

PERCEPCIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DE LAS COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES DE MEDELLÍN 2009-2010*

NANCY ELIANA GALLO RESTREPO, ESPECIALISTA**; YEISON ARCADIO MENESES COPETE, MAGISTER***;
CARLOS MINOTTA VALENCIA, PSICÓLOGO****

Recibido para publicación: 17-04-2014 - Versión corregida: 09-10-2014 - Aprobado para publicación: 04-11-2014

Resumen

Objetivo: Identificar percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín Colombia. **Materiales y métodos:** Muestreo: teórico y por conveniencia. Investigación de tipo descriptivo exploratoria. Se desarrollan 13 Grupos Focales de Discusión, 10 entrevistas en profundidad a estudiosos de las comunidades y 6 talleres comunitarios. **Resultados:** Se encontró relación entre enfermedad y destierro, esta última condición agrava la primera en su dimensión psicosocial; visto así, la dolencia además de estar anclada en el cuerpo, deriva sus ramificaciones en afectaciones mentales y socio-afectivas; por ejemplo, en casos como ser obligados a renunciar al universo simbólico milenario que encarna el sepelio y el novenario de un ser querido. Se reporta la violencia contra la mujer y los problemas del desarrollo de la niñez como principales focos de enfermedad. El manejo de la enfermedad se realiza a través de la cura con secreto, un sistema milenario de las comunidades y una estrategia para enfrentar el déficit en el acceso al SGSSS. **Conclusiones:** Se encontró un bajo conocimiento en cuanto a los derechos en salud y la exigibilidad de los mismos de manera personal y colectiva. Las comunidades poseen sistemas de curación personal y comunitaria, donde a través del sincretismo entre la religión católica y el paganismo enfrentan las enfermedades. Se observa alta credibilidad en estas prácticas de curación. Las mujeres reportan ser víctimas de violencia en las

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 14 N° 2, Julio-Diciembre 2014, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Gallo Restrepo, N.E.; Meneses Copete, Y.A.; Minotta Valencia, C.

- * El presente artículo es producto del proyecto de investigación concluido en el 2011 "Condiciones de vida de la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín. Caracterización socio-demográfica, desarrollo humano y derechos humanos 2011" financiada por un convenio de asociación entre la Secretaría de Cultura Ciudadana de la Alcaldía de Medellín y la Corporación Convivamos. Véase en referencias Gallo Restrepo & Sandoval (2011).
- ** Psicóloga, Especialista en contextualización psicosocial y Candidata a Magister en Epidemiología. Investigadora Grupo de Investigación en Salud Mental - GISAME - de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Medellín-Colombia. Email: naeli46@yahoo.es
- *** Docente Activista Afrocolombiano. Docente de cátedra de la Universidad de Antioquia y de la Institución Educativa Enrique Vélez Escobar. Licenciado en Lenguas Modernas, Especialista en Enseñanza del Inglés y Magister en Educación en la línea: Maestro, Pensamiento y Formación. Investigador del Colectivo Ampliado de Estudios Afrodiaspóricos Medellín-Colombia. Email: yearmeco@gmail.com
- **** Psicólogo de la Universidad de Antioquia. Miembro del Colectivo Ampliado de Estudios Afrodiaspóricos, CADEA-FRO. Medellín-Colombia. Email: psiquikam@hotmail.com.

familias y al mismo tiempo son el agente dinamizador del cuidado y de las prácticas de salud dentro de la comunidad. La transmisión cultural de la cura con secreto se va difuminando en el tiempo, posee dentro de sí misma, formas de jerarquización, convirtiéndose igualmente en un bien comunitario solo para algunos.

Palabras claves: *Población afrodescendiente, salud, enfermedad.*

Gallo-Restrepo NE, Meneses-Copete YA, Minotta-Valencia C. Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín 2009-2010. Arch Med (Manizales) 2014; 14(2):210-8.

Perceptions of afrodescendant communities from Medellín about the health-illness process, 2009-2010

Summary

Objective: *To identify perceptions about the process of health-illness of afrodescendant communities from Medellín (Colombia).* **Materials and methods:** *Materials and Methods: Sampling: Theory and convenience. This research followed the descriptive exploratory type of study. There were carried out 13 focus group discussions, 10 interviews with scholars from communities and 6 community workshops.* **Results:** *A relationship between disease and banishment was found. Expulsion increases illness in the psycho-social dimension; in this way hurting besides being rooted in the body, its branches become into mental and socio-affectionate affections. For instance, when a person is forced to renounce to the millenarian symbolic universe that the interment and novena of a loved person encompass. Violence against women and problems of child development as major outbreaks of disease are reported. The disease management is through cure with secret (bewitched).* **Conclusion:** *A low knowledge was found in the afrodescendant population regarding health rights and the enforceability of personal and collective way. It was also found that, communities have systems of personal and communitarian healing, where through syncretism between Catholicism and paganism diseases are faced. Besides that, a high credibility is observed in these healing practices. According to the study, women report being victims of violence in families and at the same time are the boost for the care and health practices in the community and in their families. The cultural transmission of secret cure fades away in time, it has within itself, forms of hierarchy, also becoming a community asset only for some.*

Keywords: *Afro-descendant population, health, disease.*

Introducción

Abordar el tema de la salud de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras resulta un gran reto. Varias son las razones; baste decir que en Colombia son esca-

sos los estudios sobre la salud en los pueblos afrocolombianos, negros, raizales y palenqueros¹. De otro lado, la poca información disponible en relación con la salud de estas poblaciones evidencia un panorama desafortunado y amplio de discriminación racial, racismo, segregación

y exclusión social que han permanecido a lo largo de la historia, los gobiernos no presentan estadísticas que abran caminos a la construcción de políticas públicas que cierren la brecha social entre las poblaciones afrocolombianas, negras, palenqueras y raizales, y las poblaciones mestizas de Colombia. Las desigualdades étnico-raciales relacionadas con la salud se mantienen como una constante con el pasar del tiempo y los gobiernos. Estudios muestran como la situación de salud de los pueblos étnicos tienen particularidades al compararlos con la salud de otros grupos poblacionales y étnicos^{2,3}. Este último a través de los datos del DANE concluye que existen desventajas socioeconómicas de las comunidades **étnicas y disparidad en el aseguramiento en salud**. Se observa que la situación de las comunidades afrocolombianas es más crítica que la de los grupos indígenas y mestizos. Aproximadamente el 53% de los afrocolombianos no tuvo seguro médico en 2003, mientras que esta proporción fue igual a 37,9% en el caso de los grupos indígenas, refiere el autor.

En primera instancia, la presente investigación establece relaciones entre el desplazamiento forzado, el destierro y la enfermedad, evidenciando cómo las experiencias de violencia afectan negativamente los lazos sociales, el universo simbólico, la relación con el espacio y el territorio, dando lugar a un desarraigo espiritual y cultural que fija el desarrollo emocional, relacional y psicosocial de las personas, tanto en una dimensión individual como colectiva. El destierro externaliza el duelo, congelando la capacidad que la persona posee para auto-realizarse, por medio de la asimilación de nuevas experiencias que enriquezcan su vida. La vivencia de la traumática pérdida se actualiza en el presente, dando lugar a la angustia sempiterna que empuja a la conciencia a una penosa compulsión de repetición del pasado.

En segunda instancia, se presenta la visión de las comunidades afrodescendientes frente al Sistema General de Seguridad Social en

Salud (SGSSS). Las prácticas ancestrales en salud obedecen a tradiciones milenarias que han trascendido en el espacio y el tiempo, además cubren las limitaciones en el acceso, y la falta de cobertura; sobre todo la pertinencia del SGSSS; es decir la adecuación al contexto, que para el caso de Colombia obvia la necesidad de implementar un enfoque diferencial que tenga en cuenta la cultura, creencias y cosmovisiones de los diferentes grupos étnicos Colombianos.

Finalmente, la investigación presentada en este artículo aborda la relación entre el desplazamiento forzado, y el proceso salud-enfermedad en relación con el género, relievando el vínculo entre rol asociado al *ser* mujer desde la perspectiva patriarcal y sus implicaciones en el marco de las relaciones en familia y comunidad, el cuidado de los ancianos, la protección de los niños y niñas, la cura de la enfermedad y la promoción de la salud.

Materiales y métodos

Técnicas utilizadas, estrategia de muestreo y selección de la muestra

Muestreo teórico y por conveniencia. Bajo criterios de comprensión y pertinencia. A continuación, las técnicas e instrumentos empleados en la investigación; Caracterización sociodemográfica. Condiciones de vida de la población negra afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín, 2011.

Mapeo de informantes

En un primer momento el equipo de investigación realizó un reconocimiento de las zonas donde se levantaría la información, a través de mapas de planeación municipal, estudios del DANE, encuesta de calidad de Medellín y estudios producidos por universidades, sobre condiciones sociales y económicas de las zonas donde se recolectaría la información. Los mapas que se recolectaron de las zonas de estudio,

| Tabla 1. Técnicas e instrumentos empleados en la investigación: Caracterización sociodemográfica. Condiciones de vida de la población negra afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín, 2011. | | | |
|---|-----------------|---|---|
| Técnica | Cantidad | Zonas | Participantes y descripción de la técnica. |
| Grupos Focales de Discusión | 13 | 3 en la Zona 1 3 en la zona 3 2 en la zona 2 2 en la zona 4 2 en la zona 6 1 en corregimientos de la ciudad. | Entre 8 y 10 personas 90 personas en total. Técnica que prioriza la discusión (debate) en un tema focalizando en temas pertinentes para la investigación, se utilizó guía semi estructurada para su desarrollo. |
| Entrevistas en profundidad | 10 | Estudiosos/as de temas de las poblaciones afro, negro, palenquero o raizal que laboran o viven en la ciudad de Medellín. | 10 estudiosos. Técnica que prioriza la conversación con un participante, prioriza la capacidad de volver a la fuente (informante) cuando se requiera una vez se procesan los datos. se utilizó guía semi estructurada para su desarrollo. |
| Talleres comunitarios | 6 | 1 en cada zona de la ciudad (planeación municipal) | 90 Técnica que prioriza las opiniones y lo sentires de un grupo de personas. Permitió en la investigación conocer la vivencia en el territorio a través de exposiciones por subgrupos. |

apoyaron al reconocimiento de la topografía de las zonas y sus posibilidades de acceso.

Para el segundo momento de mapeo, se contactaron personas claves en cada zona, tales como rectores de colegio, docentes, líderes y lideresas, pobladores de las zonas, para que apoyaran con su experiencia a la construcción del plan de recolección de información. Un punto importante para la ubicación y análisis de los territorios estuvo centrado en que la mayoría de personas participantes del grupo de investigación, pertenecían a las comunidades, son líderes y estudiosos/as del tema, en su mayoría son ciudadanos constituyentes de la ciudad y han realizado actividades de investigación y de intervención psicosocial en diferentes zonas de la ciudad, lo que garantizaba un reconocimiento más cercano del territorio.

Se realizó un perfil de muestra teniendo en cuenta el sexo, estrato socioeconómico, edad y ocupación; la muestra Incluye: comunidad en general hombres y mujeres, niños/as, docentes, profesionales, deportistas, artistas, estudiantes agremiados, jóvenes, excombatientes, diversidades sexuales, empresarios, mujeres agremiadas, personas de estrato socioeconómico alto, raizales, líderes de opinión, estudiosos/as del tema en la ciudad de Medellín y el

país, ciudadanos de más de 20 años de residir en la ciudad, funcionarios/as públicas, concejo afrocolombiano.

Tipo de estudio

Descriptivo-exploratorio, con técnicas de investigación social desde la etnografía y el método analítico. Procesamiento de datos: manual, utilizando la estrategia propuesta por la teoría fundada.

Procesamiento y análisis de datos

Una vez realizadas cada una de las actividades de recolección de información, se procedió a la transcripción de la misma. Se preparó cada una de las transcripciones en precisiones gramaticales –orto topográfica- o fidelidad discursivas, es decir, tal y como usan el lenguaje y el discurso los/as participantes. Colocando especial énfasis en reconocer fallas en la digitación, fallas en la transcripción de modismos y frases utilizadas por las comunidades en otras partes de Colombia o en Medellín. Se realizó una codificación abierta de los datos, posteriormente la codificación axial y con ello se construyeron familias de códigos que dieron origen a la conformación de categorías analíticas.

Criterios de inclusión para talleres comunitarios

- ✓ Pertener a Medellín o sus corregimientos, incluye personas que llevan más de 20 años de vivir en Medellín o que recién llegan a la ciudad.
- ✓ Firmar consentimiento informado de la actividad.
- ✓ Tener capacidad de lenguaje para responder las preguntas que se consignaron en la guía del taller.

Para Grupos Focales de Discusión

Criterios de inclusión en la muestra:

- ✓ La investigación tenía un enfoque de género, de ahí el criterio de elegir hombres y mujeres mayores de edad.
- ✓ Participación en actividades, saberes y diversos roles que cumplen las comunidades en la ciudad de Medellín
- ✓ Tener capacidad de lenguaje para responder las preguntas que se consignaron en la guía del taller.
- ✓ Residente de cualquier zona de Medellín o sus corregimientos.

Para entrevistas

Fueron realizadas 10 entrevistas en profundidad a estudiosos/as del tema afro, negro, palenquero o raizal, que laboran y viven en la ciudad de Medellín, igualmente, se realizaron entrevistas a 5 personas afrodescendientes de estratos 4, 5, 6.

Criterios de inclusión en la muestra

- ✓ Tener experiencia teórica, metodológica o en la función pública con las comunidades afro colombianas.
- ✓ Tener capacidad de lenguaje para responder las preguntas que se consignaron en la guía.

Consideraciones éticas

Previa aplicación de consentimiento informado a los/las participantes. Según la resolución

8430 de 1993, esta investigación tiene riesgo mínimo.

Resultados¹

Los datos encontrados muestran que existen tres categorías centrales que representan la percepción del proceso salud- enfermedad de las comunidades afrodescendientes en un contexto urbano como la ciudad de Medellín. En primer lugar encontramos la **relación entre destierro y proceso salud- enfermedad**, se encontró que un gran número de las personas que asistían a los grupos focales de discusión y talleres en los barrios habían llegado a la ciudad en condición de desplazamiento forzado. Estas personas expresaban conectividad entre las experiencias de violencia en sus territorios de origen, el proceso de desplazamiento y la enfermedad. Narran como la situación del destierro acarrea enfermedades que no son posibles de atender de manera adecuada en los centros de salud de la red pública de la ciudad.

“La alteración de la armonía en la comunidad también enferma...pongamos en la guerra que no dejarán enterrar los muertos y que tuvieran que quedar flotando en el río y entonces no poder hacer el ritual mortuario, ni poder compartir unidos la despedida, pues todo eso como se iba cruzando entonces y se convertía en enfermedad” (Estudiosa temas afro colombianos).

¹ Se utilizarán las siguientes abreviaturas al momento de citar lo manifestado por los participantes de acuerdo al género de la persona entrevistada se utilizará la abreviatura (M) para mujer y (H) para hombre. Si la persona es adulta se señalará con la abreviatura (A) y si es joven se utilizará la abreviatura (J), por otra parte, si la entrevista va dirigida a un grupo de personas en lugar de a una en particular, se utilizará entonces, la abreviatura (g f d.), por ejemplo si la persona entrevistada es una Mujer Adulta; la abreviatura para citar su intervención es (M a), en el caso de que la mujer sea profesional entonces se cita así (G f d, M a, profesionales) si por otra parte, es asistente a un taller comunitario, se especifica así (M a, taller comunitario).

De allí deviene la segunda categoría emergente del presente estudio que es una respuesta a los procesos de enfermedad: **la cura con secreto**. Son palabras dotadas de poder curativo, la palabra como modo de sanación, en forma de rezos, expresadas en vos muy baja, que van acompañadas con plantas medicinales y el contacto corporal con el enfermo. La cura con secreto constituye una tradición milenaria que hunde sus raíces desde los inicios de la civilización humana en África. Los egipcios, antiguamente KMT (tierra de la gente de tez oscura), utilizaban fórmulas mágicas que eran recitadas en presencia del enfermo con el motivo de potenciar los efectos curativos de las plantas medicinales^{4,5}. En el pacífico colombiano y en las urbes; el curandero, curandera y la partera constituyen la reminiscencia de las prácticas de antaño en una versión americanizada y sincrética. La cura con secreto se evidencia también como una forma de mitigación del dolor, el daño social y es a su vez una estrategia de defensa comunitaria de las prácticas ancestrales de las comunidades en contextos urbanos.

Las comunidades manifiestan que enfrentan problemas en el acceso a los servicios de salud que ofrece el S G S SS. La mala calidad en la prestación de los servicios está presente en las narraciones de las/os participantes durante todo el proceso de recolección de información. Se analiza que la implementación de los derechos en salud y de derechos en salud con perspectiva étnica es casi nula, pues el desconocimientos de los derechos en salud es universal en todos los/as participantes.

F: ¿pensarías en algún momento en llevarlo a un hospital o una clínica? GM: Por un lado yo decía que aun hospital no, porque en el hospital dicen que el niño no tiene nada, y el sigue así mismo, entonces es mejor uno buscar la forma de la medicina tradicional” (G f d, M a, estrato bajo).

“La experiencia no se improvisa (n.e) es la condición que lleva a tener el apoyo, el remedio real para esa enfermedad (n.e)

porque si yo me curo a través de una hierba (n.e)... yo hace por ahí cinco años no voy al médico, a que va ir uno allá a que le manden a uno ibuprofeno y acetaminofen” (G f d, H a, estrato medio).

Además, la particular relación con la enfermedad que muestra el sincretismo entre la espiritualidad africana y la religiosidad católica, también pasa por el filtro de la propia actitud frente a la enfermedad y frente a las prácticas sociales y comunitarias; que hacen que estas se vivan con gran dolor, sufrimiento o sirvan para regenerar lazos comunitarios y fortalecer la relación con la vida.

Es así como encontramos en la ciudad; sistemas de prácticas en salud, construidas por las comunidades en los barrios que habitan, con la identificación de personas que pueden ayudar en problemas propios de la enfermedad, estos personajes comunitarios tienen más credibilidad que el personal de salud de la red pública y privada de la ciudad.

“GM: Y además en los barrios uno como que ya tiene identificadas a ciertas personas que saben sobre esas cosas. Se rompe un hueso en la pierna y buscan es a una persona que le sobe” (G f d, H j, estrato bajo).

En términos generales, la cura con secreto es de muy poca difusión y delegación a otras personas de la comunidad. El secreto se haya envuelto en un aura de misterio, espiritualidad, intriga y magia que por tradición demanda la discreción de quien posee el don o el poder curativo, ya sea porque ha sido predestinado o elegido (a) para cumplir el rol de sanador, autoridad espiritual y tejedores socio-políticos. Es decir, la cura con secreto contiene en sí misma, tránsitos invisibles en el proceso de apropiación que un sujeto de la comunidad, puede hacer de ella; pues la cura es más efectiva si es robada. Nunca hubo acuerdo si debe ser transmitida más a hombres que a mujeres, pero es claro que no todo de ella, se puede enseñar. En la

cura existen caminos protocolares que debe recorrer el aprendiz para obtener los poderes de ésta por sus propios medios.

Por último aparece la **carga del proceso salud-enfermedad en las mujeres afro colombianas**. Las familias se aglutinan para permitir la llegada de miembros de otras partes del país, lo cual, hipotéticamente, duplica el costo de la calidad de vida: particularmente, la carga de los costos de la salud para las familias; ya que éstas deben resolver las situaciones de salud de los familiares recién llegados a la ciudad, sea en condiciones de desplazamiento forzado o con fines educativos.

Los gastos indirectos de los problemas de salud son asumidos por familias donde la jefatura de hogar es asumida en la mayoría de los casos, por la mujer afro. Sobre ella, recae el cuidado de los enfermos, niños/as y ancianos: hecho que contribuye a la pauperización de la situación socioeconómica y detiene el desarrollo humano en equidad de las mujeres afro colombianas en comparación con: los hombres de **ésta** misma etnia, las mujeres de otras etnias, y el resto de la población.

Entre los problemas de salud que más resaltan las/os participantes en el proceso de recolección de información están los de crecimiento y desarrollo de los niños/as y la violencia contra la mujer.

“Le pegó un martillazo aquí y le hundió totalmente el rostro... y casos como que el tipo la puñalea, le da la golpiza, que son ocho, diez días y no pueden salir de las casas y no hay quien denuncie porque para nuestras costumbres es normal y para mí no es normal” (G f d, M a, estrato bajo).

Aunque las mujeres afro sean objeto de violencia, en las narraciones de los/as participantes, se observa que los saberes ancestrales para la salud están sobre todo en manos de las mujeres. Las curaciones caceras, el cultivo de las azoteas: conjunto de plantas cultivadas en una parte de las casas o ranchos en la

ciudad donde las mujeres siembran hierbas sanadoras, aromáticas y sazoadoras. Estas azoteas son construidas en sus territorios ancestrales y viajan con las mujeres como prácticas de curación, cuando las mujeres afro; se trasladan, migran o son desplazadas de un territorio a otro.

Discusión

Históricamente ha existido tensión entre Gobierno y organizaciones sociales afro colombianas sobre el volumen poblacional de estas comunidades en el país. “El Departamento Nacional de Planeación DNP, estima que la población afrocolombiana es de 12 millones de colombianos”⁶, pero para el movimiento Nacional Afrocolombiano CIMARRÓN, la comunidad afrodescendiente es superior a los 18 millones de habitantes, aproximadamente el 45% de la Nación, son africanos criollos y afro mestizos”⁷.

La literatura disponible plantea que en “Cali, Medellín y Bogotá se encuentran entre los primeros 11 municipios con mayor volumen absoluto de población negra en el país”⁸. La población negra o afro colombiana se ve sobre-representada entre las más pobres de la sociedad colombiana. El COMPES 3310 expone el siguiente dato “los afrocolombianos/as, son el grupo poblacional que registra los mayores niveles de marginalidad histórica en el país: sus indicadores de calidad de vida son significativamente inferiores a los del resto de la población”⁹. La población afro colombiana en Medellín tiene una estimación de 218.068 personas, que puede variar entre 199.914 y 236.222 para el año 2010¹. Dato de suma importancia cuando se trata de la formulación de políticas públicas en materia de salud.

Como se evidencia en los resultados de la presente investigación, las prácticas y los valores de la cultura propia de las comunidades afro de Medellín, trazan un norte de adecuación en

el diseño de servicios para atender el proceso salud enfermedad de las comunidades en la ciudad, lo cual coincide con Laza y Ruiz¹⁰ “en la evaluación del cuidado cultural es necesario no sólo estudiar las creencias, significados, valores y prácticas culturales, sino además, la visión general, el contexto medioambiental, la etnohistoria y la estructura de los valores sociales. Todo lo anterior, con el propósito de tener una perspectiva holística en la descripción y comprensión del sistema de los cuidados genéricos de un pueblo”.

En un grupo étnico, las creencias del proceso salud enfermedad, predisponen la utilización del servicio de salud. Montero Mendoza¹¹ expresa que “no existe una sola forma de percibir y curar una enfermedad y existe la posibilidad de que por diversos factores sociales, culturales y económicos una persona no demande atención médica en los servicios de salud y utilice otras alternativas de curación”.

Además de ello, han de tenerse en cuenta las diferencias en la participación de los sexos en los procesos de salud enfermedad en un grupo étnico; pues como se evidenció en los resultados del presente estudio, la situación de la mujer afro está llena de riquezas para el logro de la salud, en tanto tiene un papel fundamental en la cura personal, familiar y social, paralelamente sobre ella reside un conjunto de violencias articuladas a su condición socio-económica, de género y tono de piel, que la convierten en receptora de violencias cruzadas que causan mal estar, enfermedad e inequidad social con relación al resto de mujeres y hombres de otras etnias y estratos socioeconómicos.

De igual forma, la mujer afro colombiana es una agente prioritario del proceso salud enfermedad de las comunidades digna de estudio, protección y potenciación del desarrollo humano, por el papel social que reviste y la participación en las prácticas de sostenimiento de la salud en sus comunidades. Así lo ratifica el documento: Lineamientos de la Política

Nacional para las Mujeres, 2003 – 2006 en el que se hacen referencias específicas a la mujer afrocolombiana como uno de los sectores de la población con más altos niveles de exclusión, marginación y de subordinación. De igual forma, indica que “se necesitan programas de cooperación internacionales para ampliar los programas de salud sexual y reproductiva, en un contexto de respeto a las tradiciones de los pueblos indígenas y las poblaciones afrocolombianas... Un aspecto importante es que los programas deben ser realizados respetando la libre autodeterminación de las mujeres”¹².

El Gobierno nacional reconoce que Colombia es un país pluriétnico, multicultural y multilingüe; “Dada la existencia de 87 etnias indígenas, 3 grupos poblacionales diferenciados de población afro colombiana y el pueblo ROM o gitano; se hablan 64 lenguas amerindias, el bandé, la lengua de los raizales del archipiélago de san Andrés y providencia y santa catalina, el palenquero, lengua criolla de las comunidades de san Basilio de palenque, primer pueblo libre de América, declarado por la (UNESCO) como obra maestra del patrimonio oral e inmaterial de la humanidad”¹³. Sin embargo, las políticas públicas en salud y la salud pública continúan dando la espalda a estas comunidades constitutivas de la nación Colombiana.

Como lo plantea Fornons Fontdevilla¹⁴ “en las sociedades complejas actuales, el proceso de la globalización y la movilidad humana, reflejada en las continuas y abundantes migraciones, el fenómeno de la vivencia y convivencia cultural está en primer plano. En la historia de la humanidad estos procesos siempre han existido, pero ahora devienen más importantes por su amplitud y significancia; son parte constitutiva de la realidad social, una realidad donde las culturas humanas toman relevancia en unos espacios heterogéneos sometidos a un proceso de homogenización globalizante”, realidad que implica repensar la construcción de políticas públicas en salud que relieven las diferencias

y las diversidades humanas. De no hacerlo, las brechas sociales, la inequidad social, el dolor social, y la enfermedad, continuaran su rumbo, sin que nadie se detenga a comprender y mitigar sus posibles causas.

Conflictos de interés:

Ninguno

Fuentes de financiación:

Alcaldía de Medellín – Secretaría de Cultura Ciudadana y Corporación Convivamos.

Literatura citada

- 1 Alcaldía de Medellín y Corporación CON-VIVAMOS. **Condiciones de vida de la población negra afrocolombiana, palenquera y raizal en Medellín “Caracterización socio demográfica”**. Medellín: Alcaldía de Medellín- Corporación Convivamos; 2011.
- 2 Viveros-Vigoya M. **Saberes, culturas y derechos sexuales y reproductivos en Colombia**. *Rev Colomb Antropol*. 2006; 42:355-363.
- 3 Carrillo, A. **Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década**. *Rev Cienc Salud Bogotá (Colombia)*. 2007; 5(02):72-85.
- 4 Bousset P, Bonnemain H, Bové FJ. **Historia de la farmacia**. 2° ed. Barcelona: Condor Ediciones; 1984.
- 5 Cowen DL, Helfond WH. **Historia de la Farmacia**. Barcelona: Mosby Doyma Libros; 1994. Versión española. 1994. 273 p.
- 6 Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y Universidad del Valle-CIDSE. **Análisis regional de los principales indicadores socio-demográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del censo general 2005**. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE y Universidad del Valle-CIDSE; 2010.
- 7 Mosquera, J. D. **La población afrocolombiana. Realidad, derechos y organización**. Bogotá D.C.: Sigma Editores; 2007.
- 8 Viáfara-Lopez C, Urrea-Giraldo F, Correa-Fonnegra, J. **Desigualdades sociodemográficas y socioeconómicas, mercado laboral y discriminación étnico-racial en Colombia: análisis estadístico como sustento de acciones afirmativas a favor de la población afrocolombiana**. En: Mosquera Rosero-Labbé C, León-Díaz RE. **Acciones afirmativas y ciudadanía étnico-racial negra, afrocolombiana, palenquera y raizal. Entre bicentenarios de las independencias y Constitución de 1991**. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales – CES; 2009.
- 9 Ministerio del Interior y de Justicia. Departamento Nacional de Planeación -Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Consejo Nacional de Política Económica y Social. **Documento CONPES, 3310: Política de acción afirmativa para la población negra o afrocolombiana**. Bogotá D.C.: Ministerio del Interior y de Justicia. Departamento Nacional de Planeación -Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible. Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2004.
- 10 Laza-Vasquez C, Ruiz De Cárdenas CH. **Entre la necesidad y la fe: la partera tradicional en el valle del río cimitarra**. *Cienc Enferm* 2010; 16(1):69-79.
- 11 Montero-Mendoza E. **Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México**. *Salud Colectiva* 2011; 7(1): 773-86.
- 12 Barragán-Ávila F, Alfonso-Jurado M. **Lineamientos de política pública para la prevención, atención y sanción de las violencias basadas en género y contra las mujeres en Colombia**. Bogotá D.C.: Presidencia de la República de Colombia, Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer; 2010.
- 13 República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. **Colombia: Una nación multicultural, su diversidad étnica**. Bogotá D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE; 2007.
- 14 Fornons-Fontdevila D, Leininger M. **Clarooscuro trascultural**. *Index Enferm* 2010; 19(1-2):1132-1296.

