

**DESAFÍOS Y ENCRUCIJADAS DE LOS DERECHOS A LA SALUD
PARA LAS POBLACIONES NEGRAS EN COLOMBIA:
una mirada crítica en los inicios del nuevo decenio.**

*CHALLENGES AND CROSSROADS OF THE RIGHTS TO HEALTH FOR
BLACK POPULATIONS IN COLOMBIA:
a critical look at the beginning of the new decade*

**DESAFIOS E ENCRUZILHADAS DOS DIREITOS À SAÚDE DAS
POPULAÇÕES NEGRAS NA COLÔMBIA:
um olhar crítico para o início da nova década**

DOSSIÊ

Sofía Lara Largo
Ph.D.

Profesora del Departamento de Antropología y Sociología
Universidad de Caldas
sofia.lara@ucaldas.edu.co
Colombia

Texto recibido aos 04/01/2021e aprovado aos 08/11/2021

Resumen

La brecha en el acceso a la salud para las poblaciones negras en Colombia se acrecienta con el paso del tiempo. La implementación de los mecanismos jurídicos disponibles pareciera no ser suficiente para garantizar mejoras sustanciales de esta situación. El nuevo decenio comienza con los impactos multidimensionales provocados por la pandemia del Covid-19, que amenazan con recrudecer y profundizar las desigualdades etnoraciales. La presente nota de investigación pretende hacer una reflexión crítica sobre los desafíos a los que se enfrentan estas poblaciones, frente a un desarrollo jurídico-normativo amplio y copioso que paradójicamente no les ha otorgado garantías en términos de su acceso a la salud desde una perspectiva integral. Lo anterior se aborda desde una mirada coyuntural, que permita plantear los retos y encrucijadas de las luchas por los derechos de las poblaciones negras en Colombia.

Palabras clave: Derechos, salud, poblaciones negras, Colombia.



This work is licensed under an Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Abstract

The lack of black populations' access to health in Colombia has widened over time. The implementation of available legal mechanisms does not seem to be sufficient to guarantee substantial improvements in this situation. The new decade begins with the multidimensional impacts caused by the Covid-19 pandemic, which threatens to intensify and deepen ethno-racial inequalities. This research note aims to make a critical reflection on the challenges faced by these populations, in the face of a broad and copious legal-normative development that paradoxically has not given them guarantees in terms of their access to health in a comprehensive perspective. This research note approaches this reality from a conjunctural perspective, which allows to emphasize the challenges faced by the struggles for the defense of black populations' rights in Colombia and the crossroads in which they find themselves.

Key Words: Rights, health, black populations, Colombia.

Resumo

A lacuna no acesso à saúde para as populações negras na Colômbia aumenta ao longo do tempo. A implementação dos mecanismos legais disponíveis não parece ser suficiente para garantir melhorias substanciais nesta situação. A nova década começa com os impactos multidimensionais causados pela pandemia Covid-19, que ameaçam intensificar e aprofundar as desigualdades etno-19. Esta observação de pesquisa tem como objetivo fazer uma reflexão crítica sobre os desafios enfrentados por essas populações, diante de um amplo e abundante desenvolvimento jurídico-normativo que, paradoxalmente, não lhes deu garantias em termos de seu acesso à saúde de uma perspectiva abrangente. Trata-se de uma perspectiva conjuntural, que nos permite levantar os desafios e encruzilhadas das lutas pelos direitos das populações negras na Colômbia.

Palavras-chave: Direitos, saúde, populações negras, Colômbia.

Los procesos de salud y enfermedad se deben entender en el contexto de dinámicas sociales, económicas, políticas y ecológicas propias de las poblaciones humanas (Townsend, 2011). No obstante, como muestran algunos autores (Palomino Moral et al., 2014), los determinantes sociales de la salud no siempre han sido el objeto de atención de las ciencias dedicadas al tema. Hasta mediados del siglo XX la visión de la salud se habría caracterizado por su concepción puramente física-biologicista y por ser definida a partir de la ausencia de la enfermedad. En el contexto de la segunda posguerra y debido a diferentes factores, la salud habría evolucionado¹ hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social.

El salubrista Hernán San Martín (1995) insistió en el carácter social y multifactorial de la salud, a través del argumento que cito a continuación y que resuena en los planteamientos que más adelante elaboraré: “nuestro bienestar biológico, social y mental corresponde a situaciones ecológicas, económicas y

sociales bien precisas que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado” (San Martín, 1995. s.p). Podríamos agregar que los factores políticos en diferentes escalas se asocian con la salud de individuos y colectivos, y en esta dirección destacar los importantes avances que se han hecho desde la salud pública en los años recientes. Richard Goldman, Rebecca Brunnell y Samuel Posner (2014) hacen un balance sobre el concepto de salud comunitaria (community health), como un campo de la salud pública, que si bien aún tiene límites difusos y contradicciones internas, en términos de la conceptualización, ha abierto un panorama que permite pensar el mejoramiento de la salud de los colectivos², desde un enfoque etnoracial.

Además la dimensión política e institucional de la salud en la segunda mitad del siglo XX en América Latina tiene como marco la consolidación de la Organización Mundial de la Salud – OMS –, que definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no

¹ Según Palomino Moral et al., frente al cambio del interés centrado en la enfermedad y lo biológico a lo social habría que citar un hito clave llamado “Informe Lalonde, cuyos resultados ponen de manifiesto el enfoque multicausal del proceso salud-enfermedad a través de la interrelación compleja de cuatro grandes determinantes: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de atención sanitaria. Este trabajo permitió poner de manifiesto tres hechos relevantes, por un lado el peso o grado de contribución potencial a la mortalidad de la sociedad de aquel tiempo de cada factor determinante – los

estilos de vida (43%), la biología humana (27%), el medio ambiente (19%) y el sistema sanitario (11%)” (2014, p. 75).

² Los autores afirman, para el caso de los Estados Unidos, que los cambios recientes en el campo de la salud pública “reflejan la influencia de muchos desarrollos de salud centrados en la comunidad, incluida la creación de programas a nivel nacional promulgados por el Congreso, el establecimiento de unidades gubernamentales dedicadas a nivel federal y estatal, y la implementación de programas de salud innovadores a nivel nacional (Goodman et al., 2014).

solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades³ (Palomino Moral et al., 2014), intentando romper así con los paradigmas, populares hasta entonces, de la salud en la primera mitad del siglo XX. En el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, aparece finalmente la salud como un derecho humano universal. En esta medida la OMS afirma que el más alto nivel posible de salud debe estar al alcance de todos sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Martínez de Pisón, 2006).

En las últimas décadas del siglo XX los postulados acerca de la salud como derecho convergen con otro cambio de paradigma fundamental, relativo al reconocimiento social, territorial y político de las comunidades étnicamente diferenciadas en América Latina. Justamente el primer apartado de esta nota de investigación busca hacer evidente el impacto del multiculturalismo colombiano en la emergencia de un marco jurídico-normativo profuso, que buscó otorgar

mayores garantías a las poblaciones étnico-rurales, especialmente indígenas y afrodescendientes. Dicho marco involucra no solamente disposiciones legislativas, a través de las que se suscribieron acuerdos internacionales alrededor de estas temáticas, si no también medidas desde la política pública formuladas como acciones afirmativas a diferentes escalas. Las normativas aparecen en el orden internacional, nacional y local con variantes múltiples.

No obstante, este marco jurídico-normativo profuso parece haber sido nada más que una historia de promesas incumplidas, de deudas institucionales y de precaria participación democrática. En cuanto a la política pública, si bien se produjeron diversos avances estos no se han correspondido con un mejoramiento sustancial de la salud comunitaria ni de las condiciones de vida de las poblaciones negras⁴. Este argumento converge con los postulados presentados por Carlos Rosero en la entrevista que aparece en esta misma publicación. El amplio desarrollo jurídico-

³ En el sitio web de la OMS es posible constatar que la cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946. Entró en vigor el 7 de abril de 1948 y no ha sido modificada desde entonces.

⁴ Debo advertir que esta afirmación está lejos de ser un hallazgo del presente estudio. Para el año 2010 la experta independiente de las Naciones Unidas sobre cuestiones de las minorías, Gay McDougall, ya advertía lo siguiente, en el documento del PNUD

denominado Políticas Públicas para el avance de la población afrocolombiana: “mientras que las medidas constitucionales y legislativas son dignas de reconocimiento [...] la aplicación de la legislación colombiana en las comunidades afrocolombianas sigue siendo lamentablemente inadecuada, limitada y esporádica y, a pesar del sinnúmero de iniciativas de política y de las propuestas existentes para mejorar el bienestar de esta población, los resultados no están a la altura de las expectativas y de las necesidades de los afrocolombianos” (McDougall, 2010. Citado en PNUD, 2010, p. 42).

normativo contrasta entonces con la persistencia de factores tales como la desigualdad, el conflicto armado, el racismo, la injusticia social y la falta de acceso a los mínimos vitales, que desde hace siglos han impactado especialmente a las poblaciones negras en Colombia, quienes son el foco del presente análisis.

El actual escenario de la crisis sanitaria asociada al Covid-19, se presenta como una oportunidad para abrir interrogantes en diferentes vías. ¿Qué sabemos realmente sobre la salud de las poblaciones negras en Colombia?, ¿qué conocemos sobre las características y el impacto de las prácticas de salud propia de estas comunidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano?, ¿cómo se puede fortalecer el diálogo entre los sistemas de salud propia y el SGSSS para favorecer mejores formas de vivir en los territorios afrodescendientes?, ¿cuáles son los desafíos que se identifican, desde la experiencia de las parteras afrodescendientes del Pacífico, para el nuevo decenio en asuntos relacionados con la salud de sus comunidades?, ¿qué

podemos aprender de la experiencia puntual de la partería del Pacífico en miras a la consolidación de justicias alternativas desde las comunidades, más allá de las fronteras de lo jurídico-normativo? Estas son algunas de las preguntas que guían las reflexiones que presento en las páginas a continuación.

Las promesas del multiculturalismo frente a la salud de las poblaciones negras

Tras la promulgación de la constitución política de 1991, se abrió la puerta a las reclamaciones de las poblaciones negras con miras a la obtención de derechos asociados a la ciudadanía multicultural. La lucha por el reconocimiento y formalización de territorios indígenas y afrodescendientes, así como la defensa de la representación política de comunidades indígenas y afrodescendientes en los escenarios de participación política desembocaron en diversos decretos reglamentarios, directivas presidenciales, documentos de política pública, y actos legislativos⁵. Además

⁵ Un inventario no exhaustivo de algunos instrumentos jurídico-normativos, directamente relacionados con las disposiciones del multiculturalismo frente a las poblaciones negras, figura en el documento CONPES 3310 del año 2004, tal y como se cita a continuación: “Decreto 1332 agosto 1992, por el cual se crea la Comisión Especial para las Comunidades Negras, encargada de elaborar el Proyecto de Ley reglamentario del AT. 55 de la C.P. (adicionado); Ley 70 de 1993, también conocida como la ley de

comunidades negras; Decreto 2374 noviembre 1993, por el cual se adiciona el decreto 2128 de 1992; Resolución No. 071 diciembre 1993, reglamentaria de la elección de Representantes a la Cámara por circunscripción especial de comunidades negras; Decreto 1374 junio 1994, por el cual se conforma la Comisión Consultiva de Alto Nivel para las Comunidades Negras; Decreto 2313 reglamentario del artículo 67 de la ley 70 de 1993, por el cual se adiciona la estructura interna del Ministerio de

dichas poblaciones han debido reclamar insistentemente garantías frente a derechos fundamentales como el de la salud y la educación, sin que se haya logrado revertir la situación de injusticia social y desigualdad en los territorios por ellas históricamente habitados (Barbary & Urrea, 2004; PNUD, 2010; Urrea, 2006).

Las políticas multiculturales del estado colombiano no pueden apreciarse de forma aislada de un marco más amplio de derecho internacional, que ha contribuido al reconocimiento, por parte de los estados-nacionales, de los derechos de las poblaciones – en su mayoría rurales – consideradas como minoritarias y etnoracialmente diferenciadas. Además dicho marco señaló las medidas urgentes que deberían tomarse con el fin de revertir las situaciones de vulnerabilidad y desigualdad estructural de dichas poblaciones. De hecho las principales innovaciones jurídico-normativas de finales

del siglo XX dependieron de la adopción de tratados internacionales que, desde los años 1960, han sido refrendados a través de diferentes leyes⁶.

La Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial adoptada en el año 1965 fue ratificada a través de la Ley 22 de 1981, en un contexto de efervescencia de los movimientos sociales que ya insistían en la necesidad de una apertura democrática en Colombia, 10 años antes de la adopción de la constitución del 1991. Por su parte la denominada Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2000, planteó los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁷. En ellos se hace evidente la preocupación por temas prioritarios como el de la salud, advirtiendo que la precariedad de las condiciones de salud se corresponde con la desigualdad y la inequidad de las que sufren las poblaciones más vulnerables.

Gobierno, con la Dirección de Asuntos para las Comunidades Negras; Decreto 2314 octubre de 1994, por el cual se crea la Comisión de Estudios para la formulación del Plan de Desarrollo para las Comunidades Negras; Decreto 1745 octubre 1995, reglamentario del Capítulo III de la ley 70 de 1993, por el cual se dicta el procedimiento para el reconocimiento de la propiedad colectiva a las comunidades negras; Decreto 2248 diciembre 1995, por el cual se establecen los parámetros para el registro de organizaciones de las comunidades negras; Decreto 2249 diciembre 1995, por el cual se crea la Comisión Pedagógica de las comunidades negras; Decreto 2344 del 26 de diciembre de 1996, por el cual se subroga el artículo 12 del Decreto 2248 1995, relativo a las Secretarías de las Comisiones Consultivas Regionales, Departamentales y Distrital de Bogotá, D.C.; Decreto 1627 de septiembre de 1996, por el cual se reglamenta el Fondo de Créditos

Condonables para Estudiantes de Comunidades Negras, de Bajos Recursos Económicos y Buen Desempeño Académico, administrado por el ICETEX.; Decreto 1122 del 18 de junio de 1998, por el cual se expiden normas para el desarrollo de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos, en todos los establecimientos de educación formal del país y se dictan otras disposiciones; Decreto 1320 del 13 de julio de 1998, por el cual se reglamenta la Consulta Previa a las Comunidades Indígenas y Negras, para la explotación de los recursos naturales dentro de sus territorios” (DNP- Ministerio del Interior, 2004, p. 3).

⁶ Ley 74 de 1968, Ley 16 de 1972, Ley 21 de 1991.

⁷ Tres de ellos están directamente relacionados con el tema de la salud: “la Declaración del Milenio fue explícita en lo que respecta a afirmar que sin progreso en materia de salud no será posible lograr avances en otras áreas”(PNUD, 2010).

[Los afrodescendientes] son más vulnerables al riesgo de enfermar o morir; están más expuestos a riesgos ambientales por habitar en viviendas precarias, barrios insalubres y entornos violentos; y tienen menor acceso a una oferta amplia de servicios de salud de calidad. (PNUD, 2010, p. 15)

Asimismo, la discriminación racial fue señalada como un factor determinante de la vulnerabilidad de estas poblaciones⁸, en la Declaración de la Conferencia Mundial Contra el Racismo y Todas las Formas de Xenofobia y Las Formas Conexas de Intolerancia, llevada a cabo en Durban, Sudáfrica, en el año 2001⁹.

La refrendación de tratados internacionales no fue la única fuente de innovaciones normativas que buscaba la generación de mayores garantías en temas de salud para las poblaciones negras en el marco del multiculturalismo. Las acciones de política pública se hicieron más numerosas durante la década del 2000. En el balance de la encuesta de calidad de vida, citada en el Conpes¹⁰ 3310 del 2004, se afirmaba que para la fecha el 51 % de las

personas afrodescendientes encuestadas no estaban afiliadas al sistema de salud. De allí que insistiera en la urgente necesidad de generar políticas de acción afirmativa. Es así como en el orden nacional emergen disposiciones tales como el documento Conpes antes mencionado, generador de la política de acción afirmativa para la población negra en Colombia¹¹, o el Decreto 4181 de 2007 que promovió la conformación de la comisión intersectorial para el avance de la población afrocolombiana, negra palenquera y raizal. A escala local o municipal también se dieron innovaciones normativas en esta primera década, por ejemplo en la capital Bogotá se emitieron el Acuerdo 175 en el año 2005 y el Decreto 151 en el 2008, ambos buscaron reglamentar la Política pública para la población afrodescendiente en Bogotá. El informe publicado por el PNUD en el año 2010 cierra la primera década del siglo XXI con un balance negativo, entre otras cosas porque resulta no ser muy distinto a aquel que se había identificado la década anterior. Los hogares

⁸ La Declaratoria expresa su “profunda preocupación por los casos en que los indicadores en esferas como la educación el empleo, la salud, la vivienda, la mortalidad infantil y la esperanza de vida de muchos pueblos revelan una situación de desventaja, en particular cuando entre los factores que contribuyen a ello (...) [se encuentran] el racismo y la discriminación racial (...)”.

⁹ Esta misma afirmación ha sido reiterada por la Organización Panamericana de la Salud, en 2017 a través de su Política sobre etnicidad y salud, en 2019 a través de la estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud y en el 2020 a través de sus consideraciones relativas a los pueblos indígenas,

afrodescendientes y otros grupos étnicos durante la pandemia del COVID-19.

¹⁰ Consejo Nacional de Política Económica y Social.

¹¹ La Sentencia 576 del 2014 señala como antecedentes de este documento: el Conpes 2909 de 1997, que creó el Programa de Apoyo para el Desarrollo y Reconocimiento Étnico de las Comunidades Negras; el Conpes 3169 de 2002, política orientada a generar mayor equidad para la población afrocolombiana y a fortalecer su identidad étnica, sus procesos organizativos y su participación en las políticas y planes de desarrollo que les afecten.

de las poblaciones etnoraciales colombianas tenían desventajas en el acceso al sistema de seguridad social en relación con los hogares de población ‘no étnica’. Tal y como se cita en el informe para el caso de Buenaventura, “según un estudio sobre las trampas de la pobreza (Nuñez y Carvajal Panesso, 2008), el 32 % de los afrodescendientes no estaba afiliado en 2007 al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sólo el 23% pertenecía al Régimen Subsidiado de Salud (RSS)” (PNUD, 2010, p. 15).

En cuanto a las innovaciones normativas más recientes, que siguen estando enmarcadas por el proyecto del multiculturalismo latinoamericano, es importante señalar a escala internacional la realización del Encuentro sobre salud Afrodescendiente para México, Centroamérica y los países andinos, llevado a cabo en Bogotá en noviembre del 2016¹². Allí se habló de la importancia de un enfoque afrodescendiente en las políticas de salud así como impulsar campañas de promoción de salud sexual y reproductiva en comunidades con presencia afrodescendiente en

colaboración con la Organización Panamericana de la Salud. La reunión dejó como resultado una propuesta de plan regional único con seis líneas estratégicas que tratarían directamente el tema de la salud de la población afrodescendiente, integrando los enfoques de género, derechos humanos, interculturalidad, diferencial e intersectorial (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

A escala nacional es importante destacar los debates suscitados en el marco de la construcción del capítulo étnico del plan decenal de salud pública desde la perspectiva de las comunidades negras, afrocolombianas raizales y palenqueras, 2012-2021¹³. La construcción de este capítulo ha tenido diferentes fases en las que los representantes de estas poblaciones han podido expresar sus expectativas respecto a la salud de sus comunidades. Tal y como se establece en el informe entregado a los representantes de las poblaciones negras (en abril del 2017 por el Ministerio de Salud) el diálogo habría permitido la identificación de los problemas que desde la pertenencia étnica han limitado el goce

¹² En el sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud, se señalan algunos de los antecedentes de este encuentro tales como: el Decenio Internacional para los Afrodescendientes proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificado mediante la resolución 68/237, y el Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas 2016-2025, promulgado por la Organización de Estados Americanos que en su acápite III.

¹³ Este capítulo refiere como antecedentes normativos: lo establecido en la ley 1438 de 2011, las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con su Anexo IV. C. 1-1 Protocolización de la Consulta Previa al Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 con Grupos Étnicos, la Ley 1450 de 2011 su artículo 273 sobre la protocolización de las consultas previas y en la Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

efectivo del derecho a la salud bajo el abordaje definido por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, basado en los determinantes sociales de la salud.

Lo más preocupante del balance hasta ahora expuesto, en cuanto a las innovaciones normativas en miras a la generación de mayores garantías en temas de salud para las poblaciones negras en el marco del multiculturalismo, es que la situación no parece haber cambiado sustancialmente en las dos últimas décadas. Desde una mirada integral de la salud, entendida a través de sus determinantes socioculturales, este escenario se complejiza con el impacto del conflicto armado en los territorios históricamente asociados a estas comunidades. En el siguiente apartado mostraré la estrecha relación entre la salud de las poblaciones negras y el conflicto armado en Colombia, a través de las innovaciones jurídico-normativas que emergen de este contexto como nuevas promesas frente al mejoramiento de las condiciones de vida de estas poblaciones.

Las promesas de la reconciliación: el conflicto armado y su impacto en la salud de las poblaciones negras

Como lo hemos visto hasta ahora la voz se ha alzado en diferentes medios de comunicación, en medios académicos y en pronunciamientos desde el derecho internacional humanitario, para denunciar la persistencia de los factores de vulnerabilidad asociada a la salud de las poblaciones negras en Colombia. No obstante, el racismo, la discriminación laboral, la precariedad sanitaria, el débil acceso a la educación, así como muchos de los factores ya mencionados anteriormente convergen con el contexto de conflicto armado, complejizando la situación de vulnerabilidad en términos de la salud de las comunidades rurales.

La ley 1448 de 2011¹⁴ hizo explícita la necesidad de un enfoque diferencial, tanto para grupos específicos (principalmente indígenas y afrodescendientes), como desde una perspectiva de género, algo que permitiría comprender los impactos de la guerra en la salud de las mujeres y de los grupos

¹⁴ En ella se muestra un avance en materia de política pública para las víctimas, “modificando la estructura institucional existente con el propósito de aplicar medidas de atención, asistencia y reparación integral desde el punto de vista judicial, administrativo, social y económico, tanto individual como colectivo,

medidas que pretenden hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición” (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2017, p. 251).

étnicamente diferenciados¹⁵. En el marco de los intentos por encontrar una salida negociada al conflicto se generaron nuevas promesas para las comunidades rurales en general, y en particular para las poblaciones negras. Los acuerdos de paz con la guerrilla de las FARC firmados en el año 2016 también trajeron consigo la promesa de una Reforma Rural Integral¹⁶, así como de una apertura democrática en la que las voces diversas serían por fin escuchadas y sus reclamaciones atendidas.

No obstante, el último informe técnico producido por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Observatorio Nacional de Salud, que se concentró en estudiar y dar a conocer las consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia, nos deja un panorama estremecedor en los inicios del nuevo decenio. En el diagnóstico que hace el informe sobre los impactos diferenciales a las poblaciones étnicas, se evidencia:

que las personas afrodescendientes tienen un mayor riesgo de ser afectadas por el conflicto, comparadas con aquellas que no manifestaron pertenencia étnica.

¹⁵ En el artículo 205 de la Ley 1448 de 2011, “se le conceden funciones extraordinarias al presidente de la república para expedir: los Decretos-ley 4633 para pueblos y comunidades indígenas, 4634 de 2011 para el pueblo rom o gitano y 4635 de 2011 para comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Estos decretos ley constituyen el marco normativo para la asistencia, atención, reparación integral y la restitución de tierras de los pueblos y comunidades étnicas”

También se encontró una asociación entre ser afectado por el conflicto y haberse sentido discriminado alguna vez en la vida (p. 206) [...] En la población afectada por el conflicto fue mayor la población de personas del área rural, así como quienes se identificaron como indígenas y afrodescendientes (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2017, p. 203).

En este fragmento vemos claramente la convergencia de factores que ya hemos destacado más arriba y que configuran un escenario adverso para las poblaciones en relación con la salud desde una visión integral. No podemos olvidar que el conflicto armado afectó especialmente regiones asociadas al poblamiento afrodescendiente como es el caso del Pacífico biogeográfico, el Urabá antioqueño o Montes de María, por mencionar algunas de ellas. El informe sostiene que los “hombres que viven en las áreas rurales de la región Central y Oriental, pertenecientes a grupos étnoraciales (principalmente afrodescendientes) fueron los más afectados por la violencia del conflicto” (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2017, p. 207). La convergencia del conflicto armado

¹⁶ El primer punto de los Acuerdos de Paz propone esta Reforma como el mecanismo privilegiado que definiría las bases para la transformación del campo, generando condiciones de bienestar para la población rural. Cuatro puntos nodales son señalados: mejoramiento de las condiciones de vida para la población rural, mayor integración territorial, soberanía alimentaria y priorización de zonas de mayor afectación por el conflicto armado.

con otras formas de violencia (como el racismo estructural, la delincuencia, la opresión, la violencia de género, intrafamiliar, física y psicológica) amenazaría con empeorar la situación de salud mental y física de estas poblaciones.

A este panorama habría que agregarle el hecho de que las poblaciones negras figuran en el informe como “las más afectadas por desastres naturales” (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2017, 203), afirmación que me permite introducir algunos factores de orden territorial que deben ser vistos como determinantes en la salud de las poblaciones sujeto de la presente reflexión. Los conflictos territoriales (tales como el acaparamiento de tierras, el desplazamiento forzado o el despojo, por mencionar algunos), asociados al conflicto armado, tienen un impacto directo en la salud de las comunidades rurales. Muchos de los territorios de las poblaciones negras han estado sometidos a presiones extractivas, ganadería extensiva, monocultivos (lícitos e ilícitos) y megaproyectos de infraestructura que han afectado terriblemente los ecosistemas, generando un deterioro en la

soberanía alimentaria y en el buen vivir de la gente en el campo. Detrás de estas prácticas económicas se fortalecen actores políticos y armados, históricamente asociados al acaparamiento de tierras, a la corrupción y al narcotráfico¹⁷(Centro Nacional de Memoria Histórica, 2016). Las acciones protagonizadas por los actores anteriormente mencionados casi nunca son el resultado de un diálogo consensuado con las poblaciones directamente afectadas. De hecho todas estas prácticas han generado un enorme impacto sobre las formas de vida no humanas, así como una profunda afectación de las fuentes hídricas y los suelos de los que dependen directamente las comunidades, y otros no humanos, para su sustento.

Si el conflicto armado no solamente afecta a las poblaciones humanas (K. Lyons et al., 2019), observar la salud de éstas de manera desarticulada de factores como los conflictos territoriales y ecológicos ha llevado a que se pierda de vista su complejidad. Las reclamaciones territoriales, que hacen las poblaciones rurales desde las últimas décadas del siglo XX, portan un llamado a la soberanía alimentaria; a una redistribución de la tierra

¹⁷ Las formas de obtención de recursos para la guerra también fueron consideradas por el informe como generadores de problemas asociados a la salud. “Los cultivos ilícitos y el narcotráfico; la minería ilegal; la cooptación de rentas públicas, se consideraron importantes por sus posibles efectos en determinantes intermedios y finalmente en los desenlaces en salud” (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional

de Salud, 2017, p. 21). El llamado de atención que nos hace Carlos Rosero en la entrevista citada más arriba se encuentra con los resultados del informe, cuando recuerda las importantes asignaciones presupuestales del Estado que deberían haber llegado a las comunidades en los últimos 27 años tras la promulgación de la ley 70 de 1993 y que todavía siguen perdidas.

que deje de privilegiar a unos cuantos; a que se reconozcan los proyectos de futuro propios de las comunidades más allá del desarrollo; a la reconciliación con los ecosistemas de los que hacen parte; a la justicia más allá de lo jurídico; a un reconocimiento institucional de sus prácticas y de sus saberes sobre la vida, la salud y la enfermedad; entre otras premisas que varían en medio de la diversidad de movimientos, ideologías y formas de liderazgo étnoracial y campesino. Desde esta perspectiva, insisto en que la salud de las poblaciones negras en Colombia depende de múltiples factores, que acrecientan su vulnerabilidad socio-ambiental y por lo tanto hacen su salud vulnerable. Cabe señalar que algunos autores han discutido las innovaciones normativas que se han dado frente a los derechos atribuidos a la naturaleza y al territorio (Ruiz-Serna, 2017) tras la promulgación de la Ley de víctimas para pueblos indígenas “que incluye el territorio como una víctima del conflicto armado en Colombia”¹⁸. Estas innovaciones normativas siguen siendo particularmente complejas de analizar, dados los debates teóricos con respecto a los límites de la noción misma de derecho, a los alcances

jurídicos de la aplicabilidad de este tipo de medidas y al desconocimiento de las especificidades regionales y locales, que se hace evidente en las decisiones que se toman por abogados desde escritorios en las grandes capitales (K. Lyons, 2021).

No obstante, estas discusiones nos permiten destacar la importancia de los determinantes territoriales y raciales de la salud en los inicios de un nuevo decenio marcado por la pandemia del Covid-19. Diversos movimientos sociales y ONG han insistido en la correlación entre segregación espacial, exclusión en salud y exclusión racial (Consejo Nacional de Paz Afrocolombiano, 2020; Delgado, 2020; Murillo, 2020). Algunos afirman que “alrededor de 2 millones de colombianos que integran pueblos o grupos étnicos no cuentan con acceso a agua potable en sus casas (Murillo, 2020). El 80% de los-as afrocolombianos-as tienen sus necesidades básicas insatisfechas y más del 60% carecen de acceso a servicios sociales y programas de asistencia (Consejo Nacional de Paz Afrocolombiano, 2020); 106 de los 113 municipios asociados al poblamiento afrodescendiente en Colombia no contaban con unidades de cuidados intensivos al inicio de la pandemia (Delgado, 2020).

¹⁸ Los territorios de los grupos étnicamente diferenciados, especialmente indígenas fueron considerados como víctimas del conflicto armado interno “porque los hechos vinculados y derivados de éste han ocasionado daños a su equilibrio y armonía, y afectado su vitalidad, de acuerdo con los sistemas

de pensamiento (...) y con ello, la salud y la soberanía alimentaria debido al estrecho vínculo y al carácter colectivo de la relación entre las comunidades y sus territorios” (Ministerio del Interior, 2018, p. 25).

Además “los afrodescendientes tienen menos probabilidades de tener acceso a crédito (BID, 2017) y tienen menores ingresos y tasas de ahorro. Por ende, pueden tener menos posibilidades de abastecerse de alimentos y artículos para el hogar en tiempos de crisis. Además tienen más probabilidades de ser trabajadores del sector informal” (Morrison, 2020) reduciendo su capacidad para afrontar periodos largos de confinamiento. Este escenario de precaria incorporación de la población negra al sistema general de seguridad social en salud (y el impacto del conflicto armado interno) se complejiza por la falta de diálogo entre dicho sistema y los actores y prácticas relacionados con los saberes propios de las comunidades, que son reconocidos por el marco multiculturalista y que deberían además ser favorecidos y preservados. Es por esta razón que el tercer y último apartado estará dedicado a ver estos desafíos a la luz de la experiencia de las organizaciones de parteras del Pacífico, narradas en su “Encuentro de Memorias Ancestrales: Matronas y aprendices ombligando experiencias de aprender a vivir con el Covid-19”, realizado los días 15-16-17-18 de octubre del 2020.

Justicias alternativas y salud comunitaria: la experiencia de las organizaciones de parteras del Pacífico en su encuentro de Memorias Ancestrales en octubre del 2020

El hilo conductor de este panorama ha sido la deficiencia sistemática y empíricamente constatable de garantías de acceso a la salud para las poblaciones negras en Colombia y América Latina. Dicha deficiencia va desde el Pacífico hasta los palenques, desde los palenques a los enclaves negros en el corazón de los Andes colombianos, y de allí a la costa Atlántica y al Caribe profundo de las Islas raizales (que en el momento de redacción de este texto enfrentan una de las peores crisis humanitarias de su historia como resultado del paso del huracán Iota). Mi experiencia de vida e investigación durante los últimos siete años con las poblaciones negras del departamento de Caldas, me mostró que la realidad del Pacífico, que ha sido narrada por diversos-as investigadores-as a lo largo de la historia, no dista mucho de la vivida en el poblado caldense de Guamal (Lara Largo, 2019). Los relatos de las valientes mujeres lideresas de ASOPARUPA y REDIPARCHOCÓ¹⁹, durante el Encuentro de Memorias Ancestrales, no están muy

¹⁹ Asociación de Parteras Unidas del Pacífico y Red Interétnica de Parteras-os del departamento del Chocó. Organizaciones de mujeres afrodescendientes

que cuidan y asisten los partos, que acompañan el ciclo vital a través de profundos saberes anclados en los ecosistemas, que conocen plantas y secretos

lejanos de los que me narraron tantas veces Sandra, Ligia, Rosa, Ana Feliz, Tulia y tantas otras mujeres guamaleñas. Relatos que reivindican la manera en que se han curado en comunidad y han cuidado de sus hijos y de sus mujeres desde siempre; al margen y muchas veces sin tener apoyo de lo que ellas denominan el Estado, en el fortalecimiento de sus sistemas de salud propia. Ellas han alzado su voz para señalar una gran ambigüedad: la debilidad del sistema general de salud estatal en los territorios de las poblaciones negras converge con un profundo desconocimiento, y en muchas ocasiones estigmatización, de las prácticas y saberes que han mantenido vivas a dichas poblaciones desde tiempos inmemoriales y que las parteras salvaguardan y custodian.

Durante el confinamiento por la pandemia del Covid-19 se han realizado distintos eventos virtuales alrededor de las temáticas abordadas por el presente artículo²⁰. Algunos han sido liderados por ONGs, por organismos de cooperación internacional o por las mismas

organizaciones sociales afrodescendientes. Durante el mes de octubre de 2020 tuvo lugar el encuentro de Memorias ancestrales en el que participaron varias organizaciones de parteras nacionales e internacionales. Las parteras del Pacífico, en cabeza de las organizaciones anteriormente mencionadas, hicieron énfasis en que el principal desafío que encuentran frente a la pandemia del Covid-19 y la salud es la falta de interlocución con las autoridades estatales encargadas del tema. Ellas reclaman el reconocimiento de su quehacer y de las prácticas ancestrales a través de las cuales han venido cuidado, por generaciones, del ciclo de vida de sus comunidades.

Es importante señalar que si bien existe hoy en día un Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) asociado y en diálogo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), esto no sucede de la misma forma para las poblaciones negras²¹. De hecho existe una reclamación constante, por parte de las parteras, por el reconocimiento estatal de los saberes propios y las prácticas

²⁰ El 31 de marzo del 2020 se llevó a cabo el conversatorio Perspectivas, desafíos y retos de los afrodescendientes en las Américas, en donde se insistió en que la principal problemática que afecta a la población afrodescendiente en las Américas es el alto riesgo de vulnerabilidad en salud.

²¹ El informe alterno ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de la ONU- CEDR del año 2009, sostiene que: “los derechos de los afrodescendientes siguen teniendo un reconocimiento legal menor que los derechos de otros grupos étnicos. El Estado colombiano ha dilatado injustificadamente

la extensión de los derechos culturales que tienen los pueblos indígenas a las comunidades afrocolombianas. Este es el caso de la participación en el sistema de seguridad social en salud. La ley 691 de 2001 reconoce a los pueblos indígenas la posibilidad de prestar directamente los servicios de salud a sus comunidades y, con ello, la oportunidad de ejercer sus prácticas de medicina tradicional. Este mismo derecho, sin embargo, no ha sido extendido a las comunidades afrocolombianas” (Rodríguez Garavito, 2009, p. 15).

ancestrales en salud²² en un contexto que necesita de ellas y pide a gritos una mayor interlocución con la institucionalidad²³. Las matronas han insistido en diferentes espacios que su labor no es exclusivamente atender partos. Son ellas quienes han suplido históricamente la deficiencia del sistema de salud en el Pacífico, cuidando a niños-as y mujeres a lo largo de su ciclo vital y reproductivo. A cambio dicen haber sido estigmatizadas y rechazadas por parte de un sistema médico que sigue siendo heteropatriarcal y racista. Las parteras mismas son especialmente vulnerables a la enfermedad y a la pobreza, la mayoría no cuentan con una fuente de ingresos estable y no necesariamente reciben remuneración económica por su trabajo. En el encuentro afirmaron que la pandemia había generado un aumento de las personas que solicitaban su intervención, por el miedo al contagio en los hospitales, muchas mujeres decidieron dar a luz en casa acompañadas por las parteras. Si bien ellas afirmaban que esto no les habría garantizado ni mayores ingresos ni mayor estabilidad, consideraban que la coyuntura les había permitido hacer presión

frente al sistema general de salud y reposicionar su labor frente a los funcionarios médicos.

No puedo cerrar esta nota de investigación sin antes señalar un aspecto de suma gravedad, que además, hace parte de las principales demandas de estas mujeres frente a las instituciones de salud del Estado. Las parteras no están autorizadas para registrar los recién nacidos al momento del parto, con el fin de que figuren dentro del sistema general de salud (Registro de Nacido Vivo). Mientras que los médicos reconocidos por el sistema pueden firmar dicho registro, las parteras no pueden hacerlo. Ellas deben solicitar al médico, asistiendo a un puesto de salud autorizado, algo que ocasionaría no solamente la “invisibilización de su labor” (Ministerio de Cultura, 2016), sino que en muchos casos motivaría a que no se complete este proceso frente a las autoridades médicas correspondientes, dado que muchas personas del Pacífico viven en regiones alejadas y con poca conectividad con los centros de salud y centros urbanos²⁴. En entrevista con la

²² No puedo dejar de señalar que el modelo indígena dista mucho de ser perfecto y ejemplar, no obstante la articulación entre los saberes, prácticas y sabedores-as del mundo afrodescendiente y el Sistema general de salud sigue estando en deuda.

²³ Este escenario de desconocimiento, estigmatización y falta de comunicación se complejiza en una región en donde los indicadores de mortalidad infantil y las tasas de mortalidad materna, siguen siendo altas. Buenaventura, por ejemplo, mostraba en 2005 indicadores de mortalidad infantil y materna que

triplicaban el promedio para el departamento del Valle del Cauca (PNUD, 2008). Al hacer una comparación entre las tasas de mortalidad materna de mujeres afrodescendientes y de mujeres “no étnicas”, se encontró que en ambos contextos urbanos las mujeres afrocolombianas presentaban mayores tasas de mortalidad (Urrea, Ramírez y Botero, 2006).

²⁴ La reclamación de las parteras del Pacífico no ha hecho eco en las autoridades en temas de Salud. De hecho, la vía que encontraron para hacerse escuchar y dejar sentadas las bases de su proceso organizativo

antropóloga, funcionaria del Ministerio de Cultura y colaboradora de los procesos organizativos de las parteras del Pacífico, María José Almarales, ella señalaba que esta situación podría ser la causa de un escandaloso subregistro de población en toda la región del Pacífico biogeográfico, algo que evidentemente imposibilitaría u obstaculizaría una aplicación de los instrumentos jurídicos vigentes y una eventual acción del Estado en miras a mejorar las condiciones de un sistema de salud precario, que de entrada estaría subestimando el número de ciudadanos que debe proteger.

Para las parteras el frondoso marco legislativo, que hemos presentado a lo largo de este texto no se corresponde con un mejoramiento de sus condiciones de salud individual y comunitaria. Este copioso marco, que fue en gran parte resultado de las innovaciones multiculturalistas y de las promesas de reconciliación en el marco del conflicto armado, se ve limitado en su implementación, entre otras razones, por la

falta generalizada de información sobre la situación de las poblaciones negras en todo el país y especialmente por falta de voluntad política. Debido al subregistro censal²⁵ y a la falta de datos sobre temas específicos, como el acceso a la salud, la calidad, la cobertura y las condiciones de servicios básicos asociados, en los lugares principalmente habitados por las poblaciones negras²⁶, la justicia no parece llegar por la vía de la implementación de los instrumentos jurídicos disponibles.

En esta dirección me parece tentador el cuestionamiento planteado por la antropóloga K. Lyons (2019)²⁷, a la luz de las reflexiones del presente texto: “¿De qué manera la justicia puede ser imaginada y actualizada en las prácticas materiales cotidianas (K. Lyons, 2017, p. 209) cuando parece que no llega vía a lo jurídico? ¿o cuando dicha justicia parece demasiado imperfecta? Las organizaciones de parteras insisten en el anclaje territorial de sus prácticas y saberes. Allí el territorio aparece como la materialización de intercambios (y

fue el Plan especial de salvaguarda de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico, presentado al Ministerio de Cultura, a la Dirección de Patrimonio y al Grupo de Patrimonio Cultural Inmaterial.

²⁵ Según el Censo de 2018 la población negra en Colombia ascendía a los “2.982.244, lo que equivale al 6.1% de la población nacional” (Dejusticia, 2020). El centro de estudios Dejusticia señala, en su artículo denominado “Grupos étnicos en la pandemia: sin agua para comer o para lavarse las manos”, que “la metodología usada por el DANE en este ítem ha sido muy criticada, pues a pesar de que la población en Colombia aumentó en comparación al censo de 2005, el porcentaje de personas que se autorreconocen como miembros de la población

negra, según el DANE, disminuyó en un 31%” (Dejusticia, 2020).

²⁶ Desde el año 2007 la Comisión intersectorial para el avance de la población afrocolombiana, negra, palenquera y raizal había señalado, entre las barreras que se identificaban, la baja disponibilidad de información sobre la población afrodescendiente que limitaba la focalización y la definición de una política pública ajustada a las particularidades étnicas y territoriales.

²⁷ Frente a las formas de persistencia y degradación ecológica en el marco del conflicto armado interno colombiano, en contextos impactados por la fumigación con glifosato.

también de tensiones) de larga data entre actores humanos y no humanos, que generan impactos (positivos y negativos) en la salud comunitaria. Las parteras insisten en que su labor depende necesariamente de los ecosistemas de los cuales aprenden y con los que colaboran (especialmente a través del manejo de las plantas medicinales). Las mezclas de plantas curadas preparadas por ellas, así como el acompañamiento vital que hacen a hombres, mujeres, niños y niñas a lo largo de su ciclo de vida deben ser vistas como formas de justicia alternativa en un escenario de incumplimiento y abandono institucional. Dichas formas de justicia se logran solamente en la condensación de profundos saberes ecológicos, en donde la salud no es la simple falta de enfermedad. Ésta aparece más como un equilibrio dinámico o como aquella capacidad óptima, tanto de un individuo como de un grupo, para enfrentarse a todas las circunstancias de la vida (Last, 1989). A partir de esta visión, un análisis detallado de los determinantes ecológicos, políticos y sociales en la salud de las poblaciones negras en Colombia, sería un primer paso para hacer frente a los desafíos que nos deja la pandemia del Covid-19, que no hizo más que profundizar las problemáticas estructurales que ya afectaban a estas poblaciones. Sería además una manera de saldar las deudas que aún tiene el Estado y

la sociedad nacional colombiana hacia los afrodescendientes en esta materia. Precisamos encontrar la manera más adecuada de dar vida a las disposiciones normativas existentes, pero sobre todo reconociendo de una vez por todas el importante papel que juegan las prácticas y saberes guardados por las cuidadoras y los cuidadores de la vida comunitaria en el frágil equilibrio del mundo rural, haciendo posible formas de justicia más allá de lo jurídico.

Referencias bibliográficas

Barbary, O., & Urrea, F. Gente Negra en Colombia. Dinámicas sociopolíticas en Cali y el Pacífico. Editorial Lealon CIDSE-UNIVALLE-IRD-COLCIENCIAS, 2004.

Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. CNMH. <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/micrositios/informeGeneral/> 2016

Consejo Nacional de Paz Afrocolombiano. Directrices para responder al Covid 19 para el pueblo y comunidades afrodescendientes en Colombia. Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas, 2020. <https://convergenciagnoa.org/directrices-para-responder-al-covid-19-para-el-pueblo-y-comunidades-afrodescendientes-en-colombia/>

Delgado, J. Cómo evitar que el coronavirus profundice la desigualdad racial en Colombia. The New York Times, s.p., 29 de abril de 2020.

- DNP- Ministerio del Interior. Conpes 3310. Política de acción afirmativa para la población negra o afrocolombiana. Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2004.
- Goodman, R. A., Bunnell, R., & Posner, S. F. What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*, 67, S58–S61, 2014
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.028>
- Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Noveno Informe Técnico. Ministerio de Salud- Instituto Nacional de Salud- Observatorio Nacional de Salud, 2017
- Lara Largo, S. Imbrications identitaires. Les usages ethniques du territoire à Guamal, Caldas, Colombia [Tesis doctoral en Antropología y Sociología]. Université Sorbonne Paris Cité, 2019.
- Last, J. M. (Ed.). *Diccionario de epidemiología*. Salvat, 1989.
- Lyons, K. Mejorar los conflictos: Derechos de la amazonía en mundos cosmopolíticos. *Revista Virajes*, 23(2), s.p.2021
- Lyons, K. M. Guerra química en Colombia, ecologías de la evidencia y senti-actuar prácticas de justicia. *Universitas Humanística*, 2017, 84, 203–234.
<https://doi.org/10.11144/javeriana.uh84.gqce>
- Lyons, K., Pinto-García, L. B., & Serna, D. R. Presentación. *Maguaré*, 2019, 33(2), 15–22.
<https://doi.org/10.15446/mag.v33n2.88069>
- Martínez de Pisón, J. M. El derecho a la salud: Un derecho social esencial. *Derechos y libertades: Revista del Instituto*
- Bartolomé de las Casas, 2016, 10(14), 129–150.
- Ministerio de Cultura. Plan especial de salvaguarda de los saberes asociados a la partería afro del Pacífico. Ministerio de Cultura, a la Dirección de Patrimonio y al Grupo de Patrimonio Cultural Inmaterial, 2016.
- Ministerio del Interior. Enfoque diferencial para pueblos y comunidades indígenas víctimas. Ministerio del Interior, 2018.
- Morrison, J. Ser afrodescendiente durante el Covid-19: Exposición y desigualdades [Blog]. BID Mejorando Vidas. ¿Y Si Hablamos de Igualdad?, 24 de abril de 2020 <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/ser-afrodescendiente-durante-el-covid-19/>
- Murillo, D. Grupos étnicos en la pandemia: Sin agua para comer o para lavarse las manos. *Dejusticia. Derecho, Justicia y Sociedad*. 20 de abril de 2020, <https://www.dejusticia.org/column/grupos-etnicos-en-la-pandemia-sin-agua-para-comer-o-para-lavarse-las-manos/>
- Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS Colombia—Encuentro sobre salud Afrodescendiente para México, Centroamérica y países andinos | OPS/OMS. 28 de noviembre de 2016, Pan American Health Organization / World Health Organization.
https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2668:encuentro-sobre-salud-afrodescendiente-para-mexico-centroamerica-y-paises-andinos&Itemid=562
- Palomino Moral, P., Grande Cascón, M. L., & Linares Abad, M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 2014, 72(1), 71–91.
- PNUD. Políticas públicas para el avance de la población afrocolombiana: Revisión y

análisis (Proyecto Regional Población afrodescendiente de América Latina). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2010.

Rodriguez Garavito, C. (Ed.). Discriminación racial en Colombia: Informe alterno ante el Comité para la eliminación de la Discriminación Racial de la ONU. Observatorio de Discriminación Racial (Universidad de los Andes, Proceso de Comunidades Negras, Dejusticia), Comisión Colombiana de Juristas, Autoridad Nacional de Gobierno Indígena de Colombia (ONIC), 2009.

Ruiz-Serna, D. El territorio como víctima. Ontología política y las leyes de víctimas para comunidades indígenas y negras en Colombia. *Revista Colombiana de Antropología*, 2017, 53(2), 85–113. <https://doi.org/10.22380/2539472X.118>

San Martín, H. Salud y enfermedad. La prensa médica mexicana, 1995.

Townsend, P. The Ecology of disease and health. In *A companion to Medical Anthropology* (Singer, Merrill; Erickson Pamela, Blackwell, 2011, pp. 181–195). Wiley-.

Urrea, F. Informe Final Grupos Étnicos. Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2006.