salud de la Población Afrodescendiente de los Países Andinos	20
1.2.3 Políticas Públicas para los Afrodescendiente en los Países Andinos	25
1.3. Situación de Salud de los Afrodescendientes en los Países Andinos	28
1.3.1 Situación de la Salud de los Afrodescendientes en América Latina	29
1.3.2 Caracterización de la Salud de los Afrodescendientes en los Países Andinos	31
1.3.3 Políticas Públicas relativas al Derecho a la Salud de la Población Afrodescendiente en los Países Andinos	50



2. Temas clave	60
2.1 Los Afrodescendientes: Sujetos de Derechos Colectivos	60
2.2 El Factor Étnico-Racial en las Enfermedades más Frecuentes en Población Afrodescendientes	62
2.3 El Factor Étnico-Racial: un Determinante Social Autónomo en Salud para los Afrodescendiente	63
2.4 Las Brechas Socioeconómicas de los Afrodescendientes y su Impacto en el Cumplimiento de Metas Regionales	64
2.5 Políticas Públicas, Enfoque Diferencial y Medidas de Acción Afirmativa en Salud para los Afrodescendientes	64
2.6 Afroandinos: Racismo y Discriminación Racial Estructural, Movilidad Humana, Cambio Climático y Salud	67
2.7 El Racismo y la Discriminación Racial matan: La violencia contra las mujeres y los jóvenes afrodescendientes	69
3. Recomendaciones	73
Bibliografía	75





INTRODUCCIÓN

Este documento contribuye al análisis cualitativo de la situación de salud de los Afrodescendientes en los Países Andinos. Se elabora a través de una consultoría con el apoyo del Comité Andino de Salud Intercultural y del Subcomité Andino de Salud de Afrodescendientes, en el marco de los Planes, Estratégico y Operativo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU)¹, y de la recientemente aprobada Política sobre Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Lo anterior, se inscribe en las políticas, planes y mandatos del ORAS-CONHU, que incluye el Plan Andino de Salud para los Afrodescendientes, que consideran “los temas de Salud Intercultural y Salud de Afrodescendientes como prioritarios para la Subregión Andina” y en los mandatos de la OPS que incluyen la etnicidad como eje transversal en su Plan Estratégico 2014-2019. Así, se precisa del Análisis de la Situación de Salud de la Población Afrodescendiente, que permita la formulación de políticas en salud con enfoque intercultural, así como la adopción e implementación de planes, programas y proyectos en salud que respondan a las características y necesidades de dicha población.

El primer capítulo, antecedentes, aborda el marco para un Análisis de la Situación de Salud de los Afrodescendientes de los países miembros del ORAS-CONHU, donde se incluye una mirada al proceso de incorporación de la cuestión de los afrodescendientes y su derecho a la salud en la agendas internacionales y de los Países Andinos, una caracterización de la población afrodescendiente en estos países, un análisis de algunos determinantes sociales de la salud y de las políticas públicas adoptadas en la subregión en favor de dicha población, para cerrar con una caracterización de la situación de la salud de los afrodescendientes y de las políticas públicas relativas al derecho a la salud de manera equitativa e igualitaria con toda la población andina.

En el segundo capítulo se presentan algunos temas claves que aportan elementos de reflexión como, por ejemplo: los afrodescendientes como sujetos de derechos colectivos; las políticas públicas con enfoque diferencial y las medidas de acción afirmativa en salud para los afrodescendientes.

El tercer capítulo plantea algunas recomendaciones recogidas durante el proceso de análisis.

¹ Trabajo de consultoría desarrollado en coordinación con los miembros del Subcomité Andino de Salud para Afrodescendientes.



I. ANTECEDENTES



En América Latina, incluidos los países andinos, tras el fin de las dictaduras que terminaron hace más de tres décadas, se generaron cambios constitucionales y con ellos la eliminación de las disposiciones constitucionales que pregonaban el carácter homogéneo de las sociedades latinoamericanas. Conforme a dicha visión, reconocer la diversidad y la diferencia atentaba contra la unidad de las naciones. En **Colombia**, por ejemplo, la Constitución Política que rigió hasta el año 1991 consagraba que el país era de una sola lengua, una sola raza y una sola religión. Por el contrario, en el país subsisten más de 62 lenguas indígenas, en alrededor de 103 pueblos. Los afrodescendientes cuentan con la lengua Palenquera y el Creole de las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y miles de manifestaciones religiosas han adquirido estatus legal.

La decisión política de los países andinos tendiente a la incorporación de la dimensión afrodescendiente en las políticas de salud intercultural, tiene entre sus antecedentes el I Congreso Afrodescendiente de las Américas y el Caribe de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad organizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador con el apoyo de OPS, en cuyo contexto se crea el Subcomité Afrodescendiente de Salud de la Región Andina con el cual se amplía el espectro del Comité de Salud Intercultural, que hasta el año 2009 estuvo centrado en la población indígena. El Subcomité Afrodescendiente de Salud surge en el año 2011, a partir de las decisiones de los ministros de salud del Área Andina, por Resolución REMSAA XXX/456 de marzo de 2009 y las recomendaciones emitidas durante la REMSAA Extraordinaria XXIV en octubre de 2010, mediante las cuales se solicitó a la





Comisión Andina de Salud Intercultural, incorporar a la población afrodescendiente en sus planes de trabajo y realizar acciones correspondientes para establecer alianzas estratégicas que faciliten la implementación de las mismas.

Las políticas de interculturalidad adoptadas por los países andinos son coherentes con tales avances en la región. Los esfuerzos se enmarcan en la proclamación del Decenio Internacional de los Afrodescendientes, a instancias de la Organización de las Naciones Unidas; la adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible - Agenda 2030, que busca garantizar “**que nadie se quede atrás**”, la Política Andina de Salud Intercultural y la Política sobre Etnicidad y Salud, adoptada en la Conferencia Sanitaria Panamericana, 69a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, en Washington D.C en septiembre de 2017.

De manera específica, este informe se enmarca en los mandatos de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina – REMSAA, que el ORAS-CONHU en su Plan Estratégico 2013 – 2017 y Plan Operativo Anual, los considera como ejes transversales y prioritarios para la Subregión Andina. Igualmente, responde a los mandatos de la OPS que incluye la etnicidad como eje transversal en su Plan Estratégico.

Este informe aborda la situación de salud de la población afrodescendiente de los países miembros del ORAS-CONHU.

1.1 La Situación de los Afrodescendientes en las Agendas Internacionales y de los Países Andinos

El proceso de inserción de la situación de los afrodescendientes en la agenda internacional comenzó en el año 2000, con ocasión de la Conferencia Regional de las Américas, realizada en Santiago de Chile, preparatoria a la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y demás formas conexas de intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica en el año 2001. En dichas conferencias se constató el estrecho vínculo entre racismo y pobreza, que constituye uno de los indicadores más elocuentes de la situación de desigualdad que acusan los pueblos afrodescendientes, y que representa uno de los indicadores más elocuentes de la situación de racismo y discriminación racial sistémica que afecta a dicho población, y que también se expresa en profundas asimetrías en el ámbito de la salud.

Hoy, el análisis de la situación de los afrodescendientes, desde cualquier ámbito, tiene entre sus marcos de referencia macro los siguientes: Los Objetivos de Desarrollo Sostenibles el Decenio Internacional de los Afrodescendientes, la Convención Internacional para la Eliminación de la Discriminación Racial el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independiente, la Convención Interamericana de Derechos Humanos, la Convención Interamericana contra el Racismo y Toda forma de Discriminación; otros pactos y convenciones internacionales relevantes.

El lugar que ocupa la situación de los afrodescendientes en las agendas nacionales e internacionales responde en gran medida a la labor de abogacía desplegada por el Movimiento



Social de los Afrodescendientes, que alcanzó su punto más alto en la Conferencia de Durban, en 2001 y tras la proclamación del Año Internacional de los Afrodescendientes en 2011. Una muestra elocuente fue la Conferencia Mundial que tuvo lugar ese año en La Ceiba, Honduras, bajo el liderazgo de la Organización de Desarrollo Étnico Comunitario, ODECO de dicho país, con el apoyo de la OPS.

Entre los logros más evidentes del accionar de la sociedad civil afrodescendiente, se destaca la incorporación de la variable afrodescendiente en los censos nacionales de población y en otros instrumentos de captación de información estadística. Ya son 17 países de los 20 de América Latina que han avanzado en esa dirección, incluidos 5 de los 6 países andinos a excepción de Chile.

1.1.1 El Derecho a la Salud de los Afrodescendientes en las Declaraciones y Planes de Acción de las Conferencias de Santiago y de Durban

La **Conferencia Regional de las Américas**, realizada en Santiago de Chile en el año 2000, preparatoria a la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y demás formas conexas de intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica en el año 2001, representó un avance de señalada importancia para la población afrodescendiente², y la situación de salud no fue la excepción.

La Salud de los Afrodescendientes en la Conferencia de Durban. Consecuente con las preocupaciones y las manifestaciones expresadas en Santiago y en otras regiones del mundo, en la Conferencia de Durban los Estados se ocuparon de las inequidades en salud en la población afrodescendiente.

En el capítulo referido a las víctimas, el eje que trata sobre afrodescendientes, pide a los Estados que, apoyados en su caso por la cooperación internacional, consideren favorablemente la posibilidad de concentrar nuevas inversiones en sistemas de atención sanitaria, educación, salud pública, electricidad, agua potable y control del medio ambiente, así como en otras medidas de acción afirmativa o positiva en las comunidades integradas principalmente por afrodescendientes.

1.1.2 El Derecho a la Salud de los Afrodescendientes en los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos

Entre los instrumentos internacionales en que descansa el derecho a la **salud** de los afrodescendientes se destaca la Convención Internacional sobre la Eliminación de la Discriminación Racial, de la Organización de las Naciones Unidas, y su Recomendación General No. 34 adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, CERD en 2011, con ocasión del Año Internacional de los Afrodescendientes. La RG 34 insta a los Estados a:

² La Conferencia de Santiago acuñó el concepto de afrodescendiente para identificar a este grupo humano de ancestría africana, como expresión de una construcción social y política del Movimiento Afrodescendiente.

*Tomar disposiciones para eliminar todos los obstáculos que impiden el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales de los afrodescendientes, especialmente en las esferas de la educación, la vivienda, el empleo y la **salud**. Asegurar la igualdad de acceso de los afrodescendientes a la atención de la salud y los servicios de seguridad social... Hacer que los afrodescendientes participen en la concepción y aplicación de programas y proyectos de salud. (CERD, 2011. RG 34 párrafos 50, 55 y 56).*

De igual manera, la población afrodescendiente es beneficiaria del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que prevé:

*El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de **salud** y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento. (OIT, 1989).*

Asimismo, en el Capítulo del citado Convenio, que hace referencia a la contratación y las condiciones de empleo señala que "los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sometidos a condiciones de trabajo peligrosas para su salud, en particular como consecuencia de su exposición a plaguicidas o a otras sustancias tóxicas" (OIT, 1989).

El Convenio va aún más allá. La Parte V que versa sobre Seguridad Social y Salud, contiene un conjunto de disposiciones muy relevantes, tal como se observa a continuación:

Artículo 25: 1. *Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2.* *Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. 3.* *El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4.* *La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país. (OIT, 1989)*

1.1.3 Salud y Etnicidad Afrodescendiente en las Agendas Internacionales

Como se ha destacado, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS – Agenda 2030, constituyen el marco de referencia macro para el abordaje de la salud en población afrodescendiente



en la Región Andina, junto con otras manifestaciones del compromiso internacional como el Decenio Internacional de los Afrodescendientes; el Consenso de Montevideo y la Política sobre Etnicidad y Salud, recientemente aprobada por los Estados Miembros de la OPS, entre otras.

a) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030, son la expresión más elocuente del compromiso adquirido por la comunidad internacional, con miras a solucionar los principales desafíos que afrontan las sociedades tanto al interior de los países como en su conjunto.

Si bien, los 17 ODS no hacen referencia explícita a la población afrodescendiente, no se requiere mayor esfuerzo para constatar que dicha población constituye uno de los sectores más relevantes para tales fines. El **ODS 1**, que alude al fin de la pobreza, si bien remite a los millones de personas que a nivel mundial se encuentran en dicha situación, no es menos cierto que sugiere esfuerzos adicionales, con respecto a la población afrodescendiente, toda vez que la misma es la más pobre. El **ODS 2**, orientado a erradicar el hambre que padecen alrededor de 800 millones de personas en el mundo, tiene entre los afrodescendientes y los pueblos indígenas a los grupos sociales más afectados. Así mismo, el presente estudio, aporta evidencia empírica que pone en evidencia los desafíos que enfrenta la comunidad internacional para cumplir con el **ODS 3**, orientado a garantizar la salud y el bienestar de la población. En las Américas, se puede constatar que la enorme brecha en salud y bienestar de los afrodescendientes, conspira en contra de la posibilidad de alcanzar este Objetivo al 2030.

b) La Política sobre Etnicidad y Salud de la OPS. La 29ª Conferencia Sanitaria de las Américas de la OPS, realizada en Washington en septiembre de 2017, representó un avance de señalada importancia en el camino hacia el reconocimiento de la dimensión intercultural y las disparidades sociales en salud para los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros grupos étnicos. En efecto, en un hecho sin precedente, los ministros y autoridades partes adoptaron por unanimidad una Política sobre Etnicidad y Salud, que entre otros establece:

El reconocimiento de las diferencias que existen entre los distintos grupos étnicos, tanto entre los países como dentro de ellos, así como en el reconocimiento de las diferencias en cuanto a sus retos, necesidades y respectivos contextos históricos, y de la necesidad de un enfoque intercultural de la salud desde un plano de igualdad y respeto mutuo que contribuya a mejorar los resultados en materia de salud y avanzar hacia la salud universal. Para ello, es necesario reconocer el valor de la cultura, y proveer lineamientos que sirvan a los países para crear soluciones conjuntas y para comprometerse a desarrollar políticas desde la perspectiva de los distintos grupos étnicos, considerando el enfoque de género, la perspectiva del curso de vida, la promoción y el respeto de los derechos individuales y, para los pueblos indígenas, los derechos colectivos.

c) La Salud de los Afrodescendientes en el Consenso de Montevideo. Adoptado en 2013, constituye una de las expresiones más elocuentes de la voluntad y el compromiso de los Estados de América Latina y el Caribe con miras a promover la plena integración y el desarrollo



sostenible, consecuente con los compromisos asumidos en la Conferencia sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994.

En el apartado 95 del capítulo sobre los afrodescendientes, los Estados se comprometen a:

*Garantizar el ejercicio del **derecho a la salud de las personas afrodescendientes**, en particular la salud sexual y la salud reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres afrodescendientes, tomando en cuenta sus especificidades socio territoriales y culturales, así como los factores estructurales, como el racismo, que dificultan el ejercicio de sus derechos; (CEPAL, 2013)*

d) La Etnicidad en la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, que en 2008 publicó su informe titulado "Subsanar las Desigualdades en una Generación". Aunque el informe no se ocupa de manera específica de los grupos étnicos, en varios apartados alude a los pueblos indígenas y a otros grupos afectados por las inequidades, y también incluye la discriminación entre las causas subyacentes de las disparidades en materia de salud. Específicamente, el informe recaba en las siguientes causas: a) inequidades en cuanto al poder y la influencia asociados con la desigualdad de los ingresos y de la situación social y económica, b) inequidades en cuanto a la exposición al estrés, las toxinas ambientales y otras condiciones adversas, y c) inequidades en cuanto a las consecuencias de la discriminación y el acceso desigual a servicios. De igual manera, a la luz del presente informe la situación de los afrodescendientes en materia de salud cuando la Comisión destaca que:

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde se haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son espectaculares y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y de mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. Eso no tiene por qué ser así y no es justo que sea así. Es injusto que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando éstas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables.

La equidad sanitaria es una cuestión que afecta a todos nuestros países y en la que influyen de forma considerable el sistema económico y político mundial. La Comisión tiene una visión global de los determinantes sociales de la salud. La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de

políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. (OMS, 2008)

Los hallazgos de la Comisión de la OMS inspiraron la integración de una Comisión con propósitos similares a nivel de las Américas, que, como se observa a continuación y se desprende del trabajo realizado hasta ahora, sí incorpora la dimensión étnica de manera explícita, incluida la afrodescendiente, lo que, además, se refleja en la composición de la Comisión.

e) La Etnicidad en la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud de las Américas de la OPS/OMS. La Comisión para la revisión regional independiente de Género, Equidad, Derechos Humanos y Etnicidad, está integrada por 10 expertos de las Américas.

La situación de los pueblos indígenas y los afrodescendientes ocupa un lugar destacado en la agenda de la Comisión. En efecto, la primera sesión de la Comisión en terreno, tuvo lugar en Bogotá, Colombia y se centró en los grupos étnicos, incluido el pueblo Rom o Gitano. Etnicidad, Ambiente y Salud, fueron las temáticas abordadas durante esa sesión.

f) La Salud en los Programas de Acción del Decenio Internacional de los Afrodescendientes (Naciones Unidas y Organización de Estados Americanos, OEA). El Decenio Internacional de los Afrodescendientes también ha ocupado un interés creciente en la Organización de Estados Americanos, OEA, que entre 2010 y 2016 ha adoptado 5 resoluciones referidas a esta población. Nunca antes la OEA se había ocupado de la situación de los afrodescendientes a este nivel. A iniciativa de Colombia, esta organización adoptó la Resolución AG/RES. 2824 (XLIV-O/14) relativa a un Plan de Acción de las y los Afrodescendientes de las Américas. En materia de salud, el Plan de Acción de la OEA prevé:

Objetivo 1:

1. Promover el enfoque afrodescendiente en las políticas de salud, e impulsar campañas de promoción de salud sexual y reproductiva, en comunidades con presencia afrodescendiente con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Objetivo 2:

2. Fomentar la inclusión del enfoque afrodescendiente en los determinantes sociales de la salud a través de políticas; intersectoriales y promover la creación de programas de salud dirigidos a población afrodescendiente;

3. Impulsar programas de promoción de salud sexual y reproductiva, en comunidades con presencia afrodescendiente;

4. Fomentar la creación de Políticas Nacionales de salud teniendo en la necesidad de promover un enfoque de igualdad étnico racial e intercultural;

5. Promover la elaboración e implementación de protocolos de atención de salud integral en enfermedades recurrentes no transmisibles, en la población afrodescendiente.

g) La Población Afrodescendiente en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU)

La **Política Andina de Salud Intercultural** responde al Plan de Salud Intercultural elaborado por la



Comisión Andina constituida a través de la Resolución REMSAA XXVII/417, de marzo de 2006, que dispuso la constitución de la Comisión Andina de Salud Intercultural, con el objetivo de “...aportar a la superación de las inequidades en salud de los pueblos indígenas, afrodescendientes y otros pueblos, contribuyendo a garantizar el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural, fortalecimiento y articulación de sistemas médicos y espacios de concertación social”, y de la Resolución REMSAA Extraordinaria XXVI/4, emitida en marzo de 2011, en la que los ministros de salud instruyen a la Comisión Andina de Salud Intercultural que elabore la Política Andina de Salud Intercultural, aprobada mediante la Resolución REMSAA XXXIV/490 emitida en marzo de 2014.

La Política Andina de Salud Intercultural adopta, entre otros, el enfoque de determinantes sociales de la salud, señalando que “los países de la subregión andina reconocen que la situación de salud está determinada por las condiciones sociales, políticas, ambientales y económicas en que vive la población. Este enfoque de determinantes sociales es fundamental para la generación de políticas públicas en salud intercultural puesto que permite identificar los condicionantes próximos, sobre los que se debe intervenir en procesos de salud - enfermedad - atención de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y otros pueblos.” (ORAS - CONHU, 2014)

En el 2011, en el marco del I Congreso de Afrodescendientes, convocado por Ecuador, los miembros de la Comisión Andina de Salud Intercultural y los representantes afrodescendientes de los países andinos conformaron el Subcomité Andino de Salud para Afrodescendientes.

El Plan Andino de Salud para Afrodescendientes que impulsa el Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito Unanue, es coincidente con varias Decisiones adoptadas por la Comunidad Andina -CAN, en particular con la Decisión Andina 758 de 2011, por la cual se creó la Mesa Andina sobre Pueblos Afrodescendientes “...la instancia consultiva en el marco del Sistema Andino de Integración, encargada de promover la activa participación de las organizaciones representativas del Pueblo Afrodescendiente en los asuntos vinculados con la integración subregional, en sus ámbitos político, social, económico, cultural, ambiental y territorial.” (CAN, 2014)

1.2 Caracterización de la población afrodescendiente en los países andinos

Una caracterización de la población afrodescendientes de los países andinos desde la perspectiva de la salud, sugiere una mirada general de las y los afrodescendientes de las Américas, a fin de ofrecer una visión comparada. En esa perspectiva, conviene formularse algunas interrogantes relevantes al ciclo de vida de los afrodescendiente, desde una perspectiva amplia, esto es los determinantes sociales de la salud. Cabe indagarse entonces: ¿Quiénes son los afrodescendientes? ¿Dónde están? ¿Cuántos son? ¿En qué condiciones nacen? ¿En qué circunstancias viven? ¿De qué se enferman? ¿De que mueren?, ¿por qué mueren más y a más temprana edad los y las afrodescendientes? La respuesta a éstos y otros interrogantes pone de manifiesto las limitaciones que aún persisten en los registros administrativos de salud, y, en general, en los sistemas de



información de los países latinoamericanos, no obstante, el gran avance que ha supuesto la incorporación de la variable afrodescendiente en los censos nacionales de población.

1.2.1 La Población Afrodescendiente de los países andinos

En las Américas, se estima que hay 200 millones de afrodescendientes, lo que representa un tercio del total de la población de la región, estimada en más de 600 millones de personas.

De otra parte, de acuerdo con datos de la Comisión Andina de Salud, la población que se reconoce como afrodescendiente en los censos oficiales muestra que **Colombia** cuenta con un 10,62% de población afrodescendiente y **Ecuador** con un 5% y **Venezuela** 3,5%. En **Chile**, según la encuesta 10, la población estimada de afrodescendientes en Arica y Parinacota asciende a 8.415 personas, equivalente a un 4,7% del total de la población en la región. Censos no oficiales estiman otras cifras: **Colombia** contaría con un 26% de población afrocolombiana, **Ecuador** con un 10%, Perú con un 4,9% (autoidentificación, ENAHO 2017) y Bolivia entre el 0,04% y el 1%.

Para los efectos del presente informe interesa en particular la población afrodescendiente de **Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela**. Cabe señalar que, en **Ecuador y Bolivia**, los procesos censales y de auto reconocimiento, han alcanzado un alto grado de certeza, mientras que en los cuatro países restantes aún persisten grandes desafíos.

En lo que respecta a la población afrodescendiente en la subregión andina, a la luz de los resultados de los censos, en **Colombia** -según el Censo de 2005- había una población afrocolombiana de 4 361 000, que correspondía al 10,5% del total nacional; le sigue **Ecuador** -según el censo de 2010- que registró 14 483 499 habitantes y cuya composición étnica de este conjunto, es de 71,9% mestizos, 7,4% montubios, 7% indígenas y 7,2% afroecuatorianos.

La población afroecuatoriana es de 1 041 559 personas, lo que equivale al 7,2% de la población total del Ecuador, siendo las mujeres afroecuatorianas el 49,26% de la población y los hombres un 50,74% (INEC, 2010). Las provincias de mayor asentamiento de afroecuatorianos son: Guayas (la provincia con mayor población afrodescendiente) con 352 077, Esmeraldas 234 511, Pichincha 116 567, Imbabura 21 426, Manabí 82 260, Los Ríos 48 096, El Oro 41 441 y Santo Domingo de los Tsáchilas 28 313 pero la población afroecuatoriana se encuentra distribuida en todo el territorio nacional³ (ORAS-CONHU, 2017). (Dirección Nacional de Salud Intercultural MSP-ECUADOR)

La situación en materia de número de habitantes en **Venezuela** que se autoidentifican como afrovenezolanos es aún incierta. En efecto, de acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población realizado en 2011, el país cuenta con 27 050 003 habitantes. Como un hecho novedoso el proceso censal incluyó la creación del Subcomité de Estadística de Población Afrodescendiente. La captación por auto identificación incluyó las siguientes variables: negro, afrodescendiente, moreno, indígena, blanca y otra. Sin embargo,

³INEC, Censo de Población y Vivienda 2010



la totalización de la variable afrodescendiente no sumó a los autoreconocidos como negro y moreno que representarían en conjunto al 53% de la población; investigadores particulares y organismos multilaterales (UNICEF) prefieren referir una cifra conservadora del 30% sobre el total de la población del país.

Por su parte, y en cuarto lugar de los países andinos con población afrodescendiente se ubica **Perú**, país que cuenta con una población total de 29.272.000 habitantes, entre los que sobresalen los pueblos indígenas, los afrodescendientes y los de origen chino y japonés. De dicha población 585 440 se estima que son afrodescendientes. El 23 de octubre de 2017 el país realizó su último Censo Nacional de Población, que probablemente arrojará información más próxima a la realidad etnocultural del país. De hecho, por primera vez este censo incorporó la variable orientada a captar a la población afrodescendiente, aunque en su preparación se observaron algunos de los obstáculos que, inicialmente, han minado los resultados en la captación de dicho grupo social, en otros países.

Bolivia cuenta una población de 10 059 856, conforme al Censo Nacional de Población realizado en 2012, de las cuales un 62.2% pertenece a los pueblos indígenas; un 37.8% se considera blanca/mestiza y un 0.2%, esto es 23 330 personas se auto identificaron como afrodescendientes. En el marco de dicho censo se llevó a cabo la Campaña “Yo soy Afro ¿Y tú?, impulsada por CONAFRO, asociación que agrupa a las organizaciones sociales afrobolivianas. La mayor parte de la población afroboliviana radica en el área urbana, principalmente en las ciudades de El Alto, La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, aunque su territorio ancestral se ubica en los Valles del Yungas, a dos horas de la ciudad de La Paz. (CEPAL, 2017)

El país andino con menor población afrodescendiente (originaria) es **Chile**. El país tiene una población total que supera los 15 millones de habitantes, de los cuales cerca de 700 mil pertenecen a los pueblos indígenas, entre los que sobresale la etnia Mapuche. La población afrodescendiente en **Chile** de origen ancestral se estima que, en Arica y Parinacota, fronteras con **Perú** y **Bolivia**, se identifican alrededor de 8 mil personas, lo que sitúa a este grupo como la segunda mayoría de pueblos étnicos en la región, después de los aymara.

1.2.2 Algunos Determinantes Sociales de la Salud de la Población Afrodescendiente de los Países Andinos

En la última década, y en el marco de *la Revolución Ciudadana*, el **Ecuador** registró notables avances socioeconómicos, en todos los sectores poblacionales. En efecto, “Como consecuencia de las transformaciones que ha vivido el país, el coeficiente Gini, índice que mide la desigualdad de los ingresos entre la población, se ubicó en 0.4601 en marzo del 2014, esto significa que se redujo en 4 puntos entre 2006 y 2014. Alrededor de 1,3 millones de personas han salido de la pobreza.” (CERD, 2017)



En efecto, "... las personas que se auto identificaron como blancas lograron el menor índice de pobreza (39%) y menos pobreza extrema (13,9%). Luego en la medida en que la piel se va oscureciendo la pobreza va aumentando, así, los mestizos (que tiene la piel poco menos clara) son el segundo grupo con menos pobreza (47,1%) y menos pobreza extrema (18%), siguen los mulatos con 58,6% de pobreza y 25,7% de pobreza extrema, continúan aquellos que se identificaron como afrodescendientes o afroecuatorianos con el 61,8% de pobreza y el 27,5% de pobreza extrema. Finalmente aparecen en su orden los "negros" con el 68,6% de pobreza y el 34,7% de pobreza extrema, los montubios (que son la excepción dada la tonalidad clara de su piel, pero son un grupo compuesto por campesinos de todos los grupos socio raciales) con 78.6% de pobreza y 44.1% de pobreza extrema, y los indígenas con 82,0% de pobreza y el 52,2 % de pobreza extrema". (Fundación Azúcar, 2017)

En **Colombia**, por su parte, "el ICV para los afrodescendientes fue de 68.4 frente a 74.4 de la población no afrodescendiente. Y los hogares en situación de pobreza (1 NBI) alcanza 24,4% de la población afrodescendiente frente a 12,9% de la población no afrodescendiente una brecha relativa de 89%. De otro lado, la tasa de miseria (hogares con más de una NBI) se sitúa en 7,2% para la población afrodescendiente en comparación con el 2,6% de la población no afrodescendiente; una brecha relativa de 176%."⁴

En lo que se refiere al **Perú**, sorprende observar que "Según la ENAHO 2004, la tasa de pobreza de la población afroperuana era significativamente menor con respecto al promedio nacional. Mientras que para los afroperuanos la tasa de pobreza y pobreza extrema alcanzaba 35% y 4%, respectivamente, a nivel nacional las tasas eran de 46.6% y 16.5%, respectivamente. Además, a nivel nacional, se encontró que la población afroperuana en ese año era significativamente menos pobre que la población indígena. Esto estaría asociado a que las y los afroperuanos residen principalmente en la costa, donde las condiciones son mejores, dado que existe mayor acceso a un conjunto de servicios; sin embargo, respecto de la población costeña total, la situación de la población afroperuana sí podría verse en mayor desventaja" (Ministerio de Cultura/GRADE, 2015)

Como se hará notar más adelante, las cifras positivas en materia de pobreza de los afroperuanos contrastan con otros indicadores sociales, relevante al análisis, lo que sugiere confrontar con otras fuentes que sin embargo no están disponibles.

En **Venezuela** se observa la constante histórica. "La población con un porcentaje mayor en condición de pobreza extrema son los indígenas, seguidos por los negros y los morenos. Esta situación se mantiene para los pobres no extremos. Los grupos con mayor población no pobre son los otros, afrodescendientes y blancos". (INE Venezuela, 2014). Dicha situación permite constatar una vez más la existencia de una "pirámide pigmentocrática" en América Latina, incluidos los países andinos.

⁴ Informe Técnico DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN COLOMBIA, capítulo Afrocolombiano en la página 50 y 51. <http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to%20informe%20ONS.pdf>



En el **Ecuador**, "...en cuanto a la ocupación y empleo (38.3%) están en categoría de ocupación de patrono o socios, el 35% son empleados privados, el 8.63% trabajan de cuenta propia, el 7.41% son asalariados públicos (solo existen 12.991 afroecuatorianos en la nómina del Estado y 4.257 en los municipios). Por su parte, más del 5.4% son trabajadores familiares sin remuneración alguna".⁵ (ORAS, 2017) (Dirección Nacional de Salud Intercultural MSP- ECUADOR)

"(...) En materia de ingresos laborales "el aumento fue de \$187,6; los autodenominados blancos lograron un incremento de \$180; en tanto que los indígenas su aumento en los 10 años referenciados fue de \$139,9; Por su parte una persona afroecuatoriana alcanzaba en el 2007 los \$268,6, 10 años después sus ingresos alcanzaron \$431,3 dólares, logrando un aumento significativo de \$144.7, pero siempre por debajo de la media nacional".

Por su parte, en **Colombia** "Las tasas de desempleo son más altas para los afrodescendientes. Las brechas étnico-raciales en la tasa de desempleo en el año 2000, 2004 y 2007, eran de 4%,3% y de 21,6%, respectivamente. Cabe mencionar que estas brechas son más grandes entre las mujeres⁶.

(...) Los afrodescendientes están sobrerrepresentados en empleos de muy baja calidad. Las brechas étnico-raciales en la participación de empleos de muy baja calidad son 20,3% y 29,1% en 2004 y 2007, respectivamente. En sentido inverso, la población afrodescendiente muestra una sub-participación en empleos de alta calidad; las brechas étnico-raciales alcanzan 135,7% y 55,7%, respectivamente".

(...) Con respecto al ingreso, la población afrodescendiente recibe solo 67,1%, 69,1% y 67,6% del ingreso laboral por hora que reciben los no afrodescendientes para los años 2000, 2004 y 2007, respectivamente. En otro sentido, las brechas étnico-raciales desfavorecen a la población afrodescendiente y alcanzan 48,9%, 44,8% y 48,0%, para los años 2000, 2004 y 2007, respectivamente".

Como se ha hecho notar, con frecuencia, existe cierta correlación entre el acceso a la educación y el acceso al empleo, sin consideración de la variable raza-etnia, que, para el caso de los afrodescendientes, representa un factor adicional que profundiza la brecha social de dicho grupo con respecto a los promedios nacionales en la región. En el **Perú**, de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo Afroperuano, la población afroperuana económicamente activa es del 59%, un 15% menor que el promedio nacional. Al igual que en el resto de los países de la región, incluidos los países andinos, donde la población afrodescendiente suele estar sobre representada en los trabajos menos calificados, en el Perú dicho grupo corresponde al 29%, frente a un 26 % del promedio nacional. En contraste, en el sector calificado

⁵ Secretaría de Pueblos y Participación Ciudadana – Informe Plan Plurinacional para eliminar la Discriminación Racial 2011

⁶ Repositorio Institucional Digital–RID Colombia.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documentos-poblacionafrodes-negra-palenguera-raizal.zip>



tan solo corresponden al 6%, frente al 10% nacional, lo que, entre otros ámbitos incide negativamente en el nivel de ingresos de los afrodescendientes en el Perú.

Las necesidades básicas insatisfechas⁷ en el **Perú**: En cuanto a los que se autoidentificaron dentro de algún grupo étnico: el 12,5% carece de servicios higiénicos (40,6% amazónico; 16,1% andino; 11,6% afrodescendiente); 8,4% vive en viviendas con características físicas inadecuadas (33,7% amazónico; 10,1% afrodescendiente, 5,5% andino); 6,2% viven en hacinamiento (27,3% amazónico, 6,0% afrodescendiente; 5,4% andino); el 1,0% reside en hogares donde existe un niños entre los 6 y 12 años de edad que no asiste a la escuela (3,0% amazónico; 0,8% andino; 0,8% afrodescendiente) y el 0,8% reside en hogares con alta dependencia económica (2,1% amazónico; 1,3% afrodescendiente y 0,8% andino).

En **Chile**, los datos muestran que el 47% de la población afrodescendiente que se localiza en Arica y Parinacota que se encuentra en el rango “... de 15 años y más se encuentra ocupada, porcentaje que corresponde a 2 954 personas residentes en la región. Al momento de desagregar por sexo, se observa que del total de ocupados afrodescendientes un 46,8% son mujeres y un 53,2% corresponde a hombres”. Del total de afrodescendientes ocupados la Encuesta muestra que el 78,2% son asalariados, seguidos de un 17,1% que laboran por cuenta propia.

En el ámbito de la **educación**, la situación de los afrodescendientes en los países andinos tampoco es mejor, aunque nuevamente sobresalen los logros alcanzados en el **Ecuador**. En **Colombia**, el porcentaje de jefes de hogar con **educación superior** es de aproximadamente un 8,8% para la población afrodescendiente frente al 11,5% para la población no afrodescendiente, lo que equivale a una brecha relativa de 30%. Esto limita el acceso de la población afrodescendiente a los bienes y servicios valorados socialmente en relación con la población no afrodescendiente

El **Perú** tampoco es la excepción en materia de brechas educativas de la población afrodescendiente con respecto al promedio nacional. De acuerdo con EEPA, el 87,1% de los afroperuanos entre 3 y 17 años asiste a la escuela. No obstante, se observa una elevada tasa de inasistencia escolar en la población infantil que se ubica en el rango de edad de entre 3 y 5 años, correspondiente al 71,2%, y en el grupo que está entre 11 a 17 años con una inasistencia escolar del 17,51%

(...) En materia de *acceso a la educación superior* el Plan Nacional de Desarrollo Afroperuano destaca un ligero incremento entre los años 2004 y 2014, pasando de 25,7% a 33,1%, en el rango de edad de 18 a 26 años, aunque reconoce que sigue estando por debajo del promedio nacional, que se sitúa en el 43,4%. Las cifras para los afrodescendientes en materia de acceso a la educación superior son aún inferiores en la Costa Norte (32%) y en áreas rurales (25%).” (Perú, Ministerio de Cultura, 2016).

⁷ Dinámicas Étnicas en el Perú: Hacia una Caracterización y Tipología para el diseño de Políticas Públicas. INEI, 2017



Los datos en materia de educación para **Venezuela** muestran que “la población que se declaró indígena constituyen los grupos con mayor porcentaje de analfabetos, superando estos grupos al resto de las categorías, incluyendo los afrodescendientes” En efecto, los indígenas registran un 21% de analfabetismo; seguidos de lejos por los negros con 9,60%; los que se auto identifican como morenos con 4,90%; los afrodescendientes con 4,00%; blancos con 3,30% y otra (o) con un 3,00%. Los que se autoidentifican como afrodescendientes (que incluye a afrodescendientes, negros y morenos) muestran un mayor nivel de educación primaria (90,1%), secundaria (126%) y universitaria (43%) frente a los otros grupos étnicos. (INE, 2011).

En lo que se refiere a **Chile**, la situación en materia de *educación* de los afrodescendientes sugiere un análisis más detenido, habida cuenta de las características demográficas de dicha población en el país. No obstante, de conformidad con la citada Encuesta de Caracterización de la Población Afrodescendiente en **Chile**, el promedio de escolaridad de dicha población corresponde a 9.05 años cursados, cifra que aumenta a 11.43 en el rango de edad de la población que supera los 25 años. El nivel de analfabetismo corresponde al 3.3% para los afrodescendientes, y...para el resto del país; un 7.6% de los afrodescendientes ha accedido a una formación pre-básica; el 26.6% tiene formación básica primaria o preparatoria; un 40.5% alcanzó la preparatoria; un 40.5 logró la educación secundaria o media – técnica; un 22.2% tiene educación terciaria o superior.

En **Colombia**, el panorama en relación con las condiciones de la **vivienda y servicios básicos domiciliarios** se observa que los afrodescendientes exponen un menor porcentaje de hogares que cocinan con gas natural conectado a la red pública (56,1% frente a 63,6%), y, en el otro extremo, un porcentaje más alto que cocinan con leña (12,3 frente a 9,3%). Asimismo, el porcentaje de hogares con recolección de basuras es menor (71,1% frente a 83,3%). También muestran un menor porcentaje de población con acceso a acueducto público (69,8% frente a 78,8%), y presentan, al mismo tiempo, un porcentaje más alto de población que se abastece con aguas de lluvias (11,0% frente a 1,0%). Todavía, el acceso al servicio sanitario conectado por alcantarillado es menor para los hogares afrodescendientes (59,25% frente a 79,1%); llama la atención el relativamente alto porcentaje de hogares afrodescendientes que no tienen acceso al servicio sanitario (9,3% frente a 2,3%).” (Viáfara & Banguera, 2015)

En **Chile**, la encuesta muestra que tan solo el 37,6% de las viviendas de los afrodescendientes se encuentran en condiciones aceptables, mientras que el 13,1 de las viviendas se encuentran en mal estado (irrecuperables). Por su parte, el 65,8% de los afrodescendientes que se localizan en área urbana, poseen vivienda en condiciones aceptable, el 33% (recuperable) están en estado recuperable, y tan sólo el 1% no lo está.



El panorama en materia de vivienda de los afroperuanos también corrobora las asimetrías de dicha población con respecto a la situación general del país, agravada por el impacto del terremoto del año 2007, que afectó varias zonas del país, incluidas algunas áreas de concentración de la población afroperuana, en la costa sur. En efecto, de acuerdo con el citado Plan Nacional de Desarrollo, entre 2004 y 2014, el porcentaje de hogares afrodescendientes en el Perú con vivienda inadecuada se incrementó de un 5,3% al 8%. En la costa sur, en el mismo período, dicho porcentaje pasó del 3,7% al 17,6%. El consolidado nacional, indica el Plan, muestra que el porcentaje de afrodescendientes en el **Ecuador** con necesidades insatisfechas en materia de vivienda es del 23,1%, frente al 14,4% al nivel nacional, con un hacinamiento del 12,5% frente a un 5,6% a nivel nacional.

1.2.3 Políticas Públicas para los Afrodescendientes en los Países Andinos

Como una expresión del “constitucionalismo de la diversidad”, los países de América Latina, han adoptado importantes marcos de políticas públicas para los afrodescendientes, en sus tres ámbitos: legal, institucional e instrumental (Programas y proyectos). En este apartado se presenta una síntesis de dichas políticas, sin referencia a las que tratan específicamente de salud.

En efecto, ante las demandas de la población afrocolombiana por los altos índices de pobreza y marginalización, y en el contexto de las reforma constitucional de 1991, en los últimos 25 años, **Colombia** ha tenido un importante desarrollo de políticas públicas en favor de la población afrocolombiana y el reconocimiento de sus derechos políticos, sociales, económicos, culturales y políticos están definidos en el marco normativo (leyes y disposiciones constitucionales y jurisprudenciales), en el nivel instrumental (políticas y programas), así como desarrollos en el componente institucional, mediante la creación de instancias o dependencias en distintos organismos del Estado, encargadas de la dirección y ejecución de las políticas y los programas, orientados a fomentar la inclusión (BID, citado por Murillo, 2014). En materia de disposiciones normativas, se resaltan las siguientes: el artículo 7 que reconoce el carácter multiétnico y pluricultural de la Nación; el artículo 13 que consagra el derecho a la igualdad, el artículo 55 transitorio que constituye la piedra angular de los derechos de la población afrodescendiente en Colombia como grupo étnico, incluidos **derechos colectivos** como el de la territorialidad ancestral, reglamentados mediante la Ley 70 de 1993, que constituye un paradigma para la región.

De hecho, el **Ecuador** cuenta igualmente con un amplio catálogo constitucional que reconoce **derechos colectivos** al **pueblo afrodescendiente**, tal como de manera expresa lo reconoce la Constitución Política, los cuales se reflejan en los artículos 56, 57, 58, 59, y 257, entre otros, y cuenta con la Ley sobre Derechos Colectivos de los Afrodescendientes (Ley 2006-26). Así mismo, los países miembros del ORAS-CONHU ratificaron el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes y en este marco tanto Colombia como Ecuador lo aplican en la población afrodescendiente. La noción de pueblo que pregonan la Constitución Política del **Ecuador**, al referirse a



los afrodescendientes, así como el reconocimiento del derecho a la reparación por los hechos del pasado constituyen dos institutos novedosos en la subregión, junto con el reconocimiento que también le otorga la Constitución Política de **Bolivia** al pueblo afroboliviano. El perdón histórico expresado por el **Perú**, con ocasión del Año Internacional de los Afrodescendientes en 2011, también constituye un precedente de la mayor importancia, que, en América Latina sólo tiene paralelo en la decisión que en el mismo sentido adoptó el Gobierno de Costa Rica. Estos pasos van en la dirección correcta, en la medida en que se expresen en acciones concretas de reparación por los hechos del pasado.

De igual manera, **Bolivia, Colombia y Ecuador**, reconocen por vía constitucional el derecho de los pueblos indígenas y afrodescendientes a ser beneficiarios de medidas especiales, que en la región se conocen como acciones afirmativas. Todos los países andinos son parte de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, cuentan con leyes y disposiciones específicas que penalizan el racismo.

En el caso particular de **Colombia**, vale la pena destacar la existencia de un amplio acervo jurisprudencial a nivel de los altos tribunales, en especial la Corte Constitucional como instancia de cierre. Las Sentencias y Autos abarcan toda una gama de derechos referidos a la población afrodescendiente en Colombia, incluido el derecho a la consulta previa, al territorio, a la identidad cultural y a la no discriminación. Las leyes que declaran el Día Nacional de la Población Afrodescendiente, también son comunes a varios países.

La Constitución de la República Bolivariana de **Venezuela** consagra el respeto a la diversidad cultural, social y étnica, en consonancia con los principios de dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Igualmente, en 2011 se sancionó la Ley Orgánica contra la Discriminación Racial, que ordenó la creación del Instituto Nacional Contra la Discriminación Racial, que ejecuta políticas de atención, prevención sanción y erradicación de todas formas de discriminación. (MPSV- Dirección de Salud Afrodescendiente).

Desde el ámbito institucional, vale destacar que con excepción de **Chile** todos los países andinos cuentan con organismos de equidad racial. En efecto, en el **Perú** es la Dirección de Políticas para la Población Afroperuana, dependiente del Viceministerio de Cultura; en **Colombia** es la Dirección de Asuntos Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros adscrita al Viceministerio para la Participación e Igualdad de Derechos del Ministerio del Interior, y existen dependencias especializadas en áreas específicas como la Dirección de Etnias de la Unidad de Víctimas, dependiente de la Presidencia de la República. En **Venezuela** las competencias recaen en la Comisión Presidencial para la Prevención y Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial y otras Distinciones en el Sistema Educativo, y en la Oficina de Enlace con Comunidades Afrodescendientes (OECA).

La OECA ha impulsado junto con el INE, el Subcomité de Población Afrodescendiente, el cual brindó importante apoyo a la referida Comisión Presidencial al elaborar y entregar la



Propuesta de Líneas Orientadoras en Materia Curricular desde la óptica de la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación racial y el respeto a la diversidad cultural. Igualmente, el Subcomité de Estadísticas de Población Afrodescendiente, integrante de dicha Comisión Presidencial participó activamente en la difusión y la incorporación de esta variable en la planificación del nuevo Censo Nacional de Población y Vivienda⁸.

La OECA ha establecido un permanente diálogo entre las comunidades, cultores, autoridades, para la coordinación de estrategias a favor del fortalecimiento socio-cultural de las comunidades afrodescendientes, con la intención de promover y difundir, en igualdad de condiciones, las expresiones tradicionales, nuevos talentos y grupos artísticos vinculados a la cultura afrodescendiente". (CERD, 2012)

De otra parte, cabe destacar que **Venezuela** también cuenta con el Consejo Nacional para el Desarrollo de las Comunidades Afrodescendientes de Venezuela –CONADECAFRO, que tiene como propósito fortalecer las medidas nacionales y de cooperación regional e internacional en beneficio de las personas de ascendencia africana, en relación con el pleno disfrute de sus derechos y la promoción de un mayor conocimiento y respeto de la diversidad de la herencia y la cultura de los afrodescendientes. Dicha instancia ha estado a la vanguardia en la labor de visibilización del enfoque étnico afrodescendiente, incluyendo la apertura de las mesas de conversación y trabajo con INE. (MPSV – Dirección de Salud Afrodescendiente, 2017).

Los planes, proyectos y programas que constituyen la batería instrumental para los afrodescendientes en los países andinos, también dan muestra del compromiso creciente de los países en superar el estado de cosas que enfrentan los afrodescendientes. A ese respecto, vale la pena destacar el Plan de Desarrollo Afroperuano, 2016 – 2020, adoptado mediante Decreto Supremo N° 003-2016-MC de 2016. La experiencia de **Colombia**. Al margen de la evaluación de sus impactos reales sobre la situación de los afrodescendientes en el país, es muy elocuente. En efecto, por mandato de la Ley 70 de 1993, y previo a la elección de un nuevo presidente de la República, el Gobierno debe integrar una Comisión que se ocupe de formular un Plan Nacional de Desarrollo Afrocolombiano, que sirva como marco de referencia para que el Plan Nacional de Desarrollo de todos los colombianos incorpore la dimensión afrodescendiente. Así mismo, desde la adopción de la citada Ley 70 se han implementado planes específicos, particularmente en la región del Pacífico, mayoritariamente de población afrocolombiana, y se han adoptado cerca de diez documentos de políticas a instancias del Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES.

En lo que se refiere al **Ecuador**, el marco instrumental, ha estado soportado por el "Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017" basado en la cosmovisión indígena, que incluyó entre sus objetivos: "Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad; Mejorar la calidad de vida de la población; Fortalecer las

⁸ Información oficial de la Comisión Presidencial para la Prevención y Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y otras Distinciones del Sistema Educativo.



capacidades y potencialidades de la ciudadanía, construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad. El Plan abarca a todos los sectores sociales del país, incluidos los afroecuatorianos, que quedaron reflejados en todas las dimensiones del Plan. Cabe esperar nuevos lineamientos a partir del proceso de transición política en curso. Como ya se ha señalado, los impactos del Plan reflejados en casi todos los indicadores sociales han sido notables.

De igual manera, de **Bolivia** vale la pena destacar el “Plan Plurinacional para Eliminar la Discriminación Racial”, adoptado mediante Decreto No. 60 de 2009, que prevé una política de acción afirmativa en materia de empleo, para sectores sociales históricamente discriminados, con el fin de generar oportunidades de trabajo sin discriminación racial a todos los ciudadanos. A este respecto, “El Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, en concordancia con los mandatos constitucionales y aplicando medidas de acción afirmativa, entre los años 2012 y 2015, realizó cuatro convocatorias a concurso público de méritos y oposición, en los que se garantizó la aplicación de los criterios de equidad y paridad de género, y se aplicaron acciones afirmativas, adheridas al mandato del Plan Plurinacional para la Eliminación de la Discriminación Racial y la Exclusión Étnica y Cultural, y en aplicación del Art. 4 del Decreto Ejecutivo No 060. Es así que actualmente el total de terceros secretarios que laboran en el MREMH está conformado en un 16% por afroecuatorianos, en un 19% por indígenas, en un 6% por montubios, y en un 59% por personas auto identificadas como mestizas, siendo esta una medida importante de construcción de la diplomacia ciudadana con la participación en la gestión pública de comunidades, pueblos y nacionalidades en un plano de igualdad”. (CERD, 2017).

El ámbito instrumental de **Bolivia** descansa en “La Agenda Patriótica 2025, constituye el Plan General de Desarrollo Económico y Social del Estado Plurinacional de Bolivia, que orienta la formulación del Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco del Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 - 2020 (PDES). En el marco de la Agenda Patriótica 2025, el PDES establece los lineamientos generales para el desarrollo integral del país en el horizonte del Vivir Bien, bajo los cuales se debe enmarcar el accionar de los actores públicos, privados y comunitarios en general”. (Bolivia, 2015)

1.3. Situación de Salud de los Afrodescendientes en los Países Andinos

Este apartado referido a la Situación de Salud de los Afrodescendientes en los países andinos propone una síntesis elaborada a partir de la información de los 6 países miembros del ORAS - CONHU, la cual ha sido reportada por la Comisión Andina de Salud Intercultural desde cada uno de los Ministerios de Salud, y que ha sido complementada con aportes de distintos estudios, realizados por organismos regionales, sobre la situación de los afrodescendientes en América Latina.

1.3.1 Situación de la Salud de los Afrodescendientes en América Latina

En primer lugar, este análisis parte del reconocimiento de la existencia de *desigualdades en salud*, en la región de América Latina, como lo plantea la CEPAL: “la población afrodescendiente se enfrenta a lo largo de su vida a situaciones que vulneran sus derechos y que afectan directamente sus condiciones de salud. En efecto, desde la perspectiva de los determinantes sociales, los factores que generan exclusión y marginación, como la discriminación y el racismo, se expresan de manera más permanente en el daño en salud, produciendo diferencias significativas en los niveles de mortalidad y expectativa de vida, entre muchos otros indicadores. Así, la inequidad en salud se vincula con desigualdades sociales profundas, injustas y evitables, que pueden superarse mediante intervenciones adecuadas y oportunas.” (CEPAL, 2017)

Se plantean, entonces, los siguientes aspectos de la situación en salud que, si bien se refieren al contexto regional de América Latina, se constituye en referente importante para el análisis en salud de los afrodescendientes de los Países Andinos:

- a) En primer lugar, se reconoce la dificultad de visualizar la dimensión étnico-racial de los perfiles epidemiológicos de la región, debido a la falta de información sistemática y actualizada, por el rezago en la inclusión de la identificación de las personas afrodescendientes en los sistemas estadísticos de salud.
- b) Si bien la transición demográfica tiene una relación directa con la transición epidemiológica⁹ (por el cambio de los patrones de morbilidad y mortalidad según la estructura etaria de una población), las desigualdades estructurales que caracterizan a la región conllevan una *polarización epidemiológica peculiar* en la que conviven enfermedades infecciosas con otras crónicas y degenerativas, lo que está en consonancia con los ejes de la matriz de la desigualdad social y, por tanto, con las diferencias étnico- raciales.
- c) Entre las *dolencias que más afectan* a las poblaciones afrodescendientes se encuentran la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades de células falciformes.
- d) Respecto a los indicadores de *salud materno-infantil* persisten brechas de equidad en detrimento de mujeres, niños y niñas. En general, se observa que la probabilidad de que un niño o niña afrodescendiente muera antes de cumplir un año de vida es sistemáticamente superior a la de los no afrodescendientes. La mortalidad infantil de la población afrodescendiente es siempre más elevada que la de la población no afrodescendiente, tanto en las ciudades como en el campo.

⁹ Dicha transición epidemiológica se expresa en: la sustitución del predominio de las enfermedades transmisibles por el de las enfermedades no transmisibles, el desplazamiento de la morbimortalidad desde las personas más jóvenes hacia las de edades más avanzadas y el predominio de la morbilidad sobre la mortalidad. (CEPAL, 2016)



- e) La *atención prenatal que reciben las mujeres afrodescendientes* es menor que la que reciben las mujeres no afrodescendientes. Algo similar ocurre con la atención del parto por parte de personal calificado, por las condiciones de pobreza en que viven las mujeres afrodescendientes en la región, que agravan sus condiciones de salud, a lo que se suman las limitaciones de acceso y accesibilidad cultural de los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
- f) *El embarazo en la adolescencia* constituye otra manifestación de la desigualdad en desmedro de las jóvenes afrodescendientes. El porcentaje de adolescentes afrodescendientes de entre 15 y 19 años que son madres se mantiene en niveles elevados y en 7 de los 10 países suramericanos con datos disponibles supera el porcentaje de maternidad de las adolescentes no afrodescendientes. En esos 10 países, entre un 14% y un 25% de las adolescentes afrodescendientes ya han tenido al menos un hijo, y las más altas proporciones corresponden al Ecuador.
- g) En cuanto a la calidad de la atención en salud y su accesibilidad, algunos estudios dan cuenta de las prácticas discriminatorias y racistas en la atención de salud que sin duda redundan en la calidad de la atención, aspecto que da cuenta de la necesidad de una adecuación cultural de los servicios de salud, en determinados contextos nacionales, que permita integrar saberes y prácticas de la medicina tradicional o ancestral (raíces africanas) que aún perviven en varios países latinoamericanos.
- h) Finalmente, sobre la *violencia contra las mujeres y los jóvenes afrodescendientes*: Según datos del Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL, en la región cada día 12 mujeres pierden la vida por el solo hecho de ser mujeres, siendo esta la forma más extrema de violencia contra ellas. Las mujeres afrodescendientes no están ajenas a esta cruda realidad, ya que son víctimas de múltiples formas de violencia, donde el factor racial se hace evidente en los países de la región. Igualmente, se destaca que la violencia contra los jóvenes afrodescendientes es otro foco de alta preocupación en la región, lo cual se expresa en la alta prevalencia de fallecimientos de estos por causas relativas a la violencia. (CEPAL, 2017)

En el mismo sentido, se encuentran algunos de los resultados del trabajo que viene realizando la OPS para conceptualizar la salud intercultural desde la perspectiva de las poblaciones afrodescendientes, se relacionan con: a) una alta invisibilidad estadística para los pueblos afrodescendientes de las Américas, lo que limita el análisis comparativo de la situación de las personas afrodescendientes por país; b) se evidencia que la población afrodescendiente presenta mayor porcentaje de pobreza, con diferencias desde los 6 hasta los 28 puntos porcentuales, en los países de las Américas que reportan cifras de pobreza por distinción étnico-racial para la población afrodescendiente, que; c) *las tasas de mortalidad infantil* de la población afrodescendiente presentan una tendencia elevada por encima de los promedios nacionales; d) la esperanza de vida se estima en estos países entre los 64 y los 80 años de edad; e) se evidencian grandes disparidades en el indicador de *Razón de Mortalidad Materna por cada 1000 nacidos vivos*, en algunos países donde se reportan cifras diferenciadas étnicamente.



Desde la OPS también se observan algunas enfermedades que, según evidencias científicas, se presentan más comúnmente en personas afrodescendientes debido a factores étnicos, y son: la anemia de células falciformes, la deficiencia de glucosa-6-fosfato, hipertensión, trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes mellitus.

Respecto a la calidad y cobertura de los servicios se señala que, existe baja cobertura de acceso a los servicios básicos de saneamiento, asistencia sanitaria precaria y de cobertura reducida, en los lugares donde se concentra la población afrodescendiente, con deficientes recursos técnicos y humanos para la atención, el desprecio por su medicina ancestral, el desconocimiento de las patologías derivadas de su condición socioeconómica, étnica e histórica y la información inadecuada o inexistente en salud para la toma de decisiones.

Se concluye entonces que todo lo mencionado anteriormente, configura una *gran brecha en la situación de la salud de la población afrodescendiente* con respecto al promedio de las poblaciones nacionales a pesar de la resistencia y lucha histórica de esta población y una extensa normatividad y políticas afirmativas como las que se encuentran en los países, "como una manifestación *del racismo en salud* sobre estas poblaciones.

1.3.2 Caracterización de la Salud de los Afrodescendientes en los Países Andinos

Si bien se han dado avances en la incorporación de la dimensión étnico-racial en las políticas públicas de salud de los países andinos pertenecientes al ORAS - CONHU, aún se resaltan las limitaciones relativas a la disponibilidad de información en salud que, desde la perspectiva afrodescendiente, permitan monitorear la salud de dicha población y las desigualdades asociadas. Bajo esta consideración, se presentan a continuación los datos que arrojan diversos estudios e informes sobre la materia:

a) Respecto a *las enfermedades más frecuentes* entre los afrodescendientes, se establece que para **Colombia**, el patrón epidemiológico de la población negra o afrocolombiana se caracteriza por una *alta incidencia y prevalencia de enfermedades* transmisibles como la EDA, IRA, Tuberculosis y Malaria, así como por problemas de desnutrición lo cual se corresponde con las estimaciones del Censo DANE 2005, según el cual este grupo poblacional se ubica dentro de los sectores de población con más altas tasas de NBI, más baja calidad de vida y mayor marginalidad y pobreza. (Colombia, MSPS, 2016).

Para el caso de **Ecuador**, se plantea que "... el pueblo afroecuatoriano presenta una alta prevalencia de enfermedades como la Hipertensión Arterial, Diabetes y Anemia Falciforme. Tristemente, también tiene una tasa de mortalidad infantil más elevada que el promedio del país, pero, significativamente menor que la indígena. A pesar de los elevados índices de pobreza, el pueblo afroecuatoriano tiene ciertas prácticas, en medio de su situación de exclusión social y económica, que nos lleva a reflexionar, observar y

estudiar con detenimiento como operan estas prácticas que determinan la protección de los infantes para mantenerlas y promoverlas.” (Ecuador, MSP, 2011).

En términos de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, la anemia falciforme tiene importantes repercusiones de salud pública, no todas las muertes se producen en el primer año de vida, muchas de ellas se pueden observar hasta los cinco años de edad. En la actualidad la sobrevivencia de niños drepanocíticos mayores de cinco años va en aumento, sin embargo, puede ser letal en cualquier momento.



Tabla 1: Número de atenciones por drepanocitosis o anemia falciforme en Ecuador 2013-2016

Casos diagnóstico drepanocitosis		2013 - 2016	
Provincia	Cantón	Año	Total
Azuay	Guachapala (solo hay información de este año)	2016	14
Bolívar	Guaranda	2013 al 2016	2
Cañar	La Trocal (solo hay información de año indicado)	2013	2
Carchi	Tulcán - Bolívar	2013 al 2016	225
Cotopaxi	Saquisilí - La Maná (información de este año)	2014	4
Chimborazo	Riobamba (solo hay información de este año)	2013	4
El Oro	Machala, Arenillas - S. Rosa	2013 al 2016	60
Esmeraldas	Todos los cantones	2013 al 2016	290
Guayas	Guayaquil - otros cantones	2013 al 2016	243
Imbabura	Ibarra - Antonio Ante, Urcu	2013 al 2016	94
Los Ríos	Babahoyo, todos los cantones	2013 al 2016	101
Manabí	Portoviejo, Valencia, otros	2013 al 2016	137
Pastaza	Pastaza	2013 al 2016	18
Pichincha	Quito	2013 al 2016	505
Galápagos	Santa Cruz	2013 al 2016	2
Orellana	Joya de los Sachas	2013 al 2016	19
Tungurahua	Ambato	2013 al 2016	62
Santo Domin	Santo Domingo de los Tsachila	2013 al 2016	55
Santa Elena	Santa Elena,	2013 al 2016	50
TOTAL			1887

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y análisis de la información en Salud MSP-RDCAA

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural

Cuadro Nro.1: Egresos Hospitalarios de personas con anemia falciforme-Ecuador

Egresos Hospitalarios		2013 - 2016	
Provincia	Cantón	Año	Total
Azuay	Guachapala (solo hay información de este año)	2016	14
Bolívar	Guaranda	2013 al 2016	2
Cañar	La Trocal (solo hay información de año indicado)	2013	2
Carchi	Tulcán - Bolívar	2013 al 2016	225
Cotopaxi	Saquisilí - La Maná (información de este año)	2014	4
Chimborazo	Riobamba (solo hay información del año indicado)	2013	4
El Oro	Machala, Arenillas - S. Rosa	2013 al 2016	60
Esmeraldas	Todos los cantones	2013 al 2016	290
Guayas	Guayaquil - otros cantones	2013 al 2016	243
Imbabura	Ibarra - Antonio Ante, Urcu	2013 al 2016	94
Los Ríos	Babahoyo, todos los cantones	2013 al 2016	101
Manabí	Portoviejo, Valencia, otros	2013 al 2016	137
Pastaza	Pastaza	2013 al 2016	18
Pichincha	Quito	2013 al 2016	505
Galápagos	Santa Cruz	2013 al 2016	2
Orellana	Joya de los Sachas	2013 al 2016	19
Tungurahua	Ambato	2013 al 2016	62
Santo Domin	Santo Domingo de los Tsachila	2013 al 2016	55
Santa Elena	Santa Elena, Libertad	2013 al 2016	50
		TOTAL	1887

Fuente: Dirección Nacional de Estadística y análisis de la información en Salud MSP-RDCAA

Elaboración: Dirección Nacional de Salud Intercultural

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador¹⁰



Como se evidencia en los cuadros anteriores, hay un sector de la población ecuatoriana que necesita la atención adecuada para mejorar su situación de salud, ante una enfermedad que se encuentra con frecuencia en personas de etnia afrodescendiente y su mestizaje, los pacientes con anemia de células falciformes muestran “la presencia de la hemoglobina S en forma homocigota (HbSS); ésta se produce por una alteración en la cadena beta de la hemoglobina, resultante de la sustitución de adenina por timina en el gen de la globina beta ubicada en el cromosoma 11 del ADN (responsable de la producción de hemoglobina), lo cual produce la sustitución de la valina en lugar del ácido glutámico en la posición 6 de esta cadena por no tener sin tesis de una cadena β normal poseen una total ausencia de hemoglobina A y su mayor componente es la hemoglobina S (75-95%) con una menor proporción de hemoglobina A_2 y una porción variable de hemoglobina F_6 ; ésta anemia presenta graves síntomas clínicos que representan un impacto significativo en morbilidad y mortalidad.¹¹”

En cuanto a algunos de los estudios realizados hasta el momento en el Ecuador sobre hemoglobinopatías, *Domínguez, et al.* en el año 2013 publicó un estudio que valoró la prevalencia de las variantes de hemoglobina de afrodescendientes en la población de Ambuqui (Ibarra). Se recolectaron 115 muestras de sangre para análisis por electroferesis capilar; de una población total de 5 477 individuos, encontrándose un 22% de variantes de hemoglobina, entre los que se hallaban HbAS 14%, HbE 4,4%, HbF 2,6% y HbC 1%¹²

Por otra parte, según la ENSANUT- ECU 2012, respecto a la prevalencia de hipertensión en la población de 18 a 59 años, por etnia, registra que la prevalencia más alta está en el grupo étnico montubio (42,4%), seguido del afroecuatoriano (37,9%), y la prevalencia más baja se muestra en los indígenas (28,5%). (MSP/INEC, 2014). Este comportamiento es similar para hombres y mujeres. Cabe resaltar que se identifica como una posible causa “...el exceso de consumo de sal durante muchos años probablemente desempeña un papel mayor en el desarrollo de la hipertensión en estos grupos (Barba et al., 2007, citado por MSP/INEC, 2014).

Por otra parte, la prevalencia de valores anormales de biomarcadores lipídicos en la población de 10 a 59 años, por etnia, registra que la *hipercolesterolemia* se presenta con mayor frecuencia en el grupo étnico afroecuatoriano (26,4%).

En cuanto a la prevalencia de *diabetes en la población de 10 a 59 años, por etnia*, se muestra que el grupo étnico afroecuatoriano es el que presenta la mayor prevalencia (3,1%), así como la población agrupada como mestiza, blanca u otra (2,9%). Estos valores contrastan con la prevalencia encontrada en la etnia indígena, que es tres veces menor (0,9%).

¹⁰Elaborada a partir de la información entregada por la Dirección Nacional de Estadística, el Sistema RDACAA registra las siguientes atenciones en el periodo 2013-2016

¹¹ Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicina. Acute Pain Management: Scientific evidence. Third edition 2010.

¹² Domínguez Y, Zurita C, Calvopiña D, et al. Prevalence of common hemoglobin variants in an afrodescendent Ecuadorian population. BMC Research Notes 2013, 6:132.



Se observa que la *prevalencia de anemia* en mujeres de 20 a 49 años es ligeramente más alta en los quintiles de menores ingresos económicos, al igual que en la población indígena y afroecuatoriana. Pero en general podría decirse que el problema afecta a todas las mujeres de 20 a 49 años. En cuanto a etnia, las montubias y afroecuatorianas presentan las prevalencias más altas de deficiencia de hierro.

Para el caso de **Perú**, según el Estudio Especializado sobre la Población Afroperuana – EEPA, encontró que **las enfermedades más frecuentes**¹³ son la hipertensión arterial (25,3%), los problemas de colesterol (14,1%), la diabetes (6,3%) y los problemas cardíacos (6.0%), observando mayor incidencia en las zonas urbanas que en las rurales y que las mujeres afroperuanas son las más afectadas por dichas enfermedades (30,73% de mujeres afectadas frente a un 19,39% de hombres). Igualmente, el EEPA, con base en otros estudios, identifica la anemia falciforme, los problemas coronarios, la diabetes y la prostatitis. Para el caso de niñas y niños afroperuanos, se encuentra que la anemia es la enfermedad más común.

Finalmente, para el caso de **Venezuela**, según investigaciones realizadas por 15 años sobre la salud de las comunidades afrovenezolanas¹⁴, se determina que *las patologías más frecuentes* en esta población pueden agruparse en tres grandes categorías, según las variables que las determinan: carga genética, estilos de vida, actividades laborales, y las complicaciones que puedan ocurrir cuando falta organización y planificación de los servicios de salud. (Masín, 2017)

❖ **Enfermedades relacionadas con la carga genética.** Se establece que prevalecen en la población afrovenezolana algunas enfermedades relacionadas con la genética, principalmente en las comunidades de las costas venezolanas, como la anemia drepanocítica o falciforme, que “es una enfermedad genética relacionada con la ancestría africana” y la hipertensión arterial sistémica, pues “se conoce que entre el 40% y el 50% de los pacientes con hipertensión arterial, tiene origen genético.

❖ **Enfermedades relacionadas con el estilo de vida.** Se encuentran una alta prevalencia de neoplasias de vías digestivas (estómago, páncreas, hígado, colon, recto); los trastornos endocrinos metabólicos (Síndrome metabólico,

¹³ Según el CEDET (2008), el 37% de la población afroperuana sufre de alguna enfermedad crónica. Y los resultados del EEPA señalan que el 40.7% de jefes o jefas de hogares afroperuanos, de toda la muestra, tuvieron una enfermedad crónica.

¹⁴ A partir de un estudio de caso, recoge 15 años de investigaciones y utilizando un recurso estadístico llamado “Proxys geográfico”, ya que las estadísticas oficiales están tan disminuidas y no representan la cantidad y la realidad de la población afrodescendiente venezolana, se analiza situación de salud de las comunidades afrodescendientes, que aporta elementos respecto a: a) las enfermedades que se presentan en las comunidades afrodescendientes, específicamente el pueblo de Chuao y b) la organización de los servicios de salud como determinantes de estas enfermedades.



Hiperinsulinismo, Diabetes mellitus tipo Hipertensión arterial y las enfermedades hídricas (Síndrome diarreico, Parasitosis, Dermatomicosis)

❖ **Enfermedades relacionadas con la actividad laboral.** Patologías oftalmológicas (por las actividades marítimas y la exposición al sol) y los trastornos músculo esquelético (relacionado con la manipulación de carga)

❖ **Enfermedades relacionadas con la organización y planificación de los servicios de salud.** Dado que las enfermedades antes mencionadas son en su gran mayoría “prevenibles”, se considera que es el servicio de salud el responsable de hacer las intervenciones para evitarlas, como la educación, promoción y prevención que hagan posibles los cambios en los hábitos de vida, en el saneamiento ambiental y en los riesgos laborales. Así mismo, realizar las adecuaciones para mejorar la accesibilidad a las características geográficas y culturales de estas comunidades afro en todo el territorio nacional.

Por su parte, el análisis que aporta **Venezuela**, destaca que “según la OMS y lo expuesto en Congresos Internacionales y más recientemente el presentado en Venezuela como el XV Congreso Venezolano de Cardiología Intervencionista SOVECI 2017 en el cual señaló el Dr. José Luis Vilorio, se estima que en “la población mundial para el año 2030, la clasificación etaria en salud para los ancianos o adultos mayores sea muy inferior a los 65 años acortando el tiempo que se viene estudiando hasta el momento, asimismo indicó siendo una de las afecciones más concomitantes: Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA)(...) es allí donde los estudios señalan a la DM como potencial causa principal de muerte, alcanzando a un número mayor de 400 millones de habitantes. Por lo que hacemos énfasis en el reconocimiento a la atención integral del paciente Afrodescendiente con esquemas o protocolos de atención específicos, que ahonden en su estilo de vida y pertinencia geografía y otros factores, pues se ha observado un incremento en 30% de mortalidad por Infarto Agudo al Miocardio (IMA), asociado a Dislipidemias, HTA y DM descompensada.” (MPSV- Dirección de Salud Afrodescendiente).

b) En cuanto a la mortalidad infantil de la población afrodescendiente estimada a 2010, en **Colombia**, fue 26 por cada 1 000 nacidos vivos, lo cual indica que la probabilidad de que un niño o niña afrodescendiente muera antes de cumplir su primer año, es

Tabla 2: Enfermedades más frecuentes entre los afrodescendientes de los Países Andinos

Países	Enfermedades más frecuentes	Indicadores
Bolivia	Infección Respiratoria aguda (IRA)	S.I
	Enfermedad Diarreica Aguda, (EDA)	S.I
	Micosis cutánea	S.I
	Heridas y contusiones	S.I
	Hipertensión arterial	S.I
Colombia	Enfermedad Diarreica Aguda, EDA	S.I
	Infección Respiratoria Aguda, IRA	S.I
	Tuberculosis	S.I
	Malaria	S.I
	Desnutrición	S.I
Chile	S.I	S.I
Ecuador ¹⁵	Hipertensión Arterial	(37.9%),
	Diabetes	(3.1%)
	Anemia Falciforme	777 casos (2013 - 2016)
	Hipercolesterolemia	(26.4%).
Perú	Hipertensión arterial	(30.3%)
	Los problemas de colesterol	(12.1%),
	La diabetes	(6.3%)
	Obesidad - sobrepeso	(73.5%)
	Los problemas cardiacos	(6.0%),
Venezuela	La Anemia drepanocítica o falciforme	S.I
	La Hipertensión arterial sistémica	40%
	Diabetes mellitus tipo 2	15%
	Síndrome diarreico, Parasitosis, Dermatomicosis	1%

¹⁵ Cabe resaltar que Ecuador lleva un registro de las "Causas de morbilidad en consulta externa de usuarios con autoidentidad afrodescendientes, según distritos Ministerio de Salud Pública".



un 1.6 veces mayor al valor correspondiente a la niñez no afrodescendiente. (CEPAL, 2017). Para 2013, se estimaron 18 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el grupo de los Raizales (San Andrés y Providencia), 16 en los pertenecientes al grupo Negro, Mulato, Afrocolombiano o afro descendientes y 11 en los Palenqueros de San Basilio. (Colombia, MSPS, 2016).

En **Ecuador**, igualmente para el 2010, la mortalidad infantil fue de 25 por cada 1.000 nacidos vivos en la población afroecuatoriana, frente a una tasa de 20.5 por cada 1.000 nacidos vivos en no – afroecuatorianos. Y en **Venezuela**, para 2010, la mortalidad infantil fue de 18.4 por cada 1.000 nacidos vivos en la población afrovenezolana, frente a una tasa de 14.3 por cada 1000 nacidos vivos en no – afrovenezolanos. (CEPAL, 2017)

- c) La razón mortalidad materna¹⁶ de las mujeres afrodescendientes en Colombia, en el período 2010-2013, fue de 152,9 por cada 100.000 nacidos vivos, algo más del doble del promedio nacional, que fue de 66.5. (CEPAL, 2017). Al 2014, la razón de muertes maternas en la población afrocolombiana se encontraba en 132,9 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, razón que según lo anteriormente expuesto se encuentran muy por encima de los indicadores de la población general (49,7 muertes por cada 100.000 nacidos). Al respecto se señala que “Variables como la ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes; por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad”. (Colombia, MSPS, 2016).

Se resaltan las razones de mortalidad materna más altas, se encuentran en las poblaciones de San Basilio de Palenque (Bolívar) donde, para 2013 se encuentran valores de 1.075,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos¹⁷. Asimismo, en el departamento del Chocó donde se reportan muertes 4 veces superior al promedio nacional, en una proporción similar a Cali y Cartagena, donde las tasas de mortalidad materna en mujeres afro son mayores que en mujeres no étnicas. (Colombia, MSPS, 2016)

En **Ecuador**, en el periodo 2010-2013, la razón mortalidad materna de las mujeres afrodescendientes fue de 272.5 por cada 100.000 nacidos vivos, que representa casi cuatro veces de la misma razón correspondiente al promedio nacional, que fue de 69. (CEPAL, 2017)

¹⁶ En este tema, Venezuela destaca la Resolución REMSAA extraordinaria XXIV/4 de octubre del 2010, mediante la cual los Ministros de Salud resuelven “solicitar la continuidad del trabajo realizado por el Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes y socios estratégicos y su extensión al tema de Salud Materna con enfoque intercultural que signifique énfasis en población vulnerable incluida la poblaciones originarias.” (MPSV- Dirección de Salud Afrodescendiente)

¹⁷ El estudio señala que “es importante tener en cuenta que estos valores están influenciados por el bajo denominador del indicador: por lo tanto, una muerte tiene gran peso.” Además, dice que “este comportamiento en todos los grupos refleja debilidades de la variable en el registro de mortalidad, pues entre 2005 y 2013 apenas 26.481 (49.6%) muertes tenían clasificación, las demás no tenían la variable reportada.”

- d) Respecto a la *asistencia a controles prenatales*, en 2010-2013, la proporción de mujeres afrodescendientes en **Colombia** que tuvieron al menos cuatro controles prenatales, fue del 86,2% frente a un 89,7% de no – afrodescendientes. En el mismo año, los partos atendidos por personal calificado fueron de 88,4% en afrodescendientes, frente a un 95,9% de no- afrodescendientes. (CEPAL, 2017)

En el **Ecuador**, se señala que muchas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Así, según la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) del 2004, el 78,5% del total de partos acontecidos en el país durante el periodo 1999 - 2004 fueron atendidos en establecimientos de salud¹⁸; lo cual se atribuye a la vigencia de la partería tradicional, junto con las percepciones de calidad en las relaciones interpersonales en las unidades operativas del MSP, factores que juegan un rol importante en las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz.

En el **Perú**, las gestantes que recibieron su primer control pre natal en el primer trimestre, según área de residencia, es menor en gestantes nativas amazónicas que residen en el área rural, 63,2%; quechua/aymara, el 72,9%; afrodescendiente 76,5% y blanco y mestizo, 74,7% y 76,9%, respectivamente. En relación a las gestantes, que recibieron sus atenciones prenatales completas fue menor en el ámbito rural y en menor proporción en las gestantes de origen nativo amazónico, 66,6%; en tanto que en quechuas/aymara, 86,2%; afrodescendiente 84,4%, blanco 86,0% y mestizo 84,6%.

En relación al personal de salud que atiende a la gestante en su control prenatal, según área de residencia rural, en todos los casos es la obstetrix: quechua/aymara, 76,3%; nativo amazonía, 38,5%, afrodescendiente, 64,5% y blanco y mestizo, 63,1% y 63,4%, respectivamente. (ENDES 2017)

- e) Con respecto al *embarazo en adolescentes*, según la OPS, **Colombia**¹⁹ registra, para el 2005, el 19,0% de adolescentes afrodescendientes entre 15 y 19 años son madres, frente a 14,2% de las adolescentes no – afrodescendientes; en Ecuador, en 2010, la proporción fue de 25,3% en afrodescendientes frente a 16,7% no – afrodescendientes; en Venezuela, en 2011, la proporción fue de 19,4% en afrodescendientes frente a 14,5% no – afrodescendientes. (CEPAL, 2017)

En **Perú**, las adolescentes (15 a 19 años) que alguna vez han estado embarazadas o que son madres en poblaciones indígenas, tiene mayor por porcentaje en adolescentes de origen étnico nativo, 24,2% (alguna vez ha estado embarazada) y

¹⁸ Estas estadísticas varían considerablemente, entre las provincias, principalmente, en las áreas rurales. Por ejemplo, en toda la región Amazónica, más del 30% de los partos atendidos fueron domiciliarios. En Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas este porcentaje es mayor al 40%. (Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) del 2004)

¹⁹ En este país, las tasas de embarazo en adolescentes son más altas en las regiones Caribe y Pacífica donde estas son superiores al promedio nacional, este comportamiento es similar al interior de Territorios Colectivos de 50 municipios, donde es mayor el porcentaje de madres adolescentes que el promedio nacional. (Colombia, MSPS, 2016)



19,3% (ya son madres). Por área de residencia, son más elevados los porcentajes en el área rural, en primer lugar, las adolescentes de origen nativo: alguna vez estuvieron embarazadas, 38,5%; ya son madres, 31,8%; embarazadas por primera vez, 6,7%; continua las adolescentes afrodescendientes: alguna vez embarazadas, 30,7% y ya son madres, 23,2%; embarazadas por primera vez, 7,5%. Las adolescentes por origen étnico quechua/aymara son quienes registran menor proporción en comparación de otros grupos poblacionales: alguna vez embarazadas, 17,5%; ya son madres, 14,6% y embarazadas por primera vez, 2,9%. (ENDES 2017)

- f) En cuanto la *utilización de métodos anticonceptivos*, se registró una mayor proporción de mujeres en las regiones de mayor presencia **afrocolombiana** que no utilizan ningún método de anticoncepción. (Colombia, MSPS, 2016). En el Perú, el EEPA encontró que, en la población **afroperuana**, el (55,3%) de las mujeres jefes de hogar o cónyuges encuestadas usan métodos anticonceptivos para evitar tener hijos y solo el 7,7% los utilizan teniendo como principal fin evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual. También se resalta como tema relevante de la educación sexual de los *adolescentes afroperuanos*, que, si bien acceden a los conocimientos respecto de las ITS y métodos de planificación familiar, a través de sus pares, mas no por parte de la escuela o los centros de salud. (Ministerio de Cultura/GRADE, 2015)

En **Perú**, el 75,4% de mujeres unidas al momento de la entrevista usaban métodos anticonceptivos. Según autoidentificación, en población indígena, el mayor porcentaje lo tiene, las mujeres que se consideraron como quechua/aymara, 49,4%; la población nativa más bajo, 44,2% y las mujeres que se consideran como afrodescendiente alcanzaron el 57,2%. Por área de residencia, en todas las poblaciones por origen étnico, los métodos anticonceptivos modernos, tienen mayor uso en el área urbana. La mayor brecha de diferencia entre el área de residencia urbana y rural, se da en la población nativa, con 70,3% y 30,9%; respectivamente. Existiendo una diferencia de 39,4 puntos porcentuales (más del doble). El uso de métodos anticonceptivos modernos, en área rural por origen étnico indígena, las mujeres identificadas como quechua/aymara tiene 47,8%; nativo, 30,9% y en la población afrodescendiente, 49,3%. El método tradicional tiene un uso predominante en el área de residencia rural. En primer lugar, en la mujer nativa, 36,5%; seguido por la mujer quechua/aymara, 29,2% y mujer afrodescendiente, 26,5%. El método anticonceptivo tradicional más usado en el área rural es la abstinencia periódica, en todas las poblaciones por origen étnico, siendo más elevado en las poblaciones indígenas, quechua/aymara, 19,1%; nativo 18,1% y afrodescendiente, 17%. Resalta el uso del método folclórico en la mujer de origen nativo que registra 13,7%. El método anticonceptivo moderno más usado en la

población indígena en el área de residencia urbana es la inyección, en la población nativa con 29,2% y en la población afrodescendiente, 23,9%. Pero en la mujer quechua/aymara es el condón masculino, 20,5%. En tanto que, en el área rural, la inyección es el método moderno más usado, 26,3% en las mujeres afrodescendientes, el 24,5% en la mujer quechua/aymara y 24,4% en la mujer nativa. (ENDES 2017)

- g) En relación con la prevalencia de **desnutrición y sobrepeso**, se encuentra que la **desnutrición global**²⁰ en **Colombia**, según la Encuesta ENSN, 3,40 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global en el 2010. La prevalencia de esta desnutrición en el pueblo afro es de 3,90, siendo en un 62% mayor en el área rural que en el área urbana (4,70 y 2,90, respectivamente). Para el mismo año, la prevalencia de **desnutrición aguda**²¹ en la población colombiana total fue del 0,9% y en población afrocolombiana se encuentra en 1,6%. (Colombia, MSPS, 2016).

La prevalencia de sobrepeso en personas afrocolombianas de 18 a 64 años es del 31,7%. (Colombia, MSPS, 2016). En el **Ecuador**, la proporción de obesidad en los afroecuatorianos (16,8%) frente al 7,1% de prevalencia nacional, es decir, la etnia afroecuatoriana duplica la prevalencia nacional. Para el **Perú** se tiene que "... las personas afroperuanas encuestadas tienen sobrepeso el 28,4%, siendo El Carmen es el ámbito donde se observa los mayores porcentajes de sobrepeso (30%), seguida de Morropon (26,9%) y Yapatera (26,2%). El 45,1% de las personas afroperuanas encuestadas sufren de obesidad., donde el ámbito de El Carmen con un 46,1% supera al promedio total, así como a los ámbitos de Morropon (40,7%) y Yapatera (45,2%...)" (Trujillo, O. et al-CENSI, citado por ORAS-CONHU, 2017)

- h) Respecto del estado de la **salud de las niñas, niños y adolescentes**, en el caso de los afroperuanos se señala que "la situación de vulnerabilidad de este grupo poblacional, al contar con altos porcentajes de enfermedades crónicas y alta ocurrencia de enfermedad en la primera infancia, hace necesario prestar singular atención a esta situación debido a que la primera infancia es la etapa en la que los niños y niñas deben gozar de buena salud y nutrición a fin de asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo durante su ciclo de vida". (UNICEF. Plan Internacional y CEDET citado por Ministerio de Cultura, 2014). También se resalta que el tema del bullying por raza o color de piel es un aspecto relevante en relación con la salud de las niñas y niños afroperuanos, pues ellos sienten que sufren más en su comunidad educativa. (GRADE citado por Ministerio de Cultura, 2014).

²⁰ Hace referencia al déficit de peso para la edad. Este tipo de desnutrición indica que el niño recibe una dieta insuficiente para su edad, pero también puede ser efecto de alguna afección reciente.

²¹ Bajo peso para la talla en niños menores de 5 años.



En **Perú**, la proporción de niños con anemia es más elevada en el área rural y en grupos de edad de 6 a 11 meses, en todas las poblaciones, siendo mayor en la población nativa, 76,1%, 67,5% afroperuanos, etc. Respecto a la proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro con el propósito de prevenir y disminuir la prevalencia de anemia. El porcentaje de niños nativo amazónico con anemia es más elevado (64,8%) y tiene un porcentaje menor en el consumo de suplemento de hierro (24,6%). En la población quechua/aymara el consumo de suplemento de hierro registra 35% y niños afrodescendientes: 34,9%. La proporción de niñas y niños más afectadas con desnutrición crónica se encuentran en el área rural, en primer lugar, la población nativa amazónica, 35,3% luego la afrodescendiente, 30,4% y por grupo de edad, el mayor porcentaje de desnutrición se da en el grupo de edad de 12 a 23 meses de edad, en mayor proporción en la población nativa, 33,4% luego la población afrodescendiente, 28,5%. Vacunación. El porcentaje de niñas y niños menores de 12 meses de edad con vacunas básicas completas por origen étnico, en el área urbana, resulta más elevado en la población quechua/aymara y mestizo con 81,8%, en ambos casos, luego el afrodescendiente, 80,6%; y el más bajo en la población nativa, 71,6%; este porcentajes es casi el doble de la proporción de niños con vacunas completas en el área rural que registra 31,3%; siendo 40,3 puntos porcentuales de diferencia entre el área urbana y rural en esta población nativa. Con respecto a las vacunas específicas, la vacuna BCG tiene una menor proporción en niños de la población nativa, 62,8%; en las otras poblaciones registran: quechua/aymara, 95,6%; afrodescendiente, 92,7%; blanco, 95,9% y mestizo, 94,8%. El porcentaje de niños de 24 meses de edad de la población nativa aumenta en relación al grupo de 12 meses (en urbano, de 71,6% a 72,1% y en rural de 31,3% a 35,7%), en los niños de los otros grupos poblacionales disminuye en todos los casos a nivel rural y urbano, aún así la proporción de niños con vacunas básicas de las poblaciones quechua/aymara, afrodescendiente, blanco y mestizo es más elevado que los niños nativos. En el área rural, los niños de la población identificada como quechua/aymara es de 76,5% y en afrodescendiente, 77,5%; más del doble del porcentaje de los niños de población nativa (35,7%). En relación a vacunas específicas, BCG, los niños de la población quechua/aymara registra 94,8% y nativo 70,5% y la población afrodescendiente, 93,6%. La cobertura en todos los tipos de vacuna, en los niños de población nativa tiene porcentajes más bajo, especialmente en la antisarampiosa con 66.6%. En los niños menores de 36 meses, en el área urbana y rural se mantiene los porcentajes de cobertura de vacunas en la población quechua/aymara y afrodescendiente y en la población nativa aumenta algunos puntos porcentuales, en el área rural 36,6% y urbana, 75,2%. En comparación a las otras poblaciones, la cobertura de vacuna en los niños de la población nativa continúa siendo menor. (ENDES 2017)

En cuanto a la salud de niños, niñas y adolescentes **afroecuatorianos** se señala que los preescolares afroecuatorianos son los que en mayor proporción presentan deficiencia de vitamina A (29,4%) en comparación con indígenas (17,2%), montubios (20,5%), y mestizos, blancos y otros (16.0%); también presentan la segunda más alta prevalencia



de deficiencia de zinc, después que los adolescentes montubios y, en cuanto a la distribución de yodo urinario, se observa que los escolares afroecuatorianos y montubios son los que presentan los valores más altos de yodo urinario. Respecto a la frecuencia de la asistencia al dentista, el grupo étnico afroecuatoriano presenta la mayor prevalencia de no haber ido al dentista en los últimos 12 meses (46,6%), seguido de los habitantes agrupados como montubios (43,7%). Finalmente, en la población de 10 a 19 años, el grupo étnico con mayor proporción de adolescentes que hacen dieta para adelgazar es el afroecuatoriano (10,0%) y el que muestra menor proporción es el indígena (1,9%).

- i) Sobre el **acceso y la calidad de los servicios de salud**, para el caso del **Perú** se referencian estudios que dan cuenta que, en ciertas localidades, “la mayoría de niños y niñas afroperuanos, por diversos motivos, no llegan a atenderse las enfermedades en un establecimiento de salud” lo cual supondría algún nivel de insatisfacción de los padres con estos establecimientos y con la calidad de los servicios brindados, una limitada disponibilidad del establecimientos de salud de mayor nivel de complejidad cercanos, escasez de medicamentos en aquellos establecimientos o la dificultad de comprar aquellos que el Seguro de Salud Integral no cubre.

En **Perú**, respecto a los lugares donde acudió la población indígena por enfermedad/ accidente, el 54, 2% no acudió a ninguno; el 16,5% fue a un puesto de salud del Ministerio de Salud, el 12,4% acudió a una farmacia/botica. Según la autoidentificación de las personas, el 50,3% de población que se considera quechua no buscó atención; así como el 51,8% de nativo de la Amazonía, el 58,4% de aymara y el 47,9% de personas identificadas como afrodescendiente. El 17,7% de personas identificadas como quechuas acudieron a la farmacia/botica y un poco más elevado fue en el caso de los afrodescendientes registrando el 19,8%. Las personas identificadas como nativos de la amazonía acudieron en mayor porcentaje a los puestos de salud del MINSa, el 19,2%. Por autoidentificación, en todas las poblaciones identificadas como indígenas, en primer orden para no atenderse, señalaron que no era grave/ necesario; quechua, 36,3%; aymara, 26,0%; nativo de la amazonía, 46,8% y afrodescendiente, 44,0%. En segundo lugar, para los nativos amazónicos y afrodescendientes, es la auto receta/repeticion de receta anterior, el 22,6% y 16,3%, respectivamente. Para las personas identificadas como aymaras, el segundo lugar fue la falta de tiempo con 25,5%. Para los quechuas, el segundo lugar para no atenderse fue que prefiere curarse con remedios caseros, 27,3%. (ENAH0 2017)

- j) En cuanto al aseguramiento en salud, en **Colombia** la afiliación al sistema de salud para la población afrocolombiana es del 21% en el régimen subsidiado y del 26% en el régimen contributivo, frente al 23% de afiliación en régimen subsidiado y el 36% régimen contributivo, para el resto de la población colombiana. (OPS, 2008)

En **Perú**, respecto a la afiliación a un tipo de seguro de salud, el 88,1% de la población

que declaró pertenecer a lengua nativa tiene el Seguro Integral de Salud (SIS) y el 11, 1%, EsSalud. Según autoidentificación, toda la población identificada como indígena señaló mayoritaria afiliación al SIS: quechua, 78,5%; aymara, 72,8%; nativo de la Amazonía, 85,2% y la población identificada como afrodescendiente, el 72,5%. En segundo lugar, como más referido se encuentra EsSalud (quechua, 19,4%; aymara, 24,4%; nativo de la Amazonía, 12,7% y afrodescendiente, 24,5%). (ENAHO 2017)

- k) Respecto a la medicina tradicional afro²², en **Colombia**, se plantea como una práctica “en la cultura del Pacífico colombiano, donde los médicos tradicionales y las plantas medicinales ocupan un lugar importante en la vida diaria de estas comunidades debido al beneficio que generan sus tratamientos y aplicaciones para algunas enfermedades propias de la zona.” (FUDESO citado por Colombia, MSPS, 2016).

La práctica de la partería es tradicional en los pueblos afrodescendientes de la subregión. En **Colombia**, por ejemplo, el Ministerio de Cultura estima que son más de mil 1600 parteras. Desde octubre de 2016²³ las parteras del Pacífico colombiano son consideradas Patrimonio Inmaterial del país. (Colombia, Ministerio de Cultura, 2016)

En el **Ecuador** se resalta la práctica de la partería tradicional, que, aunque no se cuenta con datos precisos sobre la proporción de partos que fueron atendidos por parteras tradicionales o comunitarias, se infiere, a partir de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil ENDEMAIN 2004, que dicha práctica aún está vigente: “entre las mujeres cuyo último parto había tenido lugar en el hogar, el 24% mencionó la confianza y el trato más humano de la partera como una de las razones más importantes para tener un parto domiciliario”

En el **Perú**, sobre las prácticas tradicionales de salud²⁴, el EEPA pudo observar que son ampliamente usadas por el 71,7% de los encuestados, sobre todo en la Costa Norte (76.1%) y en menor proporción en Lima (65,9%). Por otro lado, se resalta el rol de la partera en el nacimiento de las y los niños afroperuanos, encontrándose que el 19,1% de los entrevistados afirmó haber tenido la asistencia de una partera para el nacimiento de alguno de sus hijos.

- l) Sobre la violencia contra las mujeres y los jóvenes afrodescendientes, en el caso de Colombia²⁵, “la violencia que sufren las mujeres afrocolombianas en el marco del

²² La medicina tradicional afro está constituida por un conjunto de prácticas y conocimientos que trajeron los negros de África de sus culturas de origen sobre las enfermedades del cuerpo y del alma de las personas y comunidades y están profundamente ligados a su religiosidad y cosmovisión, (Maya, A, citado por Colombia, MSPS, 2016)

²³ <http://www.mincultura.gov.co/prensa/noticias/Paginas/Las-parteras-del-pacifico-colombiano-son-patrimonio-del-pais.aspx>

²⁴ Entre estas prácticas tradicionales se encuentran: “pasar el huevo” (49,8%), usar hierbas (44,6%) o “rezar” (31,7%)

²⁵ Los acuerdos de paz firmados en el 2016 constituyen un paso importante para comenzar a revertir estas situaciones, para lo cual será necesario desarrollar políticas integrales que incluyan el enfoque étnico-racial (OPS- CEPAL)



conflicto armado, incluye violencia sexual, tortura, desaparición forzada, amenazas de muerte e intimidaciones, y donde todos los actores involucrados en las confrontaciones resultan responsables de violaciones contra ellas. Al 2014, el Registro de Unidad de Víctimas de Colombia registró 563 mil víctimas afrodescendientes, de ellas 52,2% eran mujeres; junto con ello, se observa una alta concentración en la niñez y juventud afrodescendiente, puesto que del total de víctimas afrodescendientes un 58,7% tienen menos de 26 años de edad." (Articulación Regional Feminista de Derechos Humanos y Justicia de Género (2015), citado por CEPAL, 2017)

En el **Perú**, respecto a la violencia contra la mujer, en los hogares afroperuanos, el EEPA señala que el 67% de mujeres afrodescendientes sufrieron alguna vez violencia física, psicológica y sexual (ENDES 2017), encontrándose la reproducción intergeneracional de la misma en la historia familiar de los hogares afroperuanos²⁶.

- m) Finalmente, en cuanto a la discapacidad, **Colombia** reporta que, con corte a julio de 2016, el 0,5% de los registros de alteraciones permanentes realizados en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, corresponde a la población afrocolombiana, negra, palenquera y raizal; la etapa del ciclo vital que más registros reúne es la de los 45 a 59 años de edad, y la alteración con mayor número de registros en esta población es alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.

²⁶ Se encontró que el 34,2% de las madres de las mujeres afroperuanas encuestadas fueron agredidas físicamente, lo cual representa una mayor incidencia de agresiones en las madres. Además de esto, al analizar la correspondencia entre las agresiones a las mujeres encuestadas y sus respectivas madres, se encontró que existe una mayor probabilidad de que una mujer sea agredida si es que su madre también lo fue. De esta manera, entre las mujeres afroperuanas cuyas madres fueron agredidas de forma física, se encontró que el 36.7% también lo fueron, mientras que, entre aquellas mujeres cuyas madres no fueron agredidas, el 18.1% fueron violentadas físicamente

Tabla 3: comparativo de indicadores de salud afrodescendientes Países Andinos

Indicador	Bolivia	Colombia	Chile	Ecuador	Perú	Venezuela
a) Mortalidad infantil	S.I.	26 por cada 1.000 nacidos vivos (2010)	S.I.	25 por cada 1.000 nacidos vivos (2010)	S.I.	18.4 por cada 1.000 nacidos vivos (2010)
b) Razón mortalidad materna	S.I.	152,9 por cada 100.000 nacidos vivos (2010-2013)	S.I.	272.5 por cada 100.000 nacidos vivos (2010-2013)	S.I.	S.I.
c) Asistencia a controles prenatales	64% de mujeres afrodescendientes que tuvieron al menos 4 controles prenatales (2017)	86.2% de mujeres afrodescendientes que tuvieron al menos 4 controles prenatales (2010-2013)	S.I.	S.I.	87,7% de mujeres afrodescendientes que tuvieron 6 controles prenatales (2017)	65% de mujeres afrovenezolanas tuvieron al menos 4 controles prenatales (2016)
d) Embarazo adolescente	31.0% de adolescentes afrodescendientes entre 10 y 19 años son madres. (2017)	19.0% de adolescentes afrodescendientes entre 15 y 19 años son madres. (2010)		25.3% de adolescentes afrodescendientes entre 15 y 19 años son madres. (2010)	16,0% de adolescentes afrodescendientes entre 15 y 19 años son madres (2016- 2017)	19.4% de adolescentes afrodescendientes entre 15 y 19 años son madres (en 2011)
e) Partos atendidos por personal calificado	S.I.	88.4% en mujeres afrodescendientes (2010)	S.I.	S.I.	19.1% había tenido asistencia de una partera para el nacimiento de alguno de sus hijos. 89,8% parto institucional (2017)	80% había tenido asistencia de personal calificado (2016)
f) Utilización de métodos anticonceptivos	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.	55.3% de mujeres jefas de hogar o cónyuges encuestadas 57,2% utiliza método moderno (2017)	40% de mujeres jefas de hogar o cónyuges encuestadas (2016)

g) Desnutrición	3 de cada 100 niños menores de cinco años tenían desnutrición global (2017).	3,90 de cada 100 menores de cinco años tenían desnutrición global (2010)	S.I.	S.I.	15,8% desnutrición crónica en de 36 meses de edad (2017)	8,7 % de cada 100 menores de cinco años (2016)
h) Sobrepeso y obesidad	3.1% de los niños menores de 5 años afrodescendientes con sobrepeso y obesidad	31.7% de la población afrodescendientes con sobrepeso (18 a 64 años)	S.I.	S.I.	28.4% de las personas afroperuanas tienen sobrepeso	29,52% de la población afrovenezolana entre los 18 y 40 años tiene sobrepeso (2008-2010)
	S.I.		S.I.	16.8% la proporción de los afroecuatorianos obesidad (0 - 59 años)	45,1% de las personas afroperuanas sufren de obesidad.	23,65% de la población afrovenezolana entre los 18 y 40 años tiene obesidad (2008-2010)
Prácticas tradicionales de salud,					71.7% de los encuestados hacen uso de medicina tradicional	Más del 80% de la población afrovenezolana hace uso medicina tradicional. Se encuentra en desarrollo un Plan de Integración Buenas Prácticas y de Saberes Ancestrales con el Sistema de Atención Convencional.
Aseguramiento en salud	S.I.	52,2% de víctimas afrocolombianas del conflicto armado afrodescendientes eran mujeres. (2014)	S.I.	S.I.	24.1% de las mujeres afroperuanas ha sufrido violencia psicológica; el 23.7%, violencia física; y el 4.7%, violencia sexual.	S.I.



Discapacidad	S.I.	0.5% de los registros de alteraciones permanentes realizados en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, corresponde a la población afrocolombiana.	S.I.	S.I.	S.I.	S.I.
--------------	------	---	------	------	------	------

Fuente: CEPAL (2017), OPS Colombia (2008), (MSPS, COLOMBIA, 2016), ENSANUT-ECU 2012, Ministerio de Cultura GRADE (2015) S.I.: Sin Información



1.3.3 Políticas Públicas relativas al Derecho a la Salud de la Población Afrodescendiente en los Países Andinos

a) Marco normativo de los Países Andinos

El derecho a la salud de la población afrodescendiente, está contemplado en diversas disposiciones en los distintos países ORAS-CONHU:

En **Colombia**, se referencian, entre otras normas, la Ley 21 de 1991, que ratifica el Convenio 169 de 1989 de OIT²⁷, Ley 1438 de 2011 que estableció el enfoque diferencial como un principio del Sistema de Seguridad Social en Salud, SGSSS²⁸, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015²⁹, la Resolución 1841 de 2013 mediante la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021³⁰, y la Resolución 518 de 2015, donde se imparten directrices para la formulación, ejecución, monitoreo, evaluación y seguimiento del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC departamentales, distritales y municipales³¹, la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, Decreto 4635 de 2011³² relativo a la asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras; y, finalmente, las jurisprudencias de la Corte Constitucional relativas a los derechos de la población Afrocolombiana.

²⁷ Establece que los regímenes de seguridad social deben extenderse a los pueblos interesados y aplicarlos sin discriminación y que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

²⁸ El enfoque diferencial "reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación" y que en el marco de la Atención Primaria en Salud como estrategia de implementación del SGSSS define entre sus principios la interculturalidad (que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud), el enfoque diferencial, la acción intersectorial y la participación social y comunitaria.

²⁹ Establece como un principio la protección de los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras a los que se les garantizará el Derecho Fundamental a la Salud y se aplicará de manera concertada con ellos respetando sus costumbres.

³⁰ El cual contiene una dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables, con un componente de salud en poblaciones étnicas, cuya estrategia se centra en el desarrollo, implementación, seguimiento y evaluación de modelos de atención en salud con enfoque intercultural, en el marco de la concertación de los grupos étnicos

³¹ El Plan de Intervenciones Colectivas-PIC se gestionan mediante procesos de participación social de conformidad con lo establecido en el Plan Decenal de Salud Pública, así como en los planes de vida de los pueblos indígenas, los planes de pueblos afrocolombianos y de los Rrom y en las políticas nacionales.

³² Por el cual se dictan medidas de asistencia, atención, reparación integral y de restitución de tierras a las víctimas pertenecientes a comunidades negras, afrocolombianas, raizales y Palenqueras, brindando elementos para la definición de la Atención Integral en Salud, señalando mecanismos de seguimiento y control, definiendo la Rehabilitación desde las concepciones sociales y culturales y estableciendo el diseño de un módulo étnico en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas - PAPSIVI- para las comunidades y sus miembros



En el **Ecuador**, además de haber ratificado el Convenio 169 de 1989 de la OIT³³, “el derecho a la salud del pueblo afroecuatoriano es de raigambre constitucional, al igual que para el resto de la población del Ecuador”. Son varias las disposiciones que lo consagran, entre las cuales vale la pena destacar los artículos 3, 11, 30, 32, 37, y 358, entre otros. Entre los derechos tutelados se destacan el de no ser discriminados por su estado de salud, incluidos los portadores de VIH/SIDA; a tener un hábitat seguro y saludable; la gratuidad; los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Especial relevancia reviste el Capítulo VI de la Ley de Derechos Colectivos del Ecuador, relativo a la Medicina Natural y los Servicios de Salud³⁴.” (ORAS-CONHU, 2017)

En el **Perú**, se referencian el Plan Nacional de Derechos Humanos 2014–2016, aprobado por DS N°005-2014-JUS³⁵, la Resolución Ministerial RM N°339-MC 2014³⁶ que adopta el Documento de Orientaciones para la implementación de políticas públicas para población afroperuana; el Decreto Supremo No.016-2016-SA, aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural; Ley N° 26842, Ley General de Salud³⁷; la Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres³⁸; Decreto Supremo No 003-2016-MC que aprueba el Plan Nacional de Desarrollo para la Población Afroperuana 2016-

³³ Establece que los regímenes de seguridad social deben extenderse a los pueblos interesados y aplicarlos sin discriminación y que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

³⁴ Prevé: “Art. 18.- El Estado garantizará el derecho de los pueblos afroecuatorianos para organizar y fortalecer en áreas urbanas y rurales, sus propios sistemas y prácticas de medicina natural tradicional.

Art. 19.- El Estado ecuatoriano a través de sus instituciones y dentro de su política nacional en materia de salud y seguridad social, aplicará acciones para los pueblos negros o afroecuatorianos y respetará los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional afroecuatoriana.”

³⁵ El Plan consta de cuatro lineamientos estratégicos que relacionados a la promoción de una cultura de derechos humanos en el Perú: el diseño y fortalecimiento de la política pública de promoción y protección de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales; el diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección; y el fortalecimiento del ordenamiento jurídico interno, a través de la implementación de instrumentos internacionales para la promoción y protección de los derechos humanos. El Lineamiento Estratégico 3 está orientado al diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección, entre lo que se encuentra la población Afroperuana y Minorías Étnico-Raciales.

³⁶ El documento de orientaciones para la implementación de políticas públicas para población afroperuana es un instrumento que tiene como objetivo establecer un conjunto de orientaciones básicas para guiar la política del Estado peruano con relación al desarrollo e inclusión social y el ejercicio de los derechos de la población afroperuana.

³⁷ El artículo XVII del referido Título Preliminar, establece que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado.

³⁸ Establece como uno de los principios básicos para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, el respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo



2020; y el Decreto Supremo No 004-2015-MC³⁹, sin olvidarnos de que ratificó el Convenio 169 de 1989 de la OIT⁴⁰.

En **Venezuela**, se relacionan la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1.999)⁴¹, que reconoce multiétnicidad y pluriculturalidad de la Nación; el Plan de La Patria 2013 – 2019, señala en el objetivo específico No. 4 “promover la intersectorialidad en el desarrollo de políticas públicas para incentivar la información, educación y promoción de la salud”; La Ley Orgánica contra la Discriminación Racial (2011)⁴²; el Plan Nacional de Salud 2017 – 2021, que transversaliza en su estructura estratégica el desarrollo de programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables, dentro de las que se considera a las poblaciones y comunidades afrodescendientes. Además de ratificar el Convenio 169 de 1989 de la OIT⁴³

b) Marco institucional relativo a la salud intercultural afrodescendiente

Desde el punto de vista institucional, se evidencia una adecuación en distintos países, en **Colombia**, el Ministerio de Salud y Protección Social, desde el año 2007 creó el Grupo de Asuntos Étnicos y Género⁴⁴. Posteriormente, se conforma el Grupo Coordinador de Asuntos Étnicos⁴⁵ en la Oficina de Promoción Social, oficina asesora adscrita al despacho del Ministro de Salud y Protección Social. Además, algunas dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social han contratado personal que apoya y asesora el diseño de planes, programas y proyectos adecuados socioculturalmente a los grupos étnicos en las Dirección de Promoción y Prevención y Epidemiología y Demografía que forman parte del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.

³⁹ Declaró de interés nacional la atención prioritaria respecto del pleno disfrute de los derechos fundamentales de la población afroperuana, con el objeto de fortalecer su desarrollo e inclusión social, en cuyo artículo 3 se establece que el Ministerio de Cultura formulará el Plan Nacional de Desarrollo para la Población Afroperuana 2016-2020.

⁴⁰ establece que los regímenes de seguridad social deben extenderse a los pueblos interesados y aplicarlos sin discriminación y que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

⁴¹La Carta Magna define los principios de equidad, igualdad, participación y justicia social. Y en el capítulo de los derechos, el Estado venezolano reconoce la salud como un derecho fundamental de todos y cada uno de los pobladores del país y asume la responsabilidad de ser garante de ese derecho.

⁴² En su preámbulo señala que tiene por objeto establecer los mecanismos adecuados para prevenir, atender, erradicar y sancionar la discriminación racial en cualquiera de sus manifestaciones, garantizando a toda persona y grupos de personas, el goce y el ejercicio de sus derechos y deberes consagrados en la Constitución, leyes, tratados, pactos y convenios internacionales relativos a los derechos humanos, suscritos y ratificados por la República y se ordena la instalación del Consejo Nacional para el Desarrollo de las Comunidades Afrodescendientes, así como la creación del Instituto Nacional Contra la Discriminación Racial, que ejecuta políticas de atención, prevención, sanción y erradicación de todas formas de discriminación, adscrito al Ministerio de la Secretaría de la Presidencia de la República.

⁴³ Establece que los regímenes de seguridad social deben extenderse a los pueblos interesados y aplicarlos sin discriminación y que los servicios de salud deben planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales y métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

⁴⁴ Creado mediante Resolución 0996 de 2007.

⁴⁵ Creado mediante Resolución 2091 de 2013



En el **Ecuador**, se destacan la creación en marzo de 2016 de la “Comisión permanente del Ministerio de Salud para el Decenio del Pueblo Afroecuatoriano”, en el marco de la Cuarta Asamblea Nacional de Consejo Sectorial en Salud, la cual desarrolla las siguientes estrategias: a) Análisis de cobertura en salud para garantizar el acceso universal a los servicios de salud: b) Planificación de políticas en promoción de salud: c) Trabajo interinstitucional e intersectorial. La Comisión está presidida por la Dirección Nacional de Salud Intercultural.

En el **Perú**, la dependencia del Ministerio de Salud encargada del tema afrodescendiente es el Centro Nacional de Salud Intercultural-CENSI, quien a través del Decreto Supremo 001-2003- SA, queda facultado para proponer normas y ejecutar investigaciones en salud intercultural y dentro de ello en afroperuanos. En el 2010, el CENSI incorporó el concepto de interculturalidad en los servicios de salud, valorizando prácticas afrodescendientes. (CEPAL, 2017)

En **Venezuela**, la Dirección General de Salud Intercultural, a través de la Dirección de Salud Afrodescendiente, se ha propuesto transversalizar el enfoque étnico en todos los planes y proyectos que desarrollan las diferentes dependencias y entes adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud. En ese sentido, se fortaleció los Sistemas de Registro e Información, así como del Programa Nacional Ampliado de Inmunización⁴⁶ al fortalecer el instructivo que orienta el correcto registro de datos del enfoque étnico y pertinencia de género en todos los formularios que son de uso cotidiano y obligatorio en los establecimientos de salud del territorio nacional; lo que permite determinar la situación de salud de estas comunidades -la morbi- mortalidad, aspectos psicológicos, genéticos, sociales y ambientales-. (ORAS, 2017)

c) Marco instrumental: planes, programas y proyectos de salud

Entre los instrumentos implementados en los distintos países andinos, que contemplan una dimensión étnica – afrodescendiente o que estén dirigidos a la población afrodescendiente, se encuentran los siguientes:

Además de la incorporación de capítulos étnicos en el Plan Decenal de Salud Pública⁴⁷ y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019, el Ministerio de

⁴⁶ Programa de la Dirección Nacional de Epidemiología, adscrita al Viceministerio de Salud Colectiva.

⁴⁷ Adoptado por Resolución 1841 de 2013, en el numeral 8.1 define la Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables y en el numeral 8.1.4.4. Salud en poblaciones étnicas, se establece como objetivo central el asegurar las acciones diferenciales en salud pública para los grupos étnicos y para ello se estableció como metas del componente la elaboración del capítulo étnico (con un componente para pueblos indígenas, otro para Comunidades Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Raizales y otro para el pueblo Rrom) que desarrolla la ruta de la salud pública para esta población, así como la estructuración de un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación etnocultural. En proceso de recolección de insumos del componente.



Salud y Protección Social de **Colombia** cuenta con diversos instrumentos: a) Una Caja de Herramientas para la adecuación técnica y pertinencia cultural de los programas y servicios de la salud pública para los grupos étnicos; b) Planes de contingencia a la transmisión epidémica de malaria de los departamentos de Chocó, Nariño, Cauca y Buenaventura D.E con predominancia de población afrocolombiana. c) Un proyecto Binacional para el Fortalecimiento de las Acciones de Promoción, Prevención, Vigilancia y Control de la Malaria en la Frontera Colombo-panameña. d) El plan de acción de desparasitación antihelmíntica a población de niños en edad escolar en riesgo de transmisión de geohelmintiasis, en 21 direcciones territoriales de salud, donde se priorizó la población vulnerable incluidos las comunidades negras y afrocolombianas. e) En convenio entre el MSPS y OPS, se construyeron 11 Rutas Integrales de Atención a la Primera Infancia Propias e Interculturales, algunas de las cuales se elaboraron con los Raizales de Providencia y Santa Catalina (San Andrés), Palenqueros de San Basilio de Palenque (Mahates, Bolívar), y Afrocolombianos del Alto San Juan (Tadó, Chocó); f) Está en proceso de construcción del Módulo étnico en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado–PAPSIVI.

En el **Ecuador**, se destacan la Agenda Bianual de Salud por el Decenio de los Afroecuatorianos; la capacitación sobre drepanocitosis a los profesionales de primer nivel de atención en salud, apoyado por la OPS y la Dirección Nacional de Salud Intercultural que ha posibilitado que se realice diagnóstico de esta enfermedad en la población afrodescendiente y se han elaborado y producido diversos materiales como folletos, videos y guías.

En el **Perú**, desde el año 2015 se viene realizando actividades de Promoción de prácticas higiénicas sanitarias en familias afroperuanas para prevenir hipertensión arterial y Diabetes mellitus, en la población afroperuana en las regiones de Ica, Lima-provincias y Piura. También mediante la Resolución Ministerial No 555 (2011) se adoptó “la Agenda Nacional de Investigación de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA que incluye la perspectiva afrodescendiente e impulsa investigaciones e intervenciones culturalmente adecuadas en comunidades indígenas y afrodescendientes sobre ITS y VIH/SIDA.” (OPS – CEPAL)

En **Venezuela**, la Dirección General de Salud Intercultural, a través de la Dirección de Salud Afrodescendiente, se ha propuesto transversalizar el enfoque étnico en todos los planes y proyectos que desarrollan las diferentes dependencias y entes adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud. En ese sentido, el Programa Nacional Ampliado de Inmunización⁴⁸ realiza el registro de datos con enfoque étnico y pertinencia de género en todas las plantillas que son de uso cotidiano y obligatorio los centros de vacunación del territorio nacional; así mismo, se está en el proceso de fortalecimiento

⁴⁸ Programa de la Dirección Nacional de Epidemiología, adscrita al Viceministerio de Salud Colectiva.



del Registro Epidemiológico con enfoque étnico afrodescendiente, que permitan determinar la situación de salud de estas comunidades - la morbi-mortalidad, aspectos psicológicos, genéticos, sociales y ambientales. (ORAS, 2017)

No obstante que **Venezuela**, desde el 2007, cuenta con registros de hechos vitales que incorporan la variable étnica, aún enfrenta el desafío de garantizar su efectiva aplicación y utilización por lo que se propone adelantar un proceso de sensibilización y capacitación a los actores encargados de la recolección de estos datos.

Respecto a la *investigación sobre salud intercultural afrodescendiente*, cabe resaltar que desde los organismos estatales de los Países Andinos se vienen adelantando procesos de construcción de conocimiento, mediante la realización de diversos estudios, que aportan elementos relativos a la situación de salud de los afrodescendientes en la Subregión.

La Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y Promoción Social de **Colombia** elaboró un “Diagnóstico de situación de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales”⁴⁹, el cual aporta una visión general de la condición de salud, a partir de la revisión de fuentes secundarias internas disponibles y algunas externas en las que estaba incluida la variable étnica.

En el **Ecuador**, se cuenta con: una Línea base de salud del pueblo afroecuatoriano- MSP “Los Afroecuatorianos en Cifras”⁵⁰, las Memoria del I Congreso Nacional Afroecuatoriano de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad⁵¹, el documento “Objetivos de Desarrollo del Milenio, estado de la situación 2007, el Diagnóstico de la problemática afroecuatoriana y la Encuesta nacional de salud y nutrición -ENSANUT⁵². Por otra parte, la Corporación de Desarrollo Afroecuatoriano, Codae, cuenta con un atlas digital en donde se expone la realidad del pueblo afro desde diferentes áreas como pobreza, educación, vivienda, salud, servicios y brechas.

El CENSI del **Perú**, durante el periodo 2014-2017, ha realizado: la elaboración, aprobación y ejecución de un Protocolo de Investigación de Factores de riesgo con énfasis en determinantes culturales, de las enfermedades no transmisibles en los afrodescendientes⁵³; el Documento Técnico “Prevención de la Discriminación Étnica en Establecimientos del Ministerio de Salud”⁵⁴; la propuesta de Directiva Administrativa

⁴⁹El estudio diagnóstico situación de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales, se basó en las estadísticas que arrojó el Censo Nacional de población y vivienda realizado por el DANE en el año 2005 y, a su vez, en algunos datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, que viene integrando de manera progresiva, desde el año 2009, la variable étnica con miras a una mayor visibilización del comportamiento de los determinantes de la salud y su condición al interior de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Palenqueras y Raizales (NAPR). El estudio se encuentra en fase de validación.

⁵⁰Los Afroecuatorianos en Cifras – Siise

⁵¹ <https://drv.ms/f/s!AtxThQCuPtjyhC2H8IDj1zIESKpl>

⁵² <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>

⁵³ Se encuentra en proceso de revisión para su publicación

⁵⁴ En proceso de revisión, para su aprobación



“Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud” y el “Boletín Educativo sobre Prevención y Manejo de la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en Población Afroperuana”.

d) Mecanismos y/o espacios de participación

De acuerdo con el BID (2007), la sociedad civil, sus organizaciones activas y representativas, con vínculos nacionales e internacionales, se constituye en uno de los principales “impulsores” de los cambios sociales, políticos y económicos necesarios para avanzar hacia la inclusión. En ese sentido, se considera relevante mencionar los espacios y mecanismos de participación, creados para la interlocución y articulación entre los sistemas nacionales de salud y la población afrodescendiente en los Países Andinos:

En **Colombia**, en el marco del compromiso del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, en 2011 se puso en marcha la *Mesa Nacional de Protección Social para las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras*, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual sesionó desde el año 2011 y hasta el 2014, como el espacio de construcción de políticas públicas en salud para esta población. Durante las vigencias 2015 y 2016 esta instancia no sesionó, a la espera de la conformación del “Espacio Nacional de Consulta Previa de las Medidas Legislativas y Administrativas de carácter general, susceptibles de afectar a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras” ordenado en la sentencia T- 576 del 4 de agosto del 2014 de la Corte Constitucional.

Por otra parte, la Población afrodescendiente cuenta con representación en los Comités Territoriales de Discapacidad establecidos en la Ley 1145 de 2007 y en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPD, el cual incluye una pregunta dirigida al auto reconocimiento de la persona categoría de pertenencia étnica.

En el **Ecuador**, se han generado: el I Congreso Afroecuatoriano Nacional de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad 2010, I Congreso Afrodescendiente de las Américas y el Caribe de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad 2012, Encuentros de parteras, hombres y mujeres sanadores ancestrales, Comités locales de Salud y rendición de cuentas anuales.

En el **Perú**, la Resolución Ministerial -R.M. N° 611-2014-MINSA, del 12-8-2014, aprueba el documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud, como un mecanismo de diálogo horizontal o diálogo de saberes.

En **Venezuela**, se cuenta con instancias como el Consejo Nacional para el Desarrollo de las Comunidades Afrodescendientes en Venezuela (CONADEC AFRO), la Red



de Organizaciones Afrodescendientes (ROA), el Subcomité de Estadística para las Poblaciones Afrodescendientes y el Centro de Saberes Africanos, así mismo, se han realizado encuentros de saberes ancestrales y culturales (...alimentos, etnobotánica, entre otros).

e) Algunas experiencias andinas en materia de salud intercultural, desde una perspectiva afrodescendiente.

Por último, se recogen algunas experiencias identificadas por los Ministerios de la Salud de los Países Andinos que se consideran relevantes en el proceso de construcción de la salud intercultural afrodescendiente, las cuales se reseñan a continuación:

❖ **Programa Nacional de Eliminación de la Oncocercosis – Colombia**⁵⁵. Se desarrolló alrededor del único foco de oncocercosis en Colombia - el municipio de López de Micay, Cauca-, donde se implementaron las acciones⁵⁶ definidas en el protocolo de eliminación de la oncocercosis para las Américas⁵⁷, hasta lograr su eliminación, siendo el primer país en el mundo en alcanzar esta meta.

Las acciones realizadas por el Programa fueron: "delimitación del foco, investigación entomológica para determinar el vector implicado en la transmisión de esta enfermedad, definición de prevalencias periódicas, en los componentes serológicos, entomológicos, oftalmológicos y parasitológicos; medicación masiva a toda la población elegible con Mectizán® (Ivermectina) durante 11 años ininterrumpidos, dos veces al año, con coberturas superiores al 85% de la población. Acciones de educación en salud para la prevención de la enfermedad y el fomento de la adherencia al tratamiento; acciones de atención en salud integrales; gestión intersectorial para la construcción de un acueducto y proyecto de un alcantarillado en la comunidad, aseguramiento de la población afectada, construcción de un puesto de salud y de una escuela, entre otras". (ORAS-CONHU, 2017)

Aunque la enfermedad no causó ceguera en ningún habitante de estas comunidades afrocolombianas, se lograron identificar personas infectadas, que ingresaron al Programa, logrando prevenir esta condición. El programa dio cobertura

⁵⁵ La Oncocercosis es una enfermedad parasitaria, heredada de los esclavos africanos que llegó a Colombia en 1717 y se desarrolló en los asentamientos afrodescendiente que se establecieron en el Río Micay porque allí existieron todas las condiciones ecoepidemiológicas para perpetuar su transmisión. La enfermedad es la segunda causa de ceguera infecciosa en el mundo.

⁵⁷ Protocolo de la Organización Mundial de la Salud - OMS



sostenida con medicación masiva a más de 2000 personas durante 11 años, con el apoyo técnico y financiero del Programa de Eliminación de la Oncocercosis de las Américas y de otros donantes, así como de actores institucionales del sector salud⁵⁸ y de la comunidad. (ORAS-CONHU, 2017)

- ◆ **Congreso Afrodescendiente de las Américas y el Caribe de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad organizado por el Ministerio de Salud del Ecuador**, realizado en 2010, con el apoyo de la OPS, permitió evidenciar que, de manera creciente, la salud intercultural referente al pueblo afrodescendiente viene ocupando un lugar destacado en el Ecuador. En este espacio a iniciativa del ORAS-CONHU se creó el Subcomité Andino de Afrodescendientes constituido por los países miembros de este organismo de integración subregional en salud. La reivindicación del territorio fue uno de los temas más reiterativos, quizá, en parte, alentados por las preocupaciones asociadas a los impactos de la minería en algunas zonas de predominio de población afrodescendiente, como Esmeraldas y San Lorenzo, donde los impactos de la minería ya se observaban por, ejemplo, en la contaminación del agua. También las parteras venían expresando su preocupación por la desaparición de plantas tradicionalmente utilizadas en su labor, entre otros impactos. Para los participantes, el territorio es uno de los principales determinantes sociales de la salud. *“La importancia del territorio en relación a la salud, tiene que ver con el espacio de reproducción social, simbólica y biológica del pueblo afroecuatoriano que contiene la memoria histórica de quienes llegaron por primera vez desde África...” Ecuador, MSP, 2011)*

La participación en el Congreso, tanto del Ministro de Salud como de la Ministra de Patrimonio de la época, pusieron de relieve el compromiso gubernamental en la materia. En efecto, en una declaración conjunta los altos funcionarios, entre otras cuestiones, destacaron que *“Para caminar por la senda del Buen Vivir, se necesita desarrollar una mirada integral de los afroecuatorianos y de todos los pueblos y nacionalidades del Ecuador, para conocer sus necesidades y revalorizar sus derechos humanos, desde una perspectiva intercultural, con la aplicación de los nuevos instrumentos normativos del Estado y la construcción de nuevas formas de ciudadanía e integración en la diversidad. La Revolución Ciudadana significa también Revolución en Salud, y estas profundas transformaciones solo son posibles desde el respeto y defensa de la memoria histórica y la identidad de todos los ecuatorianos y ecuatorianas.”* (Ecuador, MSP, 2011).

- ◆ **La capacitación sobre drepanocitosis a los profesionales de primer nivel de atención en salud - Ecuador**, apoyado por la OPS y la Dirección Nacional de Salud Intercultural que ha posibilitado que se realice el diagnóstico de esta enfermedad en la población afrodescendiente. El Centro de Epidemiología Comunitaria y Medicina Tropical (CECOMET) y Médicos Mundi, realizaron la intervención en epidemiología comunitaria para el control y vigilancia de la morbi- mortalidad

⁵⁸ En este proceso participaron el Instituto Nacional de Salud, la Secretaría de Salud del Cauca, la Universidad Nacional, la Universidad del Valle, OEPA, y el Ministerio de Salud.



evitable a través del fortalecimiento de la atención de salud de establecimientos del MSP y la participación comunitaria en San Lorenzo y Eloy Alfaro en la provincia de Esmeraldas.

Las estrategias implementadas fueron: "1. Capacitación y formación de promotores comunitarios que viven en el lugar de intervención. 2. Visitas comunitarias en coordinación con el equipo de salud y monitoreo de las acciones a nivel comunitario. 3. Reuniones mensuales realizadas con los habitantes de las comunidades, que tienen como objetivo el analizar de forma consensuada los principales problemas de salud que les afectan; 4. El cuaderno epidemiológico del promotor/a de salud, donde se recogen los eventos vitales y sus causas en cada una de las comunidades; 5. Detección de factores de riesgo y análisis del abandono, entendido como el estudio de las causas por las que un paciente decide "abandonar" un tratamiento o una recomendación terapéutica. 6. Las historias de vida, que son el instrumento principal del proceso y son una recopilación exhaustiva de la historia que está detrás de un evento centinela (casos graves y muertes evitables) con el propósito de analizar las causas que llevaron a que dicho evento se produjera, con el fin de proponer soluciones factibles para que en el futuro no ocurran eventos similares; 7. Otros instrumentos que ayudan al diálogo como: mapas parlantes, los juegos didácticos; los arrullos, décimas y versos que son cantos tradicionales de la cultura afro ecuatoriana." (Dirección Nacional de Salud Intercultural MSP-ECUADOR, citado por el ORAS-CONHU, 2017)

Se plantea como resultado que "las acciones de salud realizadas con la aplicación del paquete integral permitieron el control periódico y sistemático de problemas prioritarios de salud como: desnutrición en menores de 5 años, control de embarazos de riesgo, atenciones de morbilidad (EDA, IRA, desnutrición, Malaria) y el control de pacientes hipertensos, entre otros problemas de salud." (ORAS-CONHU, 2017)

En síntesis, el análisis de la situación de la salud de los afrodescendientes en los países andinos, reitera la desigualdad en salud, ya identificada en diversos estudios, en particular los relativos a la región de América Latina. Para abordar esta realidad, se existe un importante marco normativo que establece la garantía al derecho a la salud, a partir del reconocimiento de la diversidad étnico-racial, en este caso, de los afrodescendientes; además se han creado instancias institucionales y mecanismos de participación para el impulso a la salud intercultural. También se constata la formulación e implementación de políticas públicas en salud que incorporan el enfoque étnico afrodescendiente. Por ello, se retoma aquí la pregunta por las condiciones institucionales y sociales que serían necesarias para cerrar la brecha existente entre "una extensa normatividad y políticas afirmativas como las que se encuentran en los países" y la contundente realidad, en cuanto a la situación de salud de los afrodescendientes. (Murillo, 2017)



II. TEMAS CLAVES



El interés que suscita el estudio de la situación de salud de los afrodescendientes es creciente. No obstante que se dispone de importantes estudios, aún hay temas por examinar, y otros que conviene destacar a efectos del presente informe a fin de favorecer una mirada integral sobre el tema. A esos efectos, a continuación se abordan los siguientes temas: Interculturalidad: Pueblos Indígenas y Afrodescendientes: Derechos Comunes; el factor Étnico-Racial en las enfermedades más frecuentes en población afrodescendiente; El factor étnico-racial como un determinante social autónomo en salud para los afrodescendiente; el estrecho vínculo entre pobreza, racismo y salud en los países andinos; Las brechas socioeconómicas de los afrodescendientes y su impacto en el cumplimiento de metas regionales, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible; Políticas Públicas, Enfoque Diferencial y Medidas de Acción Afirmativa en Salud para los Afrodescendientes; Afroandinos: Racismo y Discriminación Racial Estructural, Movilidad Humana, Cambio Climático y Salud; El Racismo y la Discriminación Racial Matan: La violencia contra las mujeres y los jóvenes afrodescendientes en Cali, Colombia.

2.1 Los Afrodescendientes: Sujetos de Derechos Colectivos

Los pueblos indígenas y los afrodescendientes de América Latina, tienen una historia compartida por el proceso histórico de esclavitud y colonialismo a que se vieron sometidos. Además, en muchos países de la región habitan en territorios, que, les son vecinos o incluso comunes, en



los que han desarrollado pautas culturales y de relacionamiento con la naturaleza, que les son compartidas. Uno de los países donde se constata de manera más elocuente esta interacción es **Colombia**, y, en especial en la región del Pacífico.

La práctica de la medicina tradicional, es otra evidencia elocuente de esa identidad compartida. No obstante, como es natural, también comporten sus particularidades. De hecho, al interior de cada uno, en mayor o menor medida éstas suelen ser evidentes, incluso más allá de las lenguas. La práctica de la medicina ancestral también ocupa un lugar común entre los dos pueblos.

De igual manera, cuando se observan los indicadores sociales de unos y otros, se pone de presente que los dos figuran en la base de la pirámide social de sus países. En materia de reconocimiento institucional, tanto del carácter diverso de los pueblos indígenas y de los afrodescendientes, en todos los países de la región los pueblos indígenas suelen llevar entre tres y cuatro décadas en promedio de distancia con respecto a los afrodescendientes. La inserción de la salud intercultural es uno de los ámbitos de los que más se ve reflejada esa distancia. Hoy los afrodescendientes avanzan sobre la huella de los pueblos indígenas. La experiencia del ORAS-CONHU, refleja dicha realidad. Lo novedoso del tema en materia de población afrodescendiente y las disparidades que se reflejan en el camino recorrido con respecto a éstos últimos al interior de los Ministerios de Salud en los países latinoamericanos y en las organizaciones internacionales, se refleja en las valoraciones que se tiene respecto de los derechos de los afrodescendientes, y, con frecuencia se cuestiona su legitimidad.

Si bien no todos los países cuentan con marcos jurídicos que de manera expresa reconozcan los derechos colectivos de los afrodescendientes, se han dado pasos muy importantes en el franco reconocimiento de los mismos. A nivel nacional se destacan los avances alcanzados en **Colombia** y en el **Ecuador**, incluso con rango constitucional. En **Colombia** tales derechos emanan del artículo transitorio N° 55 del Estatuto Superior que les otorgó a las comunidades negras, entre otros, el derecho a la propiedad colectiva de sus territorios ancestrales, cuya adjudicación ya alcanza los 5.6 millones de hectáreas de tierra. En el **Ecuador**, y tal como se detalla en otro apartado del presente informe, la Constitución Política de 2008 además de consagrar de manera explícita el derecho colectivo de los afrodescendientes, adoptó una Ley de Derechos Colectivos de la Población Afroecuatoriana, a la que ya se hizo referencia.

De igual manera, el catálogo de derechos que se está configurando en favor de los afrodescendientes a instancias de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos, OEA, en particular, tras la proclamación el 2011 como Año Internacional de los Afrodescendientes, parten de dicho supuesto. De hecho, la Recomendación General No. 34 de 2011, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, CERD de las Naciones Unidas, enumera en forma taxativa los derechos colectivos de los afrodescendientes, incluido el derecho a la consulta previa que también cuenta con respaldo jurídico, Constitucional, jurisprudencial y aplicación en la práctica, en **Ecuador** y en **Colombia**. En el primero por mandato expreso de la Constitución Política, y en el segundo en virtud al Bloque de Constitucionalidad.

2.2 El factor Étnico - Racial en las Enfermedades más Frecuentes en Población Afrodescendiente

En este apartado, conviene destacar dos premisas muy relevantes: en primer lugar, se desestima la creencia generalizada que sitúa a la "raza", como factor determinante de las enfermedades prevalentes en la población afrodescendiente, por el contrario, se reitera el peso que tienen las condiciones de vida, y los patrones culturales asociados a éstas, en el cuadro epidemiológico de los afrodescendientes. Los altos índices de hipertensión son un claro ejemplo. En la población afrocolombiana del Pacífico, es evidente que el consumo de alimentos con gran concentración de sal, está determinado por las circunstancias históricas y culturales en que ha vivido dicha población.

Desde otro ámbito, en el presente documento se parte de la premisa de que las razas no existen. No obstante, se reconoce que no es posible ignorar que los afrodescendientes históricamente han sido un grupo social racializado – y continúan siéndolo. Los efectos prácticos de la racialización de los afrodescendientes son explicados con gran elocuencia por el sociólogo Eduardo Bonilla Silva, quien parte del reconocimiento de la existencia de verdaderos sistemas sociales racializados. He aquí algunos apartes de su tesis:

"(...) Primero, los sistemas sociales racializados son sociedades que otorgan diferentes retribuciones económicas, políticas, sociales e incluso psicológicas a los grupos a lo largo de líneas raciales, líneas que se construyen socialmente. Luego de que una sociedad deviene racializada, una serie de relaciones y prácticas sociales basadas en distinciones sociales se desarrolla en todos los niveles sociales. Yo denomino al conjunto de estas relaciones y prácticas la «estructura racial» de una sociedad. Segundo, las razas se constituyen históricamente de acuerdo con el proceso de racialización; se convierten en el efecto de relaciones de oposición entre grupos racializados en todos los niveles de una formación social. Tercero, en el seno de esta estructura se desarrolla una ideología racial. Esta ideología no es simplemente un fenómeno «superestructural» —un mero reflejo del sistema racializado— sino que se convierte en el mapa organizacional que guía las acciones de los actores raciales en la sociedad: se vuelve tan real como las relaciones raciales que organiza. Cuarto, la mayoría de las luchas que se dan en un sistema social racializado contienen un componente racial, pero a veces adquieren o exhiben un carácter racial distintivo. La lucha racial es el producto lógico de una sociedad organizada según una jerarquía racial. Una formación social que promueva alguna forma de racialización siempre mostrará alguna forma de lucha racial. Finalmente, el proceso de lucha racial revela los diferentes intereses objetivos de las razas que coexisten en un sistema social racializado".

Así, se tiene que, si bien el presente estudio reivindica el concepto de étnia para referirse a la población afrodescendiente, y reivindica el derecho al autoreconocimiento, no subvalora los efectos prácticos de la racialización. De allí que cualquier referencia a lo racial, deba entenderse en ese contexto. Es la misma interpretación subyacente a la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, y su Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.



Desde esa perspectiva, la existencia de enfermedades “propias” de un determinado grupo étnico-racial, en este caso los afrodescendientes, aún se considera materia de análisis y debate. En efecto, con frecuencia se menciona que ciertas enfermedades son propias de “la raza negra”. En contraste, en una reciente entrevista el profesor Peter White, ante la pregunta de cómo asume hoy la ciencia el concepto y la noción de raza, señaló:

“En general, la gran mayoría de los biólogos y de los genetistas siguen pensando que clasificar a la gente biológicamente no sirve. No tiene sentido. Sí hay diferencias biológicas entre grupos humanos y están distribuidas en el mundo de una forma que no se puede clasificar en cuatro, cinco o seis grupos. Hoy hay que medir muchas diferencias, que varían de una forma continua a través del espacio y de la geografía. Ahora, sabemos que compartimos el ADN en el 99,5%, entonces toda la variación de la especie humana está en el 0,5% del genoma. Algunos biólogos y genetistas dicen que sí se pueden ver diferencias interesantes entre grupos grandes de poblaciones al indagar en ese 0,5% y que esas diferencias son relevantes en temas como la salud y la medicina. Es decir, a qué tipo de enfermedad es propensa una población, o cómo metaboliza un medicamento algún grupo”.

Cabe señalar que, en general, los informes que dan cuenta de la situación de salud de los afrodescendientes utilizan la expresión enfermedades prevalentes o un sinónimo. Igualmente, se resalta el tema de las enfermedades prevenibles en las poblaciones afrodescendientes como aspecto central de su perfil epidemiológico, siendo éstas un porcentaje importante de su morbimortalidad, que evidencia la inequidad en salud. Esto sugiere la necesidad de redoblar los esfuerzos en materia de educación, promoción y prevención, aprovechando la amplia oferta de recursos tecnológicos existentes.

2.3 El Factor Étnico-Racial: un Determinante Social Autónomo en Salud para los Afrodescendiente

El racismo y la discriminación racial estructural que afecta a los afrodescendientes son, sin lugar a dudas, determinantes sociales próximos de la salud de dicha población, para corroborar lo anterior basta con destacar algunos hallazgos del estudio sobre discriminación étnico-racial en el acceso a los servicios sociales y en el mercado laboral en Colombia, que señala:

“El efecto de la condición étnica-racial es estadísticamente significativa para explicar la afiliación al régimen contributivo: A iguales características de las personas ser afrodescendiente disminuye en (33,9%) las posibilidades de estar en el régimen contributivo en comparación con una persona no afrodescendiente.

El efecto de la condición étnica-racial es estadísticamente significativo para explicar la condición de pobreza por NBI: A iguales características de las personas ser afrodescendiente aumenta en (75,1%) las posibilidades de estar en situación de pobreza que una persona no afrodescendiente.



El efecto de la condición étnica-racial es estadísticamente significativo para explicar la situación de miseria: A iguales características de las personas ser afrodescendiente aumenta en (140,3%) las posibilidades de estar en situación de miseria que una persona no afrodescendiente. de discriminación estructural en contra de la población afrodescendiente en Colombia." (Viáfara & Banguera, 2016)

Los datos muestran de manera elocuente que la condición étnico-racial tiene un efecto autónomo entre los determinantes sociales de la salud en los afrodescendientes, por lo tanto, sugiere un tratamiento diferenciado, más allá de las cuestiones propias de la etnicidad, tales como la medicina tradicional u otras expresiones con arraigo cultural en dichos pueblos.

2.4 Las Brechas Socioeconómicas de los Afrodescendientes y su Impacto en el Cumplimiento de Metas Regionales

En general, América Latina no pudo cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y existe suficiente evidencia empírica que conspira para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para citar tan sólo un ejemplo. Como ya se ha indicado los afrodescendientes representan el 30% de la población de la región y el 40% conjuntamente con los pueblos indígenas. Así las cosas, parece evidente que, si se considera el peso poblacional, a la luz de las profundas asimetrías que aún subsisten en estos dos grupos poblacionales, es previsible que muchas metas importantes como la erradicación del hambre; la pobreza, y los resultados en materia de salud se está muy lejos de satisfacer esa realidad, incluso en los países andinos.

2.5 Políticas Públicas, Enfoque Diferencial y Medidas de Acción Afirmativa en Salud para los Afrodescendientes

El déficit de reconocimiento y de auto reconocimiento que subsiste en torno a la población afrodescendiente, con frecuencia, deriva en que, a diferencia de cuando se trata de los pueblos indígenas, se cuestione o se dude de la legitimidad de la adopción de enfoques diferenciales en beneficio de dicha población. Pese al camino recorrido en las últimas décadas es frecuente escuchar a funcionarios en todos los niveles, manifestar su desacuerdo en torno a las políticas que se adoptan o se pretendan adoptar en beneficio de dicha población. Hay quienes aún pregonan que en **Colombia** solo hay colombianos...en **Perú** solo hay peruanos...en **Venezuela** solo hay venezolanos, etc. En últimas, se resisten a reconocer la diversidad y la diferencia, amparados en el mito del mestizaje. Dicha situación también conspira en contra de la adopción de medidas especiales o de acción afirmativas, sin las cuales se torna lejano el cierre de las brechas socioeconómicas que devienen de la situación de racismo y discriminación estructural de los afrodescendientes.

Cabe recordar, que la negación y el rechazo a la diversidad y la diferencia en América Latina, históricamente ha trascendido las culturas nacionales. Desde los catálogos constitucionales de **Colombia**, que negaban la diversidad de los países se llegó incluso a la adopción de leyes que de manera explícita impedían el ingreso al país para proteger la "pureza de la raza". La Ley 114 de 1922, "Sobre inmigración y colonias agrícolas", con la cual se incentivó el desarrollo económico



e intelectual del país y el mejoramiento de las condiciones étnicas, “ tanto físicas, como morales” (art. 1) a través de la inmigración de individuos y familias que “ por sus condiciones personales y raciales no puedan o no deban ser motivo de persecuciones respecto del orden social” (Gómez, 2009).

“ARTÍCULO 11. Los agentes de inmigración no visarán pasaporte alguno de inmigrantes que estén en cualquiera de los casos especificados en la Ley 48 de 1920, ni de individuos que por condiciones étnicas sean motivo de precauciones en Colombia. Queda prohibida la entrada al país de elementos que por sus condiciones étnicas, orgánicas o sociales san inconvenientes para la nacionalidad y para el mejor desarrollo de la raza”.

(..) ARTÍCULO 14. Los Médicos de Sanidad de los puertos tienen obligación de hacer un examen individual a los inmigrantes y bajo su responsabilidad expedirán un certificado que deben enviar inmediatamente a las Juntas de Inmigración”.

La decisión en torno a quienes podían o no ingresar, recayó en poder de una Junta de Médicos. De hecho, en un caso específico referido a una solicitud masiva de inmigración japonesa dicha Junta negó su ingreso al país tras dictaminar que esa raza de pigmeos podía afectar la pureza de la raza colombiana.

El desconocimiento respecto de la condición de grupo étnico de los afrodescendientes, y su reconocimiento como sujetos de derechos colectivos también afloran en este contexto, tal como se constata incluso en la Política sobre Etnicidad y Salud de la misma OPS, como se destaca en el presente documento. Ese vacío, sugiere la necesidad que en el marco de los esfuerzos que adelanta el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue para incorporar la dimensión intercultural afrodescendiente, promueva la apropiación conceptual del enfoque diferencial tanto a su interior como en las instituciones responsables de las políticas públicas en materia de salud.

En esas perspectiva, un concepto a dilucidar es el de enfoque diferencial. “El Departamento Nacional de Planeación-DNP de **Colombia** adopta la definición según la cual el enfoque diferencial se entiende como el “derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia, en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” ⁵⁹. (Baquero citado por Murillo, 2014)

Otras definiciones apuntan a considerar el enfoque diferencial como “un método de análisis, de actuación y de evaluación de la población, basado en la protección de los derechos fundamentales de las poblaciones desde una perspectiva de equidad y diversidad”. Por tanto, este enfoque “involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez”. Ministerio de la Protección Social (citado por DNP, 2012).

⁵⁹ Colombia. Departamento Nacional de Planeación. (2012) Guía para la incorporación de la variable étnica y el enfoque diferencial en la formulación e implementación de planes y políticas a nivel nacional y territorial.



De la praxis en materia de políticas públicas para los afrodescendientes en América Latina, incluidos los países andinos, se tiene que el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, la incorporación del enfoque diferencial, conllevan inexorablemente a la adopción de medidas espaciales o de acción afirmativa. En efecto, este camino pone sobre la superficie las inequidades, reflejadas en profundas brechas socioeconómicas que expresan el racismo y la discriminación estructural que afecta particularmente a pueblos indígenas y afrodescendientes.

Por medidas de acción afirmativa se entiende al conjunto de "políticas o medidas dirigidas a favorecer a determinadas personas o grupos, ya sea con el fin de eliminar o reducir las desigualdades de tipo social, cultural o económico que los afectan⁶⁰, bien de lograr que los miembros de un grupo subrepresentado, usualmente un grupo que ha sido discriminado, tengan una mayor representación" (Greenwalt, 1983).

De acuerdo con la Corte Constitucional de Colombia (2000), el principio de igualdad consagrado en el artículo 13 de la Constitución Política de 1991 permite conferir un trato distinto a diferentes personas siempre que se den las siguientes condiciones:

- ◆ En primer lugar, que las personas se encuentren efectivamente en distinta situación de hecho;
- ◆ En segundo lugar, que el trato distinto que se les otorga tenga una finalidad;
- ◆ En tercer lugar, que dicha finalidad sea razonable, vale decir, admisible desde la perspectiva de los valores y principios constitucionales;
- ◆ En cuarto lugar, que el supuesto de hecho - esto es, la diferencia de situación, la finalidad que se persigue y el trato desigual que se otorga- sean coherentes entre sí o, lo que es lo mismo, guarden una racionalidad interna;
- ◆ Y, en quinto lugar, que esa racionalidad sea proporcionada, de suerte que la consecuencia jurídica que constituye el trato diferente no guarde una absoluta desproporción con las circunstancias de hecho y la finalidad que la justifican." (Murillo, 2013)

Entre los países andinos las experiencias más destacadas en materia de políticas públicas, que incluyen medidas de acción afirmativas, con soportes constitucionales y legales, son las de **Colombia, Ecuador y Bolivia**. Cabe destacar, igualmente, que las acciones afirmativas hacen parte de los compromisos jurídicamente vinculantes asumidos por todos los países andinos, en tanto partes de la Convención Internacional para la Eliminación de la Discriminación Racial, de las Naciones Unidas, que contiene dicho instituto en sus artículos 1.2 y 2.4, cuyo alcance está consignado en la Recomendación General No. 32, adoptada por dicho Comité. Así mismo, tales

⁶⁰ Alfonso Ruiz, Miguel (1994: 77-93), "Discriminación Inversa e Igualdad", en Amelia Varcárcel (compiladora), El Concepto de Igualdad. Editorial Pablo Iglesias, Madrid.



Medidas encuentran soporte internacional en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, entre otros.

2.6 Afroandinos: Racismo y Discriminación Racial Estructural, Movilidad Humana, Cambio Climático y Salud

La situación de racismo y discriminación racial estructural y sistémica que afecta a la población afrodescendiente en América Latina, incluidos los países andinos, de muchas formas, trasciende a dicha población y tiene serios impactos sociales a nivel global, regional, subregional, y por supuesto local, muchos de los cuales cada vez se tornan más evidentes debido al creciente nivel de interdependencia de nuestras sociedades, profundizado por fenómenos como el cambio climático.

En los países andinos, y en general en América Latina, millones de personas pertenecientes a los pueblos indígenas y afrodescendientes se localizan en áreas geográficas de importancia crítica para la sostenibilidad ambiental global. No obstante, el estrecho vínculo entre diversidad biológica y diversidad cultural que ha permitido la conservación de tales áreas cada vez se encuentra más amenazada, y profundiza otros problemas como la pobreza, el hambre y las enfermedades. Hoy sabemos que el 90% de las muertes que se producen por hambre en el mundo es debido a la falta de alimentación que afecta alrededor de 800 millones de personas en el mundo, lo que hace que no puedan resistir una enfermedad común.

De igual manera, se cuenta con evidencia empírica que muestra que la pobreza acorta la vida más que la obesidad, el alcohol y la hipertensión. *“El bajo nivel socioeconómico reduce la esperanza de vida en más de 2 años (2,1) en adultos entre 40 y 85 años; el alto consumo de alcohol la reduce en medio año; la obesidad la acorta 0,7 años; la diabetes reduce la esperanza de vida en 3,9 años; la hipertensión en 1,6 años; el sedentarismo, 2,4 años; y el peor, reduciendo la media de vida 4,8 años, el consumo de tabaco.”* Pese a lo anterior, el Objetivo 25 X 25 de la OMS, que toma en cuenta los factores anteriores con el propósito reducir su incidencia en un 25% para el año 2025, no incluye este determinante social de la salud. (Salas, 2017)

Corresponde, igualmente, observar de qué manera interactúan todos estos factores sociales, a efectos de identificar cómo inciden entre sí. En el caso del Ecuador, por ejemplo, la “prevalencia de consumo actual de tabaco en la población de 20 a 59 años, por etnia y quintil económico. La prevalencia más alta se encuentra en el grupo étnico autodefinido afroecuatoriano (31.8%) y la más baja en el grupo étnico indígena (28.5%); sin embargo, las diferencias no son significativas. Los participantes que se encuentran en el quintil más pobre (1) presentan la mayor prevalencia de consumo actual de tabaco (33%) y la prevalencia más baja se encuentra en el quintil intermedio (29.6%); diferencias que no se distinguen del total.

Prevalencia de consumo de alcohol en población de 10 a 19 años, por etnia y quintil Económico. Los grupos étnicos con las prevalencias más altas son los autodefinidos afroecuatorianos (49.5%) seguidos de los mestizos, blancos y otros (47.4%). El grupo étnico con la menor proporción son los indígenas (26.4%).



Regresando a la cuestión de la pobreza, se hace necesario identificar del total de muertes que se producen a nivel mundial por dicha causa, ¿Cuántas ocurren en América? ¿Cuántas de ellas ocurren en la subregión andina? ¿Cuántas en los pueblos indígenas y afrodescendientes? Los indicadores sociales que aquí se consignan sugieren algunas respuestas. A manera de ejemplo, basta con señalar que, en el Departamento del Chocó, en Colombia, un territorio poblado en un 92% por población afrodescendiente y alrededor de un 5% de población indígena, tan solo en el primer semestre de 2017 se documentaron más de 50 muertes de niñas (os) indígenas como consecuencia del hambre. Cabría observar los datos con respecto a la población afrodescendiente.

En contraste, hay otros que se benefician con el cambio climático. Tan solo el negocio del agua mueve más de 300 mil millones de dólares al año. Otros se están haciendo a la propiedad de la tierra en África y América Latina, para asegurarse reservas acuíferas.

Las desigualdades sociales y el cambio climático están dando paso a un mundo cada vez más convulsionado, que nos evoca el clima que precedió a la segunda guerra mundial, un mundo cada vez con mayores turbulencias. Pero las turbulencias no son solo en tierra. La industria de la aeronavegación también está en proceso de adaptación al cambio climático, debido a los estudios que sugieren un aumento del dióxido de carbono en la atmósfera, lo que podría duplicar o incluso triplicar las turbulencias en los próximos años *"Las turbulencias ligeras-moderadas aumentarán en un 75%, las moderadas en un 94%, las moderadas-severas lo harán en un 127% y las severas crecerán en un 149%"*. (Agencia Sinc, 2017).

Desde otro ámbito, el aumento de las temperaturas que ha dejado entre sus evidencias más elocuentes la muerte de 11.335 mil personas en Francia en el año 2003, y de miles de personas también en Rusia en el año 2010, como consecuencia de dos grandes oleadas de calor, y que también constatamos con ocasión de la reciente temporada de huracanes que devastó a varios países del Caribe con población predominantemente afrodescendiente, y castigó severamente a Houston Texas y parte de la Florida en Estados Unidos, incluida Miami, en lo que, al parecer, es apenas una señal de alerta de lo que está por venir.

Los impactos en la salud no son menos dramáticos, se estima que en el mundo mueren más de 9 millones de personas al año tan solo por contaminación del aire. En el caso de Colombia, por ejemplo, "Atender las **enfermedades relacionadas a la degradación ambiental** les está costando a los colombianos \$20,7 billones, **el equivalente al 2,6% del PIB del año 2015**...la falta o problemas en la cobertura de servicios públicos, como agua potable y saneamiento básico, han pasado una cuenta de cobro por \$2,2 billones al estar relacionados con los casos de desnutrición que contribuyen a 905 muertes y 29 millones de enfermedades...Las enfermedades y muertes asociadas a daños ambientales son diversas. Las relacionadas a la contaminación del



aire urbano, por ejemplo, son el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiopulmonares. Por su parte, los males atribuibles a la contaminación del aire interno tienen una gama más amplia e incluyen infecciones respiratorias, tumores en tráqueas, bronquios y pulmones, enfermedades hipertensivas y enfermedades cerebrovasculares entre otras". (El Espectador, 2017).

Vale la pena anotar que **Colombia** ocupa el segundo lugar en el mundo entre los países contaminantes de mercurio, después de China. Cabría observar los datos en otros países andinos donde el mercurio también es utilizado en la actividad minera, por ejemplo, en el **Ecuador** y en el **Perú**.

Desde otro ámbito y regresando con el ejemplo de **Colombia**, "*... la Tercera Comunicación Nacional de Cambio Climático arrojan cifras nada alentadoras: en 2040 la región Caribe perdería 5 049 hectáreas de playa y 12 827 en 2070; mientras que en la región Pacífico se perderían 7 579 en 2040 y 26 117 en 2070...El 42 por ciento de las costas en la región Caribe y otro 17 por ciento en la región Pacífico*". (Semana, 2017). Ambas costas predominan la población afrodescendiente. Los grandes desastres "naturales" ocurridos recientemente en Colombia, y que han cobrado centenares de vidas humanas, ya muestran una tendencia.

El análisis de la situación de salud de los afrodescendientes en los países andinos también sugiere observar los impactos de la movilidad humana que se están presentando en la subregión, y que implican o podrían implicar cambios en su demografía, y en la percepción de la diversidad y la diferencia, expresada en manifestaciones de xenofobia. La presencia de un número creciente de afrocolombianos en el **Ecuador, Chile y Bolivia**, expulsados por el conflicto armado interno (que felizmente está llegando a su fin), y los afrovenezolanos que hacen parte del alto número de habitantes de dicho país que a diario están llegando a todos los países andinos, sugieren una mirada en el contexto que nos ocupa.

De acuerdo con las cifras presentadas, el 90% de los colombianos refugiados en **Ecuador** son afrodescendientes.

En **Chile**, al igual que en **Bolivia**, el análisis de la migración de los afrodescendientes sugiere una mirada aún más profunda, habida cuenta de que se trata de los dos países andinos con el menor número de población afrodescendiente originaria, lo que sugiere un mayor impacto demográfico. En efecto, como ya se ha indicado, de acuerdo con el Censo Nacional de Población la población afroboliviana apenas roza los 30 mil habitantes, y **Chile** los 8 mil (en su mayoría haitianos). Ambos países tienen un alto flujo de migrantes afrodescendientes.

2.7 El Racismo y la Discriminación Racial Matan: La violencia contra las mujeres y los jóvenes afrodescendientes

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la violencia tiene distintas naturalezas: física, sexual, psicológica, maltrato y negligencia. Así, es posible reconocer la violencia como un fenómeno complejo que también debe comprenderse en sus distintas dimensiones: cultural,



ideológica y política, que afectan a personas y sociedades, enraizándose en sus modos de organización y relación.

Cada día, las mujeres son víctimas de violencia en el mundo. En particular, en América Latina es un flagelo sin resolver y, aunque la violencia se manifiesta en diversos ámbitos de la vida de las mujeres, el principal impacto es la pérdida de la vida. Según datos del Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL, en la región cada día 12 mujeres pierden la vida por el solo hecho de ser mujeres, siendo esta la forma más extrema de violencia contra ellas.

Las mujeres afrodescendientes no están ajenas a esta cruda realidad, ya que son víctimas de múltiples formas de violencia, donde el factor racial se hace evidente en los países de la región, tal como lo señala la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora en su Plataforma Política de lideresas afrodescendientes: "... las afrodescendientes han demostrado los efectos del racismo para las mujeres en las políticas públicas; en el carácter racial de la violencia hacia las mujeres desde demostrar la imagen estereotipada de sus cuerpos en los medios de comunicación donde aparecen hipererotizadas o en roles sexuados como sirvientas, hasta la violencia cotidiana en el ámbito público hecho por los aparatos policiales".

En la agenda 2030, los Estados del mundo se comprometieron en la meta 5.2 "Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación" (ODS 5). Y a nivel regional, en el Consenso de Montevideo de la CRPD se ha abordado el problema de la violencia desde una perspectiva más trascendente, en particular en su capítulo E "Igualdad de género", en el que se acuerdan tres medidas prioritarias al respecto...

Por lo anterior, la violencia contra los jóvenes afrodescendientes es otro foco de alta preocupación en la región, lo cual se expresa en la alta prevalencia de fallecimientos de estos por causas relativas a la violencia. Para más información sobre las medidas prioritarias, referirse a la "Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo". CEPAL Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas...100 afrodescendientes (2015-2024)⁹² expresó esta preocupación, señalando el impacto de la discriminación racial en la juventud afrodescendiente al indicar que "Los jóvenes afrodescendientes son especialmente vulnerables. Son los que corren mayor riesgo de ser objeto de registros en la calle debido a los controles policiales con sesgo racista, fenómeno popularmente conocido como perfiles raciales. Sufren niveles alarmantes de violencia policial y muerte en los encuentros con agentes de policía. Los hombres afrodescendientes con mayor frecuencia siguen siendo detenidos, encarcelados y condenados a penas más severas, incluida la reclusión a perpetuidad y la pena de muerte".

Desde otro ámbito de la violencia, la experiencia de Cali también sugiere observar la situación de salud de la población afrodescendiente víctima del conflicto armado interno. Cali es en Colombia la mayor receptora de población afrodescendiente de dicha población que a su vez ha sido afectada de manera desproporcionada, de acuerdo con el Registro Único de Víctimas,



en Colombia hay 8 554 639, a 2 de noviembre de 2017.

Tal como lo señala la Articulación Regional Feminista de Derechos Humanos y Justicia de Género (2015), la violencia que sufren las mujeres afrocolombianas en el marco del conflicto armado, incluye violencia sexual, tortura, desaparición forzada, amenazas de muerte e intimidaciones, y donde todos los actores involucrados en las confrontaciones resultan responsables de violaciones contra ellas. Al año 2014, el Registro de Unidad de Víctimas de Colombia registró 563 mil víctimas afrodescendientes, de ellas 52,2% eran mujeres; junto con ello, se observa una alta concentración en la niñez y juventud afrodescendiente, puesto que del total de víctimas afrodescendientes un 58,7% tienen menos de 26 años de edad (Articulación Regional Feminista de Derechos Humanos y Justicia de Género, 2015). Los acuerdos de paz firmados en el 2016 constituyen un paso importante para comenzar a revertir estas situaciones, para lo cual será necesario desarrollar políticas integrales que incluyan el enfoque étnico-racial.

Algunos estudios locales, como los realizados por Urrea y otros (2015) para los departamentos de Cali y del Valle de Colombia evidencian la sobre mortalidad que sufre la población joven y adolescente, que afecta en mayores proporciones a las y los afrodescendientes

Los diferenciales en los indicadores relacionados con violencia entre los grupos étnico- raciales han sido poco explorados en la región, principalmente porque los registros de salud y justicia no poseen variables que permitan identificar la condición afrodescendiente

El estrecho vínculo entre racismo, pobreza y salud, también se constata al observar los patrones de mortalidad, asociados a la violencia en población afrodescendiente. Se trata de un fenómeno observable en varios países de América Latina, incluido Brasil, donde se ha podido constatar que siendo el homicidio la primera causa de muerte en jóvenes, alrededor del 80% de los decesos se presentan en población afrodescendiente, pese a que ésta es el 51% del total de la población nacional. Quizá, en los países andinos dicho fenómeno no se encuentra debidamente documentado. El caso de Cali, en Colombia quizá represente una excepción, aunque persisten vacíos estadísticos asociados a errores de identificación en los registros de defunción.

Cali representa una experiencia muy paradigmática, toda vez que se trata de la segunda ciudad latinoamericana con mayor población afrodescendiente, después de Salvador de Bahía en Brasil. A ese respecto, existe evidencia empírica que enseña que "La población afrodescendiente es la más afectada por muertes violentas durante todo el **curso de vida**: a los 14 años cerca del 40 % de los decesos de hombres afrodescendientes se debe a asesinatos, para el rango de edad de 15 a 19 años el porcentaje escala hasta al 80 % y a poco más de esta cifra entre los 20 y 24 años. En el caso de los hombres blanco-mestizos, a los 14 años el 30 % de las muertes se debe a homicidios, alcanzando el 70 % entre los 15 y 19 años, luego desciende algunos puntos porcentuales entre 20 y 24 años. Estos porcentajes muestran que la población masculina tiene mayores riesgos de morir a edades tempranas, lo cual reduce la esperanza de vida de esta población, especialmente la de los afrodescendientes.



Uno de los ámbitos que amerita atención y seguimiento es el de la situación en materia de salud mental de las víctimas del conflicto, para el caso la población afrodescendiente, se tiene que "...Médicos Sin Fronteras atiende anualmente un promedio de 6.000 pacientes en Buenaventura y Tumaco que sufren depresión (25 por ciento), ansiedad (13 por ciento), trastornos mentales (11 por ciento) y estrés postraumático (8 por ciento). Esto, debido al déficit en los servicios de salud mental a nivel primario". Cabe establecer la situación con respecto a las víctimas que residen en Cali, al igual que la problemática de violencia sexual que es otro fenómeno que reviste especial importancia, particularmente con respecto a las mujeres víctimas del conflicto que, como ya se anotó son el grupo mayoritario. (Revista Semana, 2017)





III. RECOMENDACIONES



- ❖ Considerar el factor étnico-racial como un determinante para la salud de los afrodescendientes, así como el peso que éste tiene en los patrones de morbi-mortalidad de dicha población, en particular, en las áreas territoriales donde reside la población afrodescendiente.
- ❖ Considerar la pobreza como un factor de riesgo modificable para la salud y promover decisiones que contribuyan al cumplimiento de los ODS.
- ❖ Garantizar la inclusión e implementación de gestión de la variable étnica en todos los registros de información en salud y la organización de una estructura de gestión, análisis y seguimiento de información, de manera que la totalidad de la información en salud que se procesa en el Ministerio de Salud de cada país miembro del ORAS CONHU, se encuentre desagregada por grupo étnico y se facilita definir, diseñar, reglamentar, implementar y administrar el sistema de vigilancia en salud pública, así como desarrollar estudios e investigaciones de problemas de salud pública en los países.
- ❖ Impulsar la conformación y el fortalecimiento del Observatorio de Salud en grupos étnicos, lo que permitirá superar en gran medida las limitaciones que se presentan en el momento de identificar y monitorear las condiciones que inducen cambios en la salud de las poblaciones étnicas y las que influyen comportamientos y conductas de riesgo para la salud de la población afrodescendiente.



- ◈ Reestructurar la oferta de los servicios de salud tomando en cuenta las condiciones socioculturales y epidemiológicas (factor étnico racial de la población afrodescendiente), que incluya la formación del Recurso Humano de Salud, los gerentes y decisores de políticas públicas, así como elaborar protocolos de atención a la población indígena, afrodescendientes y otras poblaciones.
- ◈ Continuar recabando información sobre los patrones epidemiológicos que incluya síndromes de filiación cultural de las comunidades y poblaciones afrodescendientes, atendiendo además las diferencias según las etapas del ciclo de vida, el sexo, la localización territorial y realizar estudios de costo-efectividad de intervenciones sanitarias. Esta información es clave para diseñar políticas, programas, planes y estrategias, con objetivos sanitarios que tengan sentido para estas poblaciones.
- ◈ Establecer programas, estrategias, planes e intervenciones sanitarias costo-efectivas, seguras y de calidad, que permitan desarrollar cambios en el perfil epidemiológico adverso, cerrar las brechas de inequidades en la población afrodescendiente, mediante el diálogo de saberes en salud y la articulación de la medicina convencional y tradicional.



BIBLIOGRAFÍA

Aguilar MA, Roa IC, Kaffure LH, Ruiz LF, Sánchez G. Determinantes Sociales de la Salud: Postura Oficial y Perspectivas Críticas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S103- S110.

Agencia Sinc. (2017, 6 de abril). Las turbulencias severas aumentarán con el cambio climático. El Espectador. Recuperado de:
<https://www.elespectador.com/noticias/ciencia/las-turbulencias-severas-aumentaran-con-el-cambio-climatico-articulo-688138>

BID (Banco Interamericano de Desarrollo. (2007). ¿Los de afuera?: patrones cambiantes de exclusión en América Latina y el Caribe. BID. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1321881>

Bolivia (Estado Plurinacional de), (2015) Plan de Desarrollo Económico y Social en el Marco del Desarrollo Integral para el Buen Vivir 2016-2020. Recuperado de <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjMwf3k1qnXAhVLSyYKHacNC-gEQFggwMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.fndr.gob.bo%2Fbundles%2Ffndrdemo%2Fdownloads%2Fpdes%2Fpdes2016-2020.pdf&usg=AOvVaw0W8RmAjL5u0O37yDBXU974>

CERD (Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial), (2011). Recomendación General No. 34. Ginebra.

CERD (Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial). (2012). Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 9 de la Convención. Informes periódicos 19o a 21o que los Estados partes debían presentar en 2010. República Bolivariana de Venezuela.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2017). Panorama Social de América Latina, 2016 (LC/PUB.2017/12-P), Santiago

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2017). Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos. Inédito.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2013), Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/L.3697), Santiago

Colombia, Ministerio del Interior. (2016). Plan Intersectorial De Acción del Decenio Internacional De Los Afrodescendientes. "La Población Afrocolombiana En Tiempos De Paz" -Documento Base - Inédito

Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). "Documento de diagnóstico situación de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, palenqueras y raizales". Bogotá, D.C. Inédito.



Comunidad Andina - AECID (Agencia Española para la Cooperación Internacional). (2014) Derechos de los Pueblos Afrodescendientes en la Comunidad Andina.

Ecuador, Ministerio de Salud Pública - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Quito

Ecuador, Ministerio de Salud Pública. (2011). Memoria del I Congreso Nacional Afroecuatoriano de Salud, Medicina Ancestral e Interculturalidad, Agosto – septiembre 2010. Recuperado de <https://1drv.ms/f/s!AtxThQCuPtjyhC2H8IDj1ztESKpl>

El Espectador, Redacción Medio ambiente (2017, 6 de mayo). Enfermedades relacionadas a daños ambientales cuestan \$20,7 billones. El Espectador. Recuperada de <https://www.elespectador.com/noticias/medio-ambiente/enfermedades-relacionadas-danos-ambientales-cuestan-207-billones-articulo-692651>.

Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeiros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.

Fundación de Desarrollo Social Afroecuatoriana Azúcar/Enlace país de la Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora. (2017). Informe Alternativo - Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 9 de la Convención – ECUADOR –2017.

FUNPROEIB Andes (Fundación para la Educación en Contextos de Multilingüismo) / CONAFRO (Concejo Nacional Afroboliviano). (2014). El Pueblo Afroboliviano, Historia, Cultura y Economía. La Paz

Gómez, María A. (2009). La Política Internacional Migratoria Colombiana a Principios del Siglo XX. Mem.soc / Bogotá (Colombia), 13 (26): 7-17 Recuperado de

INE (Instituto Nacional de Estadísticas) (2014), 1a Encuesta de Caracterización de la Población Afrodescendiente de la Región de Arica y Parinacota, Santiago.

Instituto Nacional de Estadística de Venezuela. (2014) Caracterización de la Población Venezolana por Autoreconocimiento Étnico-Cultural. Caracas.

Masín, Cheyla (2017) La salud en las comunidades afrovenezolanas. Caso: Chuao estado Aragua. Humania del Sur. Año 12, No 22. ... pp. 69-84 recuperado de <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=0ahUKEwiB94nthZvXAhXJZiYKHZyMDvkQFghNMAw&url=http%3A%2F%2Frevistas.saber.ula.ve%2Findex>.



[php%2Fhumaniadelsur%2Farticle%2Fdownload%2F9129%2F9088&usg=AOvVaw2wKPdOEF0qbpRWIVSveUMb](#)

Murillo, O. L. (2016). Conceptualización de la Salud Intercultural desde la Perspectiva de las Poblaciones Afrodescendientes en Las Américas. Bogotá, D.C. Inédito

Murillo, P. (2014). La Participación Política y la Inclusión en los Procesos Electorales de los Afrodescendientes en Las Américas. OEA.

Murillo, P. (2013). Las Acciones Afirmativas o Medidas Especiales para Reparar las Injusticias del Pasado y la Discriminación Estructural: La Población Afrocolombiana.

Naciones Unidas. (2001). Declaración y Plan de Acción de la Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. Durban

Naciones Unidas. (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Recuperado de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>

Naciones Unidas. (2010) Naciones Unidas RES/64/169 Año Internacional de los Afrodescendientes. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/64/169>

Naciones Unidas. (2013). Res 68/237 Proclamación del Decenio Internacional de los Afrodescendientes. Recuperado de <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/68/237>

Naciones Unidas (2014). Resolución 69/16 Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/69/16>

Naciones Unidas. (2015) Los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

OEA. (Organización de Estados Americanos). (2014). RES. 2824 (XLIV-O/14) Reconocimiento del Decenio Internacional de los Afrodescendientes/. AG/ Recuperado http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/AG-RES_2824_XLIV-O-14.pdf

OEA. (Organización de Estados Americanos). (2014). (2016). RES. 2891 (XLVI- O/16) Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016 -2025). Recuperado de <http://www.oas.org/es/sadye/documentos/res-2891-16-es.pdf>

OIT (Organización Internacional del Trabajo (1989). Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/CONVENIO%20169%20DE%20LA%20OIT.%20SOBRE%20PUEBLOS%20INDIGENAS%20Y%20TRIBALES%20EN%20PAISES%20INDEPENDIENTES.php>



OMS (Organización Mundial de la Salud) / Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las Desigualdades en una Generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final.* Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2017). *Política sobre Etnicidad y Salud.* Washington, D.C

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2012) *Documento de orientación regional sobre los Determinantes Sociales de la Salud en la Región de Las Américas.* Washington, D.C.

ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue) (2014). *Política Andina de Salud Intercultural - Lima.*

Perú, Ministerio de Cultura / GRADE (Grupo de Análisis para el Desarrollo). (2015). *Estudio Especializado sobre Población Afroperuana.* Lima

Perú, Ministerio de Cultura / PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). (2014). *Las Orientaciones para la Implementación de Políticas Públicas para Población Afroperuana.* Recuperado de http://poblacionafroperuana.cultura.pe/sites/default/files/mincu_oipppa_con_caratula.pdf

Perú, Ministerio de Cultura. (2016). *Plan Nacional de Desarrollo para la población Afroperuana 2016 – 2020.* Lima

Perú, Ministerio de Cultura/GRADE (Grupo de Análisis para el Desarrollo). (2015). *Estudio Especializado sobre Población Afroperuana.* Recuperado de http://www.cultura.gob.pe/sites/default/files/content_type_archivos/archivospdf/2015/08/min_cu_eepa_final_12.08.pdf

Pier Paolo Balladelli José Milton Guzmán Marcelo Korc Paula Moreno Gabriel Rivera. (2008) *Equidad en Salud para Minorías Étnicas en Colombia, Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia con Enfoque Diferencial para Minorías Étnicas.* OPS. Bogotá.

Revista Semana (2017/11/02) *Las playas de Colombia, en riesgo por el cambio climático.* Recuperado de <http://sostenibilidad.semana.com/impacto/articulo/cambio-climatico-amenaza-las-playas-de-colombia/38901>.

Revista Semana. Video “Heridas invisibles que cicatrizaron pese al conflicto en Tumaco”. Recuperado <http://www.semana.com/nacion/multimedia/dia-mundial-de-la-salud-mental-medicos-sin-fronteras-en-tumaco/543450>

Salas, Javier (2017, 2, febrero). *La pobreza acorta la vida más que la obesidad, el alcohol y la hipertensión.* El País. Recuperado de



http://elpais.com/elpais/2017/01/31/ciencia/1485861765_197759.html

Torres, C. (2001) La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. Rev Panam Salud Publica 10(3) Recuperado de <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwizgfn-rrqXXAhXHJiYKHW5mDs0QFggUAE&url=http%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fxmlui%2Fhandle%2F123456789%2F8636&usg=AOvVaw3PMzY0NJ2dpizpUfxiAYy6>

Urrea, F. et al. (2015), Patrones de mortalidad comparativos entre la población afrodescendiente y la blanca-mestiza para Cali y el Valle. Revista CS, [S.l.], p. 131-167

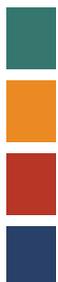
Viáfara, Carlos, et al. (2010) Colombia: Una Pirámide Social Pigmentocrática. Principales hallazgos del estudio PERLA 2010 para Colombia.

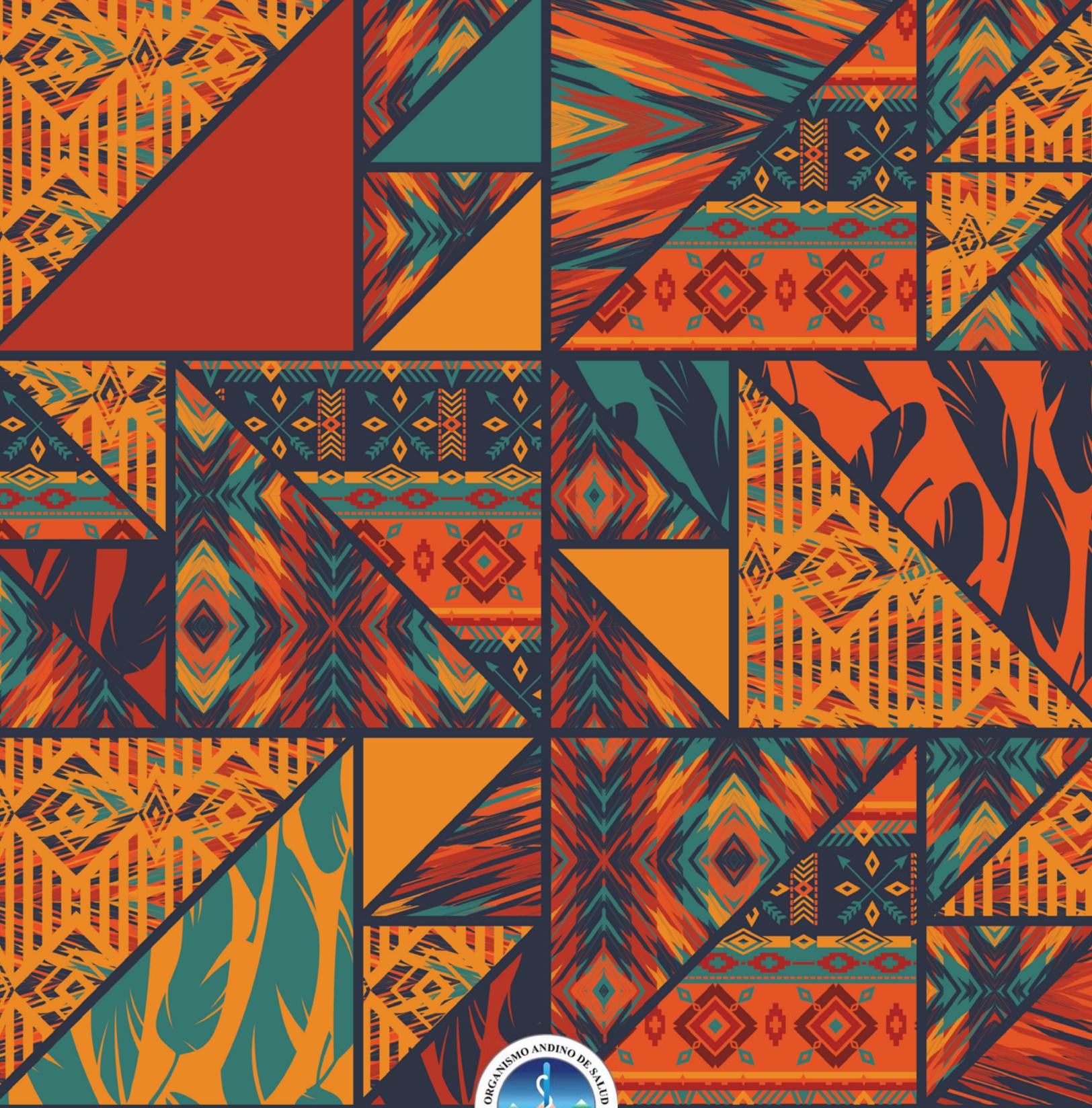
Viáfara, C. & Banguera, A. (2016): Detectando discriminación étnico-racial en el acceso a los servicios sociales y en el mercado laboral en Colombia (resumen ejecutivo). Inédito.

Zúñiga, I. (2015) Documento de insumos para la construcción del Plan Decenal para la Población Afrocolombiana en el Marco del “Decenio Internacional De Los Afrodescendientes 2014-2025”. Inédito

“Los agentes de inmigración no visarán pasaporte alguno de inmigrantes que estén en cualquiera de los casos especificados en la Ley 48 de 1920, ni de individuos que por condiciones étnicas sean motivo de precauciones en Colombia. Queda prohibida la entrada al país de elementos que por sus condiciones étnicas, orgánicas o sociales sean inconvenientes para la nacionalidad y para el mejor desarrollo de la raza”.

Artículo 11 de la Ley 114 de 1922
sobre inmigración en Colombia





ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Piso 3.

San Isidro, Lima, Perú

Teléfonos: (00-51-1) 611 3700

<http://www.orasconhu.org>