

2011: AÑO INTERNACIONAL DE LA AFRODESCENDENCIA, CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN NUESTRO CONTINENTE.**2011: YEAR THE INTERNATIONAL OF THE AFRICAN HERITAGE, QUALITY OF LIFE AND HEALTH IN OUR CONTINENT**

En la presente década del presente siglo XXI, se ha fortalecido un tema, en el contexto continental, que algunos consideran fue olvidado por más de 500 años; otros pensamos que ha sido reinterpretado, en estos nuevos tiempos, desde los paradigmas emergentes y en la necesidad de dar explicación a los tejidos socioculturales que se presentan en la actualidad en América. El tema en cuestión es la visibilidad de los pobladores de América definidos como “Afrodescendientes” para garantizar sus derechos humanos y sociales en cada país.

Afrodescendiente es un término que se origina en Chile en el año 2000, en el marco de la celebración de una reunión preparatoria de los países americanos a fin de definir las posturas que se iban a discutir en el año 2001 en Durban-Sudáfrica, donde se llevó a cabo la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, Xenofobia y formas conexas de intolerancia¹. Fue definido entonces, como aquellos pobladores de América, descendientes de los africanos traídos en la época colonial, a través del genocidio histórico ocurrido en la trata negrera trasatlántica, arrancados de sus pueblos y sus reinos en África SubSahariana tales como Angola, El Congo, Nigeria; para trabajar como esclavos la tierra americana, en la producción de café y cacao, rubros más destacados de la economía de la época, que se ofrecían en las cortes europeas a las monarquías, como grandes manjares del nuevo mundo. También incluyó aquellas personas que han dado un valor a su ancestralidad cultural que abarca creencias, ritos, estilos de vida, vestimenta y danzas, que los relaciona con las raíces africanas.

El vocablo raza ha tenido múltiples interpretaciones a través de la historia de la humanidad. En el siglo XVI en la Europa colonial, se utilizaba para definir algunas características físicas y culturales de personas de otros continentes que aunado a la trata de esclavos justificaba diferenciar a los seres humanos; en los venideros siglos se comienza a utilizar los términos raza negra, racismo y mestizaje. Los biologicistas en el siglo XX acuñaron el término raza a una descripción científica, fenotípica y genética; Fiarris (1988) refiere que la antropología le dio otro significado, de la mano de Franz Boas y Claudé Levi-Strauss, relacionado con aspectos culturales y sociales.

La Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1946, declaró en París, que no debían existir diferencias por razas y reconocía solo “la raza humana”, lo cual fue ratificado en el 2003.³ En base a esta declaratoria, las organizaciones internacionales que surgieron luego de la II Guerra Mundial se dedicaron a construir una mirada de los seres humanos más homogénea, monocromática, donde los afrodescendientes se mimetizaron. Al considerar sólo la raza humana, se debía construir una categoría que lograra agrupar a los grupos minoritarios del continente que eran diferentes por sus características fenotípicas, culturales, vestimenta, idioma, entre otras. América por sus características geográficas, clima, flora y fauna, produjo en muchos países del continente una mega-bio-diversidad, incluyendo a sus pobladores diversos, y su riqueza cultural.

En esta historia encontramos aquellos que transformaron sus recuerdos, sus orígenes, adoptaron nueva religión, nuevos idiomas, nueva cultura: inglesa, francesa; quienes se encuentran radicados en las Antillas y las Islas del Caribe, con una realidad que refleja una igualdad fenotípica sin diferencias en los estratos sociales. Pero la realidad es otra para los herederos de estos grupos que fueron sometidos y aniquilados por la colonización, sobreviviendo y viviendo en países de predominio mestizo, que han dado valor a su ancestralidad africana y la recrean con su estilo de vida, su quehacer diario, con marcadas diferencias sociales en los países que los cobijan, manifestándose en situación en pobreza, marginación, malas condiciones de vida y salud. Este escenario continental vio la necesidad de reagruparlos y catalogarlos en grupos étnicos raciales, que engloba a los afrodescendientes y pueblos originarios o indígenas.

La Organización Afroamericana conjuntamente con Infoplance (2000)⁴ hicieron un cálculo de la población ronda de censo del año 2000, mediante la cual se representa a los grupos étnicos/raciales en más de 200 millones de habitantes, 150 millones afrodescendientes y 50 millones pueblos originarios o indígenas, estimando en el continente que un tercio de la población se encuentra en estas categorías⁴. La Conferencia de Durban¹, marcó el rumbo a seguir para que los grupos étnicos/raciales del continente logren la inclusión, igualdad, respeto y las oportunidades que les han negado por más de 5 siglos, garantizándoles sus derechos humanos y sociales, en las diferentes sociedades.

Las naciones de América han incorporado en sus Constituciones, la visión de países étnicos con diversidad cultural de algunos artículos que garantizan sus derechos sociales. Brasil con más de 70 millones de habitantes, que

se reconocen afrodescendientes, junto a Colombia y Ecuador son los abanderados en la lucha de los derechos y reivindicaciones sociales de estos grupos étnicos en el continente americano.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (2003)⁵, en su documento “Grupo Étnico y Salud, exhorta a los países a disminuir las brechas en la atención en salud, garantizando el acceso y la calidad de los mismos, este proyecto se consolidó en el 2004 cuando se crea la Unidad de Género, Etnia y Salud, dirigido por la Socióloga Uruguaya, Cristina Torres Parodi. Además se organiza una capacitación escrita y virtual para adoptar el “Enfoque Étnico para la Salud” y disminuir las inequidades que se pudieran producir en estos pueblos.⁶ Para el año 2010, esta unidad se trasformó en la Oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos, para seguir trabajando arduamente en la garantía de la salud.

Visualizar la situación de los afros, a nivel continental, desde la salud y la calidad de vida, nos lleva a recrear acontecimientos de la historia contemporánea; recordamos lo ocurrido en el año 2005 con la población afroamericana de New Orleans en los Estados Unidos y el fenómeno natural del huracán Katrina, donde la comunidad internacional y algunas organizaciones garantes de los derechos humanos dan fé de que la ayuda no fue oportuna, ni con igualdad de oportunidades para los pobladores afro, en relación a la población blanca; quienes no fueron evacuados pero además fueron catalogados de saqueadores cuando buscaban entre las tiendas y comercios agua potable y alimentos para poder sobrevivir, ya que duraron mas de 5 días aislados, sin recibir ayuda. Comentarios de Calvin Butts, recogidos en el Portal Terra (2005)⁷ refieren que “Si este huracán hubiese golpeado a un vecindario de blancos el gobierno americano hubiese respondido con mas firmeza”.

De igual forma podemos referir la situación que vive Haití, el primer país que, en 1804 logró la abolición de la esclavitud en el continente, actualmente considerado el más pobre del continente y el más endeudado según Hopen Hayn (2005)⁸ y Banco Mundial (BM)⁹. Vargas (2010)¹⁰, presidente del Partido Revolucionario Dominicano exprera que 80% de la población vive por debajo de los niveles considerados de pobreza extrema; igualmente Torres (2002)¹¹ reporta indicadores de salud por debajo de los estándares: sólo la mitad de los niños de Haití están vacunados y 40% de ellos tienen acceso a la asistencia médica básica. Incluso antes del terremoto del año 2010 casi la mitad de las causas de muertes eran atribuidas al VIH/SIDA, infecciones respiratorias, meningitis y enfermedades diarreicas, incluyendo cólera y tifoidea, todas enfermedades prevenibles. Esta diferencia en los indicadores de salud es, entonces, injusta, innecesaria, inaceptable y evitable.

Otra muestra de las inequidades desde la mirada étnica en salud, lo podemos representar con el Municipio de Chocó, Colombia donde un gran porcentaje de población, que se reconoce como afrocolombiano, es víctima del terror y de aniquilación por parte de la guerrilla, que ha exterminado o secuestrado a la población masculina adulta y ha dejado este municipio con mujeres aterrorizadas y a cargo de niños huérfanos, con una tasa de mortalidad infantil de 90 x 1000 NVR y la mortalidad materna mayor a 270 x 100.000 NVR, según cifras publicadas por la Unidad de Género, Etnia y Salud (2005)⁶, equiparables con los países de África Subsahariana.

En Venezuela, una investigación realizada en el año 2008,¹¹ evidenció la existencia de diferencias significativas en los indicadores de salud de Chuao, población afro del estado Aragua expresados según proyecciones Instituto Nacional de Estadística (INE) en 1.341 hab, la Esperanza de Vida al Nacer es de 69 años (5 años menos que el estándar del país que se reporta en 74 años), la Tasa de Mortalidad General de 5.4 x 1000 hab. y Tasa de mortalidad en menores de 5 años de 8, x 1000 hab., entre otros indicadores evaluados, lo que da una idea de sus condiciones de salud.

Si bien es cierto que en el Preámbulo de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se reconoce la multiétnicidad y la pluriculturalidad de su gentilicio, en su articulado sólo hace mención a los pueblos originarios sin incluir los afrodescendientes. El movimiento afro-venezolano, con actitud de cimarrones, como sus antepasados Leonardo Chirinos y Andrés López “Andresote”, han luchado para que se reconozca su participación en la historia del país, desde la guerra de independencia, hasta los aportes morales, culturales, económicos, agrícolas que su ancestría ha dado a lo largo de los años; también luchan por sus derechos ciudadanos y sociales en educación, empleo, justicia, salud, tierras.

Durante la enmienda constitucional en el año 2007, trabajaron por su inclusión en la Carta Magna, y en su identificación étnica afro en el censo 2011; alzaron su voz y obtuvieron protagonismo en la Cumbre Africa-America del Sur (ASA) 2009 y en el Encuentro Internacional Afrodescendiente realizado en Caracas en Junio 2011, donde se firmaron acuerdos y se levantaron agendas políticas. Participaron activamente en el desarrollo de la agenda continental, durante el I Congreso Afrodescendiente de las Américas y el Caribe, de Salud Medicina Ancestral e Interculturalidad efectuado en Octubre, 2011, donde Venezuela estuvo presente a través de algunos representantes del movimiento

afro y de salud indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud. En la recién realizada Reunión de Comunidades de Estados Itinoamericanos y del Caribe (CELAC)¹³ en Diciembre, 2011 en Caracas se suscribieron comunicados como parte de la declaratoria final, exhortaron a los países a dar apoyo en las comunidades étnicas afrodescendientes para reducir las brechas de acceso y calidad en los servicios de salud. Esta mirada para comunidades afrodescendientes, desde la salud pública debe asumirse y no postergarse, ya que las cosmovisiones de pueblos originarios y afro son diferentes, determinando su calidad de vida y salud.

Cumplida la Agenda 2011 y en atención al arduo trabajo que se viene adelantando, el 2 de diciembre de 2011, la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU), declara en Nueva York y a partir del 2012, el Decenio de la Afrodescendencia.

Habrà mucho más que hablar y hacer por la afrodescendencia, por el sueño de una salud para todos, con acceso y calidad, que se retribuya en indicadores positivos, mayores oportunidades y mejores condiciones para estos pobladores de América, que forman parte de la idiosincrasia de cada país

1) Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2002) Declaración y Programa de Acción de Durban. III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Primera Edición, Bogotá Colombia

2) Harris, M.(1988) Introducción a la Antropología General. Alianza Universidad Textos. Madrid.

3) UNESCO. (2002). De la diversidad al Pluralismo. Declaración Universal de la UNESCO sobre la diversidad cultural. Disponible: <http://www.unesco.org>. Consulta: (Septiembre, 2007).

4) Afro-American Organization AAO e Infoplace; (2000).Censo de los Estados Unidos de América, 1990. Disponible: [Infoplace.com/ipa/A0855617.html](http://infoplace.com/ipa/A0855617.html). Consulta (Junio, 2007).

5) OMS/OPS (2003) Grupo Étnico y Salud, 132ª sesión del Comité Ejecutivo, punto 4.8 del orden del día. Washington D.C.

6) OMS/OPS "Unidad de Género, Etnicidad y Salud" (2009) Manual Enfoque Étnico en Salud. Washington D.C.

7) Terra (2005)Portal Digital. Disponible en: <http://www.terra.com.ar/canales/internacionales/122/122537.html>. Consulta (Enero, 2011)

8) Hopenhayn M; Bello A. y Miranda. F. (2005). Los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes ante el Nuevo Milenio. CEPAL. Serie Políticas Sociales. Abril del 2006

9) Banco Mundial (2003) Desigualdad en América Latina y el Caribe. ¿Ruptura con la historia?, Octubre 2005, Edición de conferencia.

10) Vargas, M (2010). Tragedia Haití oportunidad para cambio, artículo de prensa publicado vía web. Disponible en <http://www.hoy.com.do/el-pais/2010/1/14/309935/Vargasy-Espinal-dicen-tragedia-Haiti-oportunidad-para-cambio>. Consulta: (Mayo, 2010)

11) Torres C. (2002). Descendientes de Africanos en la Región de las Américas y equidad en materia de salud. Rev. Panam Salud Pública. [periódico en la Internet]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?>

12) Masín, Ch (2008) Situación de Salud de las Parroquias Chuao y Valle Morín 2005-2007, Aproximaciones al Enfoque Étnico. No publicado. Universidad de Carabobo.

13) Comunidad de Estados Latinoamericanos y del Caribe CELAC (2011). Declaratoria Final Primera Reunión. Caracas, Venezuela. Disponible en: <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2011120305>. (Consulta Dic 2011).

14) Asamblea General de las Naciones Unidas. (2011) Aprobación del Decenio de la Afrodescendencia. Resolución A/66/460. (2/12/2011). Resoluciones. Washington DC. Disponible en www.slideshare.net/AFROBUNTU/resolucin-a-664601. Consulta (Diciembre, 2012).

Cheyly Masín Álvarez

¹Médica Cirujana. Sanitarista. Docente-Investigadora. Universidad de Carabobo. Correspondencia: cheylamasina@hotmail.com.