



ASIS Diferencial Comunidades Negras y Afrocolombianas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Alcaldesa Mayor de Bogotá
Claudia Nayibe López Hernández

Secretario Distrital de Salud
Alejandro Gómez López

Subsecretario de Salud Pública
María Clemencia Mayorga Ramírez (2021)
Manuel Alfredo González Mayorga

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión
de Políticas de Salud Colectiva
Diane Moyano Romero

Subdirectora de Gestión y Evaluación
en Políticas de Salud Pública
Gina González

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
María Juliana Silva Amado

Subred Centro Oriente E.S.E.
Gerente
Claudia Lucia Ardila Torres

Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente

Coordinadora PIC
Lida Montenegro Parra

Líder proceso ACCVSYE
Diego Castillo Ortiz

Equipo ASIS Diferencial

Epidemiólogo
David Largacha Palacios

Socióloga
Visitación Casas Mena

Sabedor
Olmo de Jesús Salas Viera

Coautores

Profesionales Secretaría Distrital de Salud
Edyanni Ramos Valoyes
Irlena Salcedo Pretelt

Coordinación Editorial

Corrección de estilo
José Aldemar Garzón González

Diseño y diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Fotografía portada
<https://www.eje21.com.co>

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2022
www.saludcapital.gov.co

ASIS Diferencial Comunidades Negras y Afrocolombianas

Gobernanza para la salud y la vida

Análisis de Condiciones de Calidad de Vida Salud y Enfermedad (ACCVSyE)



Unidad de Servicios de Salud Centro Oriente

CONTENIDO

Marco normativo	9
Antecedentes	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Metodología	12
1. Capítulo caracterización poblacional	14
1.1 Contexto territorial	15
1.1.1 Localización	15
1.1.2 Lugar de procedencia	16
1.2 Aspectos demográficos	18
1.2.1 Crecimiento poblacional	18
1.2.2 Estructura poblacional	19
1.2.3 Condiciones especiales	21
1.2.4 Aseguramiento	28
2. Capítulo II. dinámicas sociales, culturales y ambientales	30
2.1 Dinámicas sociales	37
2.2 Dinámicas culturales.....	39
2.3 Dinámicas ambientales.....	45
2.4 Dinámicas organizacionales.....	53
3. Capítulo III. morbi-mortalidad	57
3.1 Morbilidad	60
3.1.1 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS	61
3.1.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública	66
3.1.3 SIVIGILA	67
3.1.4 SIVIM	69
3.1.5 SISVAN	71
3.1.6 Discapacidad	74
3.1.7 Caracterización del riesgo social y ambiental	76
3.2 Mortalidad	79
4. Capítulo IV. análisis de condiciones de las comunidades negras y afrocolombianas	89
4.1 Ancestralidad	90
4.2 Salud	95
4.3 Enfermedad	97
4.4 Muerte	107
5. Capítulo V. conclusiones y recomendaciones: síntesis de hallazgos y resultados del proceso de análisis	110
Conclusiones	118
Limitaciones del documento	118
Referencias bibliográficas	119

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá. Asís Diferencial 2020	18
Figura 2. Distribución por número de casos de las comunidades Negras y Afrocolombianas según Orientación Sexual. Asís Diferencial 2020	26
Figura 3. Imagen representativa de la Día de la Afrocolombianidad	40
Figura 4. Orichas de la religión yoruba. Ancestros representativos de las comunidades negras y afrocolombianas	41
Figura 5. Ritual chigualo Tumbas arregladas para velorios, última noche o cabo de año en el Pacífico	43
Figura 6. Casas palafíticas, propias de las comunidades Negras y Afrocolombianas	44
Figura 7. Lanchas de carga, esta se encarga de comprar mercancía en los municipios o ciudades cercanos y abastecer a los negocios de los corregimientos	44
Figura 8. Currulao danza representativa de las comunidades negras y afrocolombianas Instrumentos representativos	45
Figura 9. Mujeres cultivando en azoteas el pan coger, cebolla, mujeres cultivando en las azoteas las plantas medicinales, tomate, hierba de cocina etc	46
Figura 10. Motivo de asistencia a los kilombos de las Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Año 2016	58
Figura 11. Motivo de consulta a los kilombos de las Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Año 2016	59
Figura 12. Atenciones en salud por momento de curso de vida Bogotá D. C. Años 2015 a 2019, y o corrido del 2020	63
Figura 13. Distribución Atenciones en kilombos. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016	66
Figura 14. Distribución del comportamiento de la notificación de eventos de notificación obligatoria en salud pública por localidades. SIVIGILA. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2019	67
Figura 15. Distribución de la notificación de eventos de notificación obligatoria en salud pública con mayor reporte. SIVIGILA. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2019	69
Figura 16. Distribución de casos de violencia intrafamiliar de acuerdo con la localidad y el momento de ciclo de vida. SIVIM. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2019	70
Figura 17. Distribución porcentual de tipo de casos de violencia intrafamiliar. SIVIM. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2019	71
Figura 18. Distribución del tipo de desnutrición en población menor de 5 años de acuerdo a la localidad de residencia. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2018	72
Figura 19. Distribución del estado nutricional de madres gestantes. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2018	73
Figura 20. Distribución porcentual del estado nutricional de los adultos mayores. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2017 y 2019	73
Figura 21. Distribución de población con discapacidad según momento de curso de vida y sexo. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020	74
Figura 22. Distribución de población con Discapacidad según localidad de residencia. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020	75

Figura 23. Distribución de Alteraciones en población con Discapacidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D.C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020	75
Figura 24. Distribución de la caracterización del riesgo social y ambiental en el ámbito familiar según sexo y momento de curso de vida. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2004-2016	77
Figura 25. Distribución de la caracterización del riesgo social y ambiental. Gestión del Riesgo. Espacio de Vida Cotidiana Vivienda según sexo y momento de curso de vida. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2016-2019	78
Figura 26. Distribución del número de caracterizaciones del riesgo social y ambiental según localidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2004-2019	78
Figura 27. Distribución de Mortalidad según sexo. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018	79
Figura 28 . Mortalidad en hombres- según lista 105 RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018	81
Figura 29. Principales causas de mortalidad en mujeres. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. casos acumulados 2016-2018	83

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Participación de la población por grupos de edad y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas. ASIS Diferencial 2020	19
Tabla 2. Distribución de la población por curso de vida y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá 2020. Asís Diferencial 2020	20
Tabla 3. Aseguramiento Comunidades Negras y Afrocolombianas	29
Tabla 4. Plantas medicinales que utilizan las comunidades Negras y Afrocolombianas	47
Tabla 5. Organizaciones Afrocolombianas. Bogotá 2020	53
Tabla 6. Distribución de la Atención de Salud por Localidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015 a 2019 y lo corrido del 2020	61
Tabla 7. Distribución General de la Morbilidad por grandes causas según sexo y tipo de atención. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá DC. Años 2015 a 2019, y lo corrido del 2020	64
Tabla 8. Clasificación por grandes grupos de mortalidad 6/67 - género. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018	80
Tabla 9. Mortalidad en mujeres, grandes grupos de mortalidad 6/67 y MCV. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018	82
Tabla 10. Causas de mortalidad según lista 105- momento de curso de vida. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018	84
Tabla 11. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Primera Infancia	99
Tabla 12. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Infancia	100
Tabla 13. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Adolescencia	101
Tabla 14. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Juventud	102

Tabla 15. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Adultez	104
Tabla 16. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Vejez	105

LISTADO DE MAPAS

Mapa 1. Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá D. C. Año 2019	17
Mapa 2. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud Bogotá D. C. Año 2020	33
Mapa 3. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020	34
Mapa 4 Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020	35
Mapa 5. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020	36
Mapa 6. Ubicación de organizaciones comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2020	56

Introducción

El análisis de las condiciones de salud y enfermedad de las comunidades negras y afrocolombianas que habitan el Distrito Capital, hacen parte de la implementación de una de las acciones contempladas en los planes integrales de acciones afirmativas “Análisis de condiciones de vida, salud y enfermedad de la población Negra y Afrocolombiana en Bogotá, con una actualización cada dos años”, en el marco del Decreto 507 de 2017; estas abarcan la caracterización poblacional, identificación de las dinámicas sociales, culturales y ambientales, medición y explicación del proceso de salud – enfermedad, donde se incluyen daños y problemas, así como la identificación de necesidades y prioridades en salud, a fin de generar insumo importante para la toma de decisiones relacionadas con repuestas comunitarias, sectoriales e intersectoriales, en el marco del proceso de la gobernanza en las localidades de la ciudad.

El análisis inicial de comunidades negras y afrocolombianas es un proceso analítico que permite un abordaje crítico de los problemas complejos entorno a las condiciones de salud – enfermedad de las comunidades negras y afrocolombianas en Bogotá, permitiendo que toda una batería metodológica mixta (social, epidemiológica, ancestral) esté a disposición de la clarificación de las narrativas en salud y enfermedad que las comunidades negras y afrocolombianas identifiquen como prioritarias considerando el enfoque diferencial y poblacional dentro de los contenidos, con el propósito de identificar sus condiciones de calidad de vida en los diferentes momentos del curso de esta, por lo tanto, se hace necesaria la participación de actores claves identificados en los sectores, comunidad y otros que se requieran, a fin de construir conocimiento integral de las dinámicas sociales culturales, ambientales y de salud, así como sus relaciones con las prioridades, necesidades y respuestas en salud.

El presente documento consta de cinco capítulos, Caracterización de la población, Dinámicas sociales, culturales y ambientales, Morbilidad – Mortalidad, análisis de la información recolectada que permite establecer la percepción de la relación del territorio que habitan y la salud propia en las comunidades negras y afrocolombianas, y finalmente el quinto capítulo que da cuenta de las conclusiones y recomendaciones del documento.

Marco normativo

El artículo 1 de la Constitución Política de Colombia de 1991,¹ establece que “Colombia es un Estado Social de Derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”.

De igual manera, el artículo 13 de la Constitución de Colombia establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real efectivo y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados”.

La Ley 70 del 27 de agosto de 1993 creó la Dirección de Asuntos de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el Ministerio del Interior, con la misión de fortalecer la Gobernabilidad local, la Seguridad y Convivencia Ciudadana, mediante la articulación permanente del nivel nacional con las entidades territoriales, étnicas y las poblaciones vulnerables, promoviendo el respeto a los Derechos Humanos y la adecuada gestión de los asuntos nacionales en el territorio. Para esto, el Ministerio del Interior formula, coordina, y promueve políticas públicas encaminadas al mejoramiento de los procesos de Gestión Territorial y de Gobierno.²

El Acuerdo Distrital 175 de 2005, por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la Población Negra y Afrodescendiente residente en Bogotá y se dictan otras disposiciones”, en su artículo 2, dispone que la Administración Distrital implementará acciones afirmativas para la población afrodescendiente residente en Bogotá y estimulará la participación de esta población en la toma de decisiones, la formulación y la ejecución de los programas y proyectos del Plan de Desarrollo Distrital y de los Planes de Desarrollo Local. Esta política pública estará orientada a superar la exclusión económica, social, política y cultural existente en el Distrito Capital para esta población”.³

El Decreto 3518 de 2006.⁽⁴⁾ establece entre las funciones del Ministerio de la Protección Social (ahora Ministerio de Salud y Protección Social), en relación con el sistema de vigilancia en salud pública, “realizar el análisis de la situación de la salud del país, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia”; por tanto, las diferentes y constantes interacciones poblacionales respecto al contexto en el cual se encuentran inmersos hace necesaria la lectura de condiciones incidentes en los procesos de salud – enfermedad y por ende de su calidad de vida, lo anterior a partir de las dimensiones en salud establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021.

1 Constitución Política de Colombia 1991

2 La Ley 70 del 27 de agosto de 1993 creó la Dirección de Asuntos de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenquera.

3 Acuerdo Distrital 175 de 2005

4 Decreto 3518 de 2006

El Convenio Número 169 de la OIT⁵ de 2008, sobre Pueblos Indígenas y Tribales la cual es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en el Artículo 21 establece que⁶ “Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad y como una de las acciones ordena promueve la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones; de igual que asegurar que los miembros de dichos pueblos gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población”.

El Decreto 171 de 2013 abril 22,⁷ “Por medio del cual se estandarizan las definiciones y se unifica el plazo para la formulación o ajuste de los Planes de Acción de las Políticas Públicas Poblacionales y los Planes de Acción Integrales de Acciones Afirmativas de Bogotá, D. C.”

El Acuerdo Distrital 645 de 2016,⁸ “por el cual se adopta el Plan Distrital de Desarrollo 2016 – 2020 “Bogotá Mejor Para Todos” establece en el artículo 102 que el Programa Acciones Afirmativas de Comunidades Afrocolombianas, indígenas, Raizales, Palenqueras y Rrom, disponiendo que el objetivo de este programa es disminuir la exclusión, la segregación y la marginación de los pueblos anterior mente mencionados y que han sido vulnerados; brindando atención mediante acciones no afirmativas, el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de sus derechos.

El Decreto 507 de 2017,⁹ por medio del cual se adopta el Plan Integral de Acciones Afirmativas para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural y la Garantía de los Derechos de la población Negra, Afrocolombiana y Palanquera residente en Bogotá D. C., en su Artículo 4°, Caracterización de la población. Para efectos de la caracterización de la población Negra y Afrocolombiana residente en Bogotá D. C. se analizará por parte de las Secretarías Distrital de Planeación y de Gobierno los datos arrojados por el Censo Nacional que realice el Departamento Nacional de Estadística (DANE).

El Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos establece en el Artículo 102,¹⁰ Programa Acciones Afirmativas Comunidades Afrocolombianas, Indígenas, Raizales, Palenqueras y Rrom. El objetivo de este programa es disminuir la exclusión, la segregación y la marginación de pueblos afrodescendientes, indígenas, palenqueros, raizales y Rrom, tradicionalmente vulnerados; brindando atención mediante acciones afirmativas, el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de sus derechos.

5 Organización internacional del trabajo

6 Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales la cual es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en el Artículo 21

7 Decreto 171 de 2013 (Abril 22).

8 Acuerdo Distrital 645 de 2016

9 Decreto 507 de 2017

10 El Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos establece en el Artículo 102.

Antecedentes

El Documento de Análisis ASIS Diferencial, obedece a una de las seis acciones afirmativas en el Sector Salud a desarrollar en la administración “Bogotá Mejor para todos” 2017 - 2020, a través de la Subdirección de Asuntos Étnicos de la Secretaría de Gobierno Distrital. La Corte Constitucional en Sentencia C-293 de 2010, determinó que las acciones afirmativas procuran favorecer a determinadas personas o a grupos humanos tradicionalmente marginados o discriminados con el único propósito de avanzar hacia la igualdad sustancial de todo el conglomerado social.¹¹ Por su parte, el Acuerdo 171 del 2013 en su artículo 2, dispone que “La Administración Distrital implementará acciones afirmativas para la población afrodescendiente residente en Bogotá y estimulará la participación de esta población en la toma de decisiones, la formulación y la ejecución de los programas y proyectos del Plan de Desarrollo Distrital y de los Planes de Desarrollo Local. Esta Política Pública estará orientada a superar la exclusión económica, social, política y cultural existente en el Distrito Capital para esta población”.¹²

Por lo anterior, se busca la construcción de una línea de base como instrumento para la medición de indicadores demográficos y socioeconómicos en su estado inicial con respecto a las comunidades Negras y Afrocolombianas residente en Bogotá, la cual precisa una caracterización básica que pueda ser considerada como punto de partida para la toma de decisiones fundamentales en pro de la población objeto de estudio.

Objetivo general

Describir y analizar las condiciones de salud y enfermedad de las comunidades Negras y Afrocolombianas que habitan el Distrito Capital de Bogotá, como insumo para la toma de decisiones relacionadas con repuestas comunitarias, sectoriales e intersectoriales.

Objetivos específicos

- » Describir la percepción de salud en las comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en el Distrito Capital, con el fin de ser un instrumento de aporte para visibilizar los saberes ancestrales.
- » Describir la percepción de Enfermedad en las comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en el Distrito Capital, con el fin de evidenciar sus saberes ancestrales.
- » Describir la percepción de muerte y duelo en las comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en el Distrito Capital con el fin de detallar sus saberes ancestrales.
- » Analizar las principales enfermedades identificadas por la Sabedora Ancestral del proceso de ASIS Diferencial del Distrito con relación a las fuentes de información suministradas por Secretaría Distrital de Salud.
- » Visibilizar los saberes ancestrales y las prácticas tradicionales en la población afrocolombiana.

¹¹ Presentación Power Point Secretaría de Gobierno-Subdirección de Asuntos Étnicos

¹² Acuerdo 171 del 2013 en su artículo 2°.

Metodología

La metodología planteada para el desarrollo del Documento ASIS Diferencial en las comunidades Negras y Afrocolombianas surge a partir de la propuesta técnica emanada desde el nivel central, con enfoque crítico colectivo de métodos mixtos de las condiciones de salud y enfermedad es así, como el documento se estructura a partir de la búsqueda y revisión de información disponible, articulación con actores claves para la construcción de información no disponible, relato de expertos sobre el concepto de salud y enfermedad y las diferentes prácticas ancestrales para mantener y curar la enfermedad, así como la identificación de las causas de morbilidad y mortalidad que impactan en la población; así como el Plan de Análisis propuesto.

De acuerdo con lo anterior, se plantea la construcción de los análisis desde el enfoque cuantitativo, cualitativo, saber ancestral y geoespacial que permita un abordaje crítico de los problemas complejos de salud – enfermedad y muerte de las comunidades Negras y Afrocolombianas en Bogotá, teniendo como ordenador los momentos de curso de vida.

El presente documento se enmarca en cinco capítulos secuenciales:

Capítulo I. Caracterización Poblacional: población, territorio, aseguramiento y condiciones especiales de las comunidades Negras y Afrocolombianas.

Capítulo II. Dinámicas Sociales, culturales y ambientales: cosmovisión, territorio, salud, educación, trabajo y estructura política organizativa; las cuales serán ampliadas con actores claves de acuerdo a la información disponible.

Capítulo III. Morbimortalidad: Concepción salud y enfermedad, comportamiento de morbilidad y mortalidad en las comunidades Negras y Afrocolombianas del Distrito.

Capítulo IV. Análisis: Análisis de la información recolectada que permite establecer la percepción de la relación del territorio que habitan y la salud propia en las comunidades negras y afrocolombianas.

Capítulo V. Conclusiones y Recomendaciones: Síntesis de hallazgos y resultados del proceso de análisis.

Las fuentes de información con las que se construye el documento son:

- » Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) – Censo 2018.
- » Base Afro GESI Secretaría Distrital de Salud (SDS).
- » Base Afro Participación Social (SDS).
- » Organización Afro Construyendo Caminos.
- » Kilombo autónomo Seriema Suba.
- » Grupo Afros Localidad de Bosa.

- » Kilombo Autónomos periodo febrero - mayo del año 2016 - Partería y Atención en Salud: Yuma, Seriema, Razana, Niara Sharay, Los Griots y Babalu aye.
- » Base de Discapacidad (SDS).
- » Salud Mental de la Secretaría Distrital de Salud (SDS).
- » Kilombos Usaquén años 2015 a 2018.
- » Listado ayudas humanitarias.
- » Cuestionarios y entrevistas a actores claves y Kilombos.
- » Encuesta multipropósito Bogotá-EMB 2014.
- » Estado del arte de la información: Comunidades Negras y Afrocolombianas.

1. CAPÍTULO CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL

En este capítulo se realiza la contextualización general de las comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en el Distrito Capital, así como su distribución por localidad, haciendo una aproximación a la identificación de lugares culturales que organizativa y colectivamente recobran importancia en la ciudad.

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

Urrea Fernando y Viafara Carlos, en su investigación “igualdad para un mejor vivir”.¹³ Tuvieron como objetivo realizar un análisis de las características socio-demográfico y socio económico de los distintos grupos étnico – raciales en Bogotá; evidenciando que las comunidades negras y afrocolombianas se encuentran concentradas en las localidades de Bosa, Suba, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Engativá; localidades es donde se observa mayor concentración de la población afrocolombiana, en menor concentración las localidades Kennedy, Rafael Uribe Uribe, Fontibón, Usme, Usaquén, Tunjuelito, Teusaquillo, Puente Aranda, Los Mártires, Santa Fe, Antonio Nariño, Chapinero, Barrios Unidos y La Candelaria.

Por lo anterior y teniendo en cuenta los diálogos de saberes,¹⁴ se puede evidenciar en relación a la distribución espacial de la población negra y afrocolombiana presente en el Distrito Capital y de acuerdo a su lugar de residencia; se observa que ésta se ubica principalmente en la localidad de Ciudad Bolívar, con la mayor concentración en los sectores que hacen parte del corredor sur-sur (Bosa y Ciudad Bolívar), en barrios como Caracolí, Arborizadora Alta, Tres Esquinas y El Oasis; al realizar la desagregación por UPZ, se identifica que la UPZ 66 - San Francisco alberga una importante concentración de la población negra y afrocolombiana, seguida de la UPZ 69 - Ismael Perdomo, 68 - El Tesoro y 65 Arborizadora Alta, Lucero Alto, Medio, Bajo y Jerusalén. (Ver Mapa 1)

En segundo lugar, se identifica la localidad de Bosa, en donde la población se ubica principalmente en los barrios Matorral y toda la ladera del río Tunjuelo, el sector San Bernardino y en la UPZ 84 Occidental: La Lucha, Potrerito, El Toche, Villa Emma, San Joaquín, San Antonio, Divino Niño, La Rinconada y la Independencia; por su parte, la localidad Kennedy es **la tercera localidad** de mayor densidad poblacional, especialmente en los barrios Pastranita, Alfonso López, Almenar, Carmelo y Britalia, Patio Bonito, Palenque, entre otros barrios¹³.

Suba, por su parte, representa la **cuarta localidad** de concentración en los barrios Rincón, Aures, Gaitana y Lisboa; finalmente, la localidad Rafael Uribe Uribe con concentración en los barrios Amapolas, Ramajal, Aguas Claras, La Cecilia y Santa Inés, población con posible procedencia de las regiones Andina y Pacífica. (Ver mapa 1)

En base a la investigación realizada por Urrea Fernando, Viáfara Carlos, “igualdad para un mejor vivir”¹², en Bogotá la población objeto tiene una mayor concentración en el corredor

13 Urrea Fernando, Viáfara Carlos, Igualdad para un buen y mejor vivir, Colección: Ciencias Sociales Primera Edición, Cali, Colombia, marzo 2016, fecha de búsqueda 15 de julio de 2020.

14 Rentería Martha, líder social, sabedora y partera, localidad Bosa

Sur-Sur (35.5 %), seguido de centro sur-oriente (19.5 %), el corredor Noroccidental (16.0 %), el corredor Centro-Sur (11.6 %), corredor occidental (11.5 %) y el corredor centro-nororiental (6.0 %); así mismo se observa que dicha población se aglomera en los estratos 1 y 2.

Así, la concentración de la población afrocolombiana en los corredores de mayor afluencia está asociada a la situación socioeconómica de las familias, de manera que los costos de arrendamiento y servicios públicos resultan asequibles y acordes a sus ingresos comparados con otras localidades; teniendo en cuenta que, en su mayoría, los ingresos económicos familiares se relacionan con actividades económicas independientes, ventas ambulantes, oficios varios y domésticos.

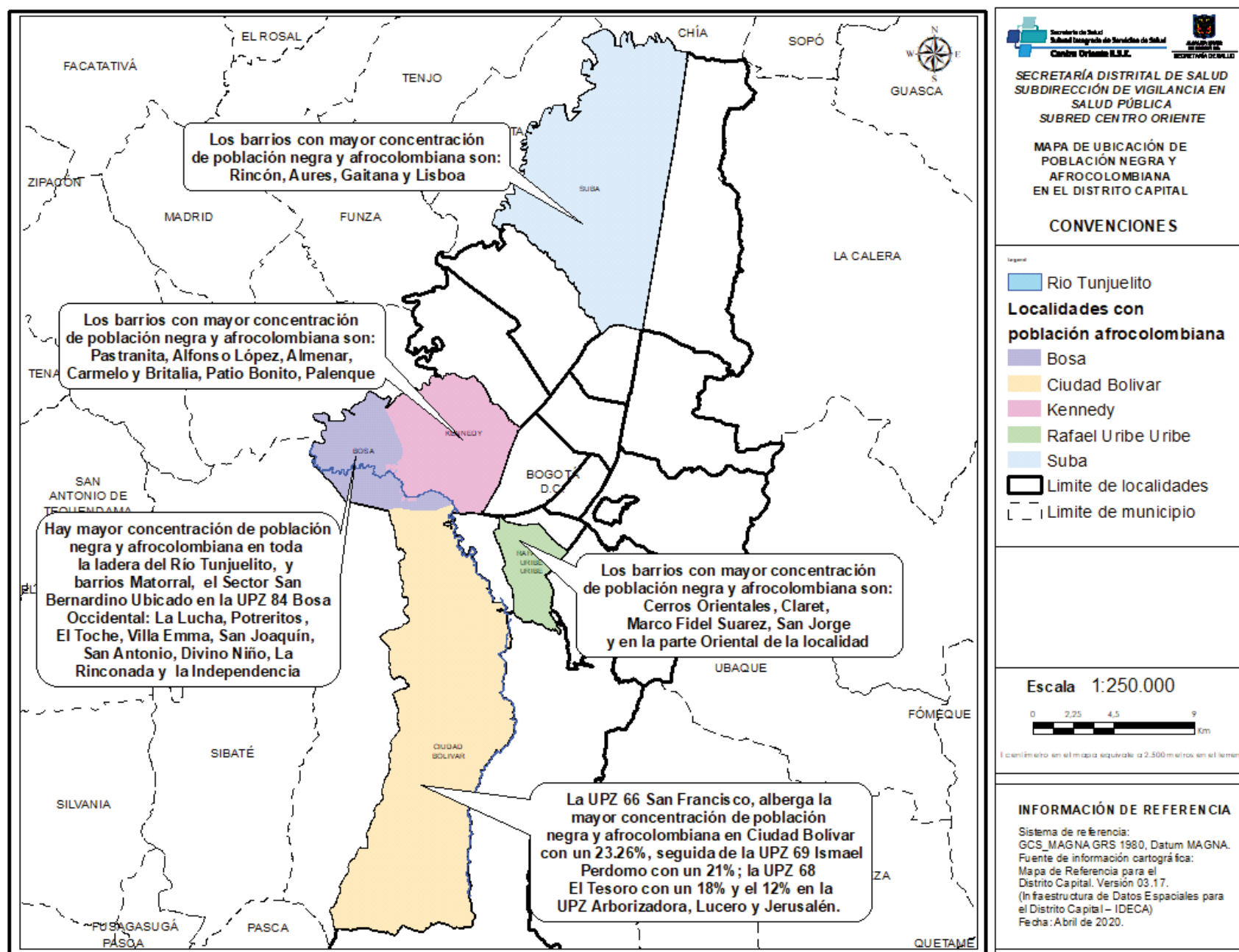
1.1.2 Lugar de procedencia

La encuesta multipropósito de Bogotá 2014,¹⁵ muestra que las comunidades Negras y Afrocolombianas residentes en Bogotá provienen de los siguientes departamentos y municipios: **Valle del Cauca:** Buenaventura, Cali, Jamundí, Florida, Palmira, Pradera, Roldanillo, Buga, Cartago, Tuluá, Zarzal; **Chocó:** Quibdó, Alto y Bajo Baudó, Bagadó, Bahía Solano, Bojayá, Atrato Medio Antioqueño, Vigía del Fuerte, Río Sucio, Apartadó, Turbo, Chigorodó, Carepa, El Bagre Antioquia, Condoto, Istmina, Novita, Nuquí, Tadó, Unguia, San José del Palmar; **Bolívar:** Cartagena, Arenal, Arjona, Córdoba, El Carmen de Bolívar, Magangué, Mahates, Mompós, San Martín de Loba, Simití, Turbaco y Villanueva; **Nariño** municipios de Tumaco, Barbacoas, La Tola, Maguí, Olaya Herrera, Santa Bárbara, Taminango y Tagua, de los cuales la mayor parte proceden de la costa Pacífica, concentrando en este caso Tumaco y Barbacoas el grueso de los migrantes; sigue el departamento del **Cauca** con sus municipios de Puerto Tejada, Santander de Quilichao y el departamento del **Magdalena** con los municipios de Santa Ana, Ciénaga, Santa Marta, Aracataca, Cerro San Antonio, El Banco, El Piñón, Guamal y Plato.

Sin embargo, es de evidenciar que hay mayor procedencia de las comunidades Negras y Afrocolombianas del Pacífico, con una concentración en las localidades de Suba, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y Engativá. Todos estos lugares de procedencia comparten similitudes culturales, como la música y la danza, el currulao, la chirimía, entre otros, donde utilizan instrumentos de viento y de percusión como la tambora, el clarinete, el guasá y la marimba; gastronómicas (basan su alimentación en los mariscos y los productos del mar y de los ríos) y de organización social, que se ven reflejadas en su forma de vivir e idiosincrasia.

15 Encuesta Multipropósito Principales resultados de la población adulta en Bogotá en términos de su sexo, orientación sexual y aspectos asociados a demografía, composición del hogar, educación, vivienda y salud. Bogotá 2014

Mapa 1. Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá D. C. Año 2019



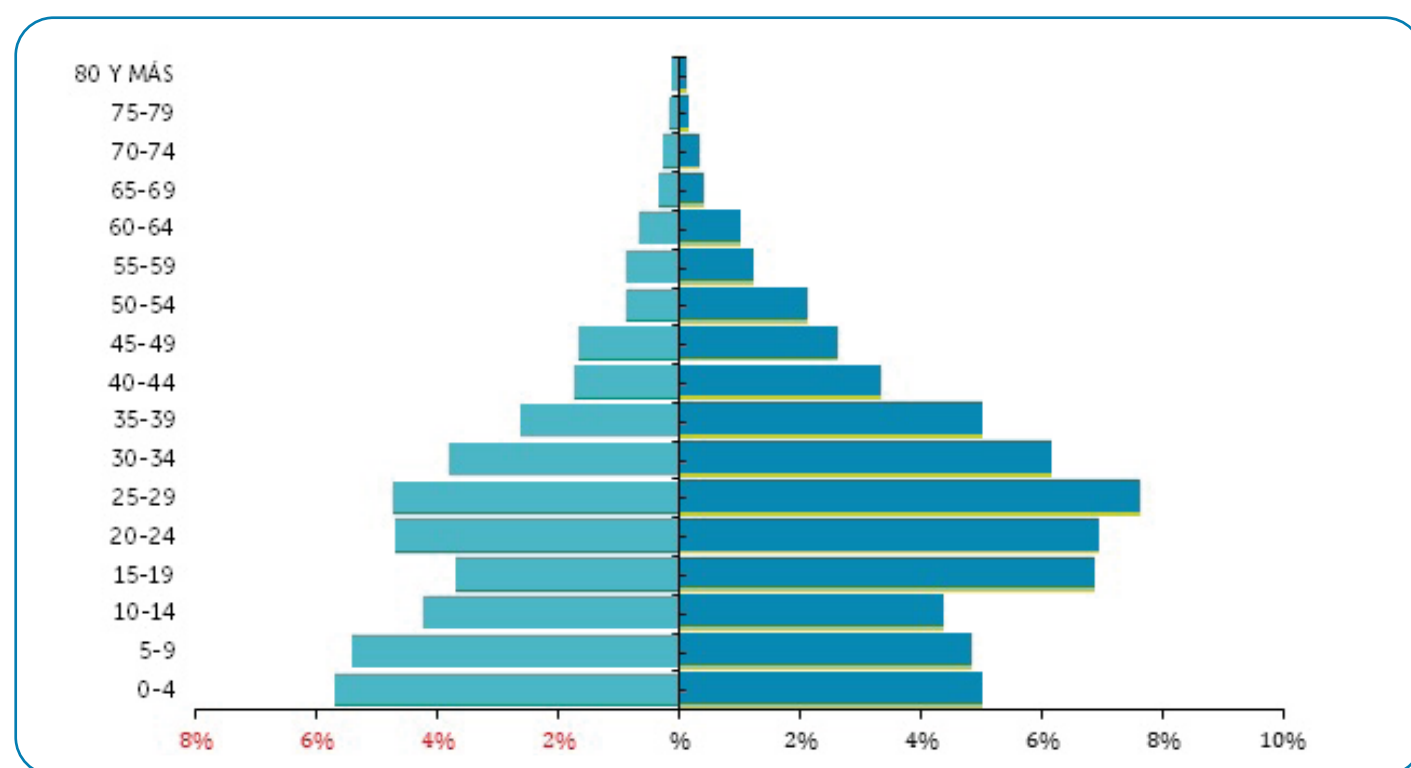
1.2 Aspectos demográficos.

1.2.1 Crecimiento poblacional.

Población total: en el Distrito, las comunidades Negras y Afrocolombianas presentan un tipo de pirámide poblacional con una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo terminando en forma de pico, lo que refleja una natalidad alta y una mortalidad progresiva según la edad; indicando una estructura de población eminente joven y con perspectivas de crecimiento, cual es positivo ya que refleja población productiva, mayor mano de obra para trabajar durante década sin tener la carga del Estado con respecto a los adultos mayores. (Ver figura 1).

Según la distribución por quinquenios, la tabla 1 muestra una mayor concentración poblacional en el rango de 25 a 29 años lo que representa el 12,3 % (n: 1.034) y en el rango de 20 a 24 con un 11,7 % (n: 974); con un predominio en la población de mujeres representada en un 58,2 % (n: 4.868).

Figura 1. Pirámide poblacional. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá. ASIS Diferencial 2020.



Fuente: Elaboración propia Equipo ASIS Diferencial poblaciones Negras y Afrocolombianas. Subred Centro oriente a partir de Bases: Participación Social de SDS, GESI, Organización Afro Construyendo Caminos, Kilombo autónomo Seriema, Grupo Afro Localidad de Bosa y la base de Kilombos: Yuma, Seriema, Razana, Niara Sharay, Los Griots y Baballua, Sistemas de Vigilancia Epidemiológica: SIVIGILA, SIVIM, SIAVAN, DISCAPCIDAD. Años 2015 a 2019.

1.2.2 Estructura poblacional

Población masculina: del total registrado en las bases del censo de poblaciones Negras y Afrocolombianas suministradas por la Secretaría Distrital de Salud, se evidencia que el 41,7 % de la población corresponde a hombres, observándose mayor concentración en la población de niños en edades entre los 0 y 4 años de edad (13,7 %), seguido de hombres entre 5 y 9 años de edad, que corresponde al 13,0 % del total observado

Población femenina: corresponde al 58,2 % (n: 4.868), destacándose con mayor proporción las mujeres en edades entre los 25 y 29 años de edad con el 13,1 %. Este indicador solo mide la concentración poblacional, los análisis deberían tener lugar en ir a la morbilidad que a lugar deban presentarse.

Población por grupos quinquenales de edad: en la tabla 1 se puede observar que durante los años 2015 a 2020 en el Distrito, el rango de mayor participación en la población se encuentra ubicado en hombres y mujeres entre los 25 a 29 años con un porcentaje del 12,4 % (n: 1034) del total de las poblaciones Negras y Afrocolombianas en Bogotá.

Tabla 1. Participación de la población por grupos de edad y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas. ASIS Diferencial 2020.

Grupo edad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
0-4	476	13,7	419	8,6	895	10,7
5-9	452	13,0	406	8,3	858	10,3
10-14	355	10,2	367	7,5	722	8,6
15-19	310	8,9	575	11,8	885	10,6
20-24	392	11,3	582	12,0	974	11,7
25-29	396	11,4	638	13,1	1034	12,4
30-34	318	9,1	514	10,6	832	10,0
35-39	221	6,3	419	8,6	640	7,7
40-44	146	4,2	278	5,7	424	5,1
45-49	139	4,0	220	4,5	359	4,3
50-54	73	2,1	177	3,6	250	3,0
55-59	73	2,1	104	2,1	177	2,1

Grupo edad	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
60-64	55	1,6	85	1,7	140	1,7
65-69	29	0,8	33	0,7	62	0,7
70-74	22	0,6	27	0,6	49	0,6
75-79	14	0,4	13	0,3	27	0,3
80 y más	11	0,3	11	0,2	22	0,3
Total	3.482	100	4.868	100	8.350	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ASIS Diferencial poblaciones Negras y Afrocolombianas. Subred Centro oriente a partir de Bases: Participación Social de SDS, GESI, Organización Afro Construyendo Caminos, Kilombo autónomo Seriema, Grupo Afro Localidad de Bosa y la base de Kilombos: Yuma, Seriema, Razana, Niara Sharay, Los Griots y Baballua, Sistemas de Vigilancia Epidemiológica: SIVIGILA, SIVIM, SIAVAN, DISCAPCIDAD. Años 2015 a 2019.

Población por curso de vida: de acuerdo con la distribución poblacional por momento de curso de vida, se evidencia una mayor concentración en los momentos de curso de vida adultez y juventud para las comunidades Negras y Afrocolombianas, obteniendo un porcentaje de 36,9 % (n: 3.079) y 26,4 % (n: 2.208) respectivamente; lo que indica una densidad poblacional centralizada joven y productiva.

Tabla 2. Distribución de la población por curso de vida y sexo, Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá 2020. Asís Diferencial 2020.

Curso de Vida	Hombre	%	Mujer	%	Total	%
Primera Infancia	468	13,4	400	8,2	868	10,4
Infancia	531	15,2	443	9,1	974	11,7
Adolescencia	347	10,0	574	11,8	921	11,0
Juventud	877	25,2	1331	27,3	2208	26,4
Adultez	1130	32,5	1949	40,0	3079	36,9
Vejez	129	3,7	171	3,5	300	3,6
Total	3.482	100	4.868	100	8.350	100

Fuente: Elaboración propia Equipo ASIS Diferencial poblaciones Negras y Afrocolombianas. Subred Centro oriente a partir de Bases: Participación Social de SDS, GESI, Organización Afro Construyendo Caminos, Kilombo autónomo Seriema, Grupo Afro Localidad de Bosa y la base de Kilombos: Yuma, Seriema, Razana, Niara Sharay, Los Griots y Baballua, Sistemas de Vigilancia Epidemiológica: SIVIGILA, SIVIM, SIAVAN, DISCAPCIDAD Años 2015 a 2019.

Razón de masculinidad: en el año 2019 por cada 72 hombres habían 100 mujeres. Sin embargo, el cálculo de esta razón no supondría decir que es una población joven envejecida.

Razón niños: en el año 2019 por cada 28 niños y niñas (0-4 años) habían 100 mujeres en edad fértil (15-49 años).

Índice de infancia: en el año 2019 de 100 personas, 35 correspondían a población de hasta 14 años.

Índice de juventud: en el año 2019 de cada 100 personas, 30 correspondían a población de 15 a 29 años.

Índice de vejez: en el año 2019, de 100 personas 4 correspondían a población de 65 años y más.

Índice de envejecimiento: en el año 2019 por cada 100 menores de 15 años, había 12 personas de 60 años y más.

Índice demográfico de dependencia: en el año 2019, por 100 personas entre los 15 y los 64 años habían 47 personas menores de 15 años dependientes.

Índice de dependencia infantil – mayores: en el año 2019, por 100 personas entre los 15 y los 64 años habían 45 personas menores de 15 años dependientes, mientras, 3 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años.

Índice de Friz: representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. Para las poblaciones negras y afrocolombianas se encuentra en 149, por lo que podría considerarse que ésta se encuentra en proceso de envejecimiento, situación que se corresponde con lo evidenciado en la distribución por momento de curso de vida (ver tabla 2).

1.2.3 Condiciones especiales.

Víctimas del Conflicto Armado - Situación de Desplazamiento: el efecto del creciente conflicto armado que se vive en Colombia desde hace algunas décadas es el desplazamiento forzado de un elevado número de familias y personas que salen diariamente de sus hogares ubicados en zonas de conflicto, y que llegan a las grandes ciudades, en especial a Bogotá, en busca de mejores oportunidades laborales para sacar adelante a su familia nuclear y extensa. Este fenómeno se ha tornado un drama social y demográfico que, violando los derechos humanos, aglutina a la gente en las ciudades en deplorables condiciones, atentando contra su calidad de vida con problemas de vivienda, educación, salud y servicios públicos, sin contar con los derivados de la adaptación a un contexto extraño en el que se experimentan sentimientos de desarraigo, discriminación y marginalidad”.¹⁶ Todo esto, con el fin de darle una mejor calidad de vida a su familia.

¹⁶ Urrea Fernando, Viáfara Carlos, Igualdad para un buen y mejor vivir, Colección: Ciencias Sociales Primera Edición, Cali, Colombia, marzo 2016, fecha de búsqueda 15 de julio de 2020.

El presente concepto aborda la problemática del desplazamiento forzado en las comunidades afrocolombianas, se muestran algunas condiciones generadoras de dicho fenómeno y los efectos que este supone; también se describe cómo algunos integrantes de las comunidades optan por la organización y la participación en los nuevos contextos, para hacer de los territorios nuevos urbanos un aspecto central de sus reivindicaciones, situación que se forma a partir de las experiencias organizativas que se desarrollan en Bogotá, las comunidades afrocolombianas, desplazamiento forzado, organización, participación, derechos, resistencia en los asentamientos migro territoriales en la ciudad región y en contextos urbanos.

De acuerdo al dialogo de saberes de la lideresa y consultiva comisión de salud, Nieves Lemus, manifiesta que las "víctimas del conflicto armado han sido más victimizadas. Siendo ellas en su mayoría de zonas rurales se les ha dificultado adaptarse a estos nuevos contextos de ciudad esta sociedad bogotana no estaba preparada para recibirlas y han sido intolerantes, sufren de desplazamiento intraurbano, el desarraigo de sus territorios y familias fallecidas o desaparecidas en esta guerra han conllevado a un desarraigo abrupto y deterioro de su integridad física y psicológica. Además, se puede relacionar la violencia económica como factor de impedimento a su libre desarrollo en estos nuevos contextos de ciudad".¹⁷

La mayoría de la población afrocolombiana sale de sus territorios escasamente con lo necesario o muchas veces sin nada, y eso los lleva a vivir la pobreza más extrema en la ciudad de Bogotá.¹⁸

Teniendo en cuenta lo anterior, al verificar la información en las bases de datos disponibles, se logró identificar que éstas no contemplan la variable, sin embargo, a través de la caracterización poblacional realizada en los diferentes kilombos autónomos se ubican 506 personas, de las cuales el 74,7 % (n: 378) son hombres; en su mayoría la población VCA se encuentra en el momento de curso de vida adultez.¹⁹

El desplazamiento forzado es la principal razón por la cual la población afrodescendiente de diferentes zonas del país ha llegado a Bogotá, poniendo en riesgo la idiosincrasia de los pueblos.

Este fenómeno es una problemática individual porque cada persona enfrenta la dura realidad de tener que dejar su territorio para enfrentarse a una nueva forma de vida que pone en peligro sus propias costumbres y la que deteriora sus redes de apoyo y el tejido social del territorio se destruye, esta problemática social no solo afecta al individuo si no que enfrenta a la población receptora a nuevos cambios demográficos sociales y culturales para los que no están preparados. A pesar de esta situación las comunidades afrodescendientes y negras que viven en la ciudad de Bogotá han generado estrategias de adaptación para afrontar la herencia de la violencia y que genero el desplazamiento; a través de grupos de muestras culturales en la música, teatro y la danza y han utilizado espacios como los kilombos para la realización de estas actividades.

17 Nieves Lemus, lideresa consultiva Distrital comisión de salud

18 La gestora Territorial de la Gerencia de Etnias IDPAC Maite Hurtado

19 Mosquera Ruby, sabedora, localidad Candelaria.

Rol familiar:

A través de los diálogos de saberes²⁰ se logró identificar que la población negra y afrocolombiana ha evolucionado en el tiempo y el espacio por los procesos adaptativos que han tenido que vivir desde el mismo momento que abandonaron los territorios.

Dentro de este patrón de poder colonial, a las familias les correspondió la peor parte, ya que fueron abusadas de diferentes maneras, explotadas en horarios y trabajos forzados, obligados al abandono de sus familias, al desarraigo y la satanización de sus creencias en otros Dioses, una total sincronización que rompió con toda la estructura familiar y social del tejido familiar que estos traían.

En las comunidades Negras y Afrocolombianas el rol de familia se caracteriza por la relación en los lazos familiares, el que no es primo, es tío, padrino, madrina, pero jamás un negro deja de reconocer a otro negro como una persona ajena a su Clan, en los asentamientos. El trabajo es comunitario por las costumbres heredadas, como la minga, la rocería, la choca, entre otros., entre tantas formas de hacer los trabajos comunitarios, las familias que no participan de la actividad son las que cuidan a los niños, niñas, ancianos o mayores y las personas en condición de discapacidad.²¹

Existe mucha solidaridad en las comunidades negras y afrocolombianas, se realizan trueques de productos alimenticios, es esa la filosofía Ubuntu. Las matronas o parteras, son los personajes más representativos de las comunidades, porque son las que con sus saberes tradicionales y con la bendición de Dios traen al mundo a los bebés, y desde allí se convierten en sus cuidadoras hasta que estos sean ángeles patones, o sea que, según la cosmovisión, cuando la partera suelta al niño ya tiene uso de razón para comprender los avatares de la vida cotidiana.²²

A partir de la intervención de los ciclos vitales, que tienen como resultado una mejoría en la calidad de salud y vida de estos pueblos; la recuperación sobre los conceptos y prácticas culturales en relación con las familias afrocolombianas, son para cualquier otra cultura un despropósito, tal es el tema de las siete mujeres que manejan los hombres negros, sobre todo en las zonas de los entables mineros, pero que culturalmente no es mirado como un hecho deshonesto menos de promiscuidad, pues dicho acto es muestra de la hombría de los hombres y su machismo cultural.²³ En el proceso de transmisión cultural para los niños, niñas y adolescentes afrocolombianos, es importante lo que se denomina como familia extensa, puesto que todos los miembros de una misma familia contribuyen en el proceso de enseñanza de prácticas culturales, como lo son principalmente la tradición oral, la música y la religión.

De manera que los abuelos y abuelas son quienes representan el papel más importante en el proceso de enseñanza cultural, un ejemplo de ello es el auto cuidado, el cual se transmite principalmente a las niñas, y se observa mediante el cabello, puesto que este es usado como herramienta de transmisión de conocimiento, ya que mediante el trenzado se transmiten historias

20 Jannet Escobar Angulo, lideresa afro de Engativá

21 Sevigñe copete líder social e integrante de la comisión de salud, localidad los Mártires

22 Sevigñe copete líder social e integrante de la comisión de salud, localidad los Mártires

23 Sevigñe copete líder social e integrante de la comisión de salud, localidad los Mártires

y se inculca la forma de ser mujer, el rol que ocupa la mujer dentro de un hogar, ejemplo, cuidar de los niños, niñas, tener la casa organizada, el cuidado de los animales, los alimentos listos para cuando llegue el esposo y la buena atención para con él; a los niños se les transmite el conocimiento de auto cuidado mediante la pesca, la minería, la orfebrería, la agricultura y la sostenibilidad del hogar, dado que el cuidado en el hombre está relacionado al trabajo y las actividades de producción.

Teniendo en cuenta la referencia ancestral, la lideresa de Engativá, Jannet Escobar Angulo, refiere que el “el rol que manejamos acá es que conserve nuestra cultura desde nuestras casas con nuestros hijos, nuestros nietos y nuestras familias; los valores que trasmitimos a través de nuestros juegos, cantos y arrullos y los comportamientos que tenemos acá son totalmente diferentes porque nuestros territorios están acostumbrado a que por ser población afro vivimos muchas personas en una casa, cantas, bailamos hacemos ruido pero acá el comportamiento cambia el rol familiar para nosotros desde lo afro sigue siendo igual pero acá toca limitarnos en ciertas cosas ya que acá tenemos normas y valores que nos identifican y también compartimos mucho en nuestra familias y siempre el rol hay una persona cabeza de familia que se encarga de dirigir al resto de la familia como un líder”.²⁴

En una ciudad como Bogotá, por sus dinámicas diferentes a las de los lugares de procedencia de la población negra y afrodescendiente, el reconocimiento de los adultos mayores como líder y jefe de la familia pasa a segundo plano, ya que les queda difícil hacerse a un empleo formal, siguen siendo el líder y tomador de decisiones, sin embargo debido a los grandes cambios que se dan en la ciudad el rol es totalmente diferente, porque ya no se trabajaba cultivando el campo para llevar el sustento de las familia y se pierde el protagonismo en la sociedad.

Las familias tienden a tener una relación de unión con los vecinos y amigos donde la relación en ellos se ve reflejado en el día a día, donde el respeto por el mayor de edad es primordial, los adultos sin tener un lazo sanguíneo con la persona terminan siendo tu tía o tío, con compromiso a regañarte o hasta castigarte, eso se debe al respeto que se les ha impartido a los menores de edad desde el hogar.

El rol de una familia afrocolombiana en Bogotá en su diario vivir es complejo ya que se ve afectado por las costumbres traídas desde el territorio, el rol en la ciudad cambia debido a normatividad, en la cual se basa en restricción de ruido y espacio es decir, la manera de formar a sus hijos e hijas está ligado a la relación que se tienen con el territorio y con la vecindad, ya que hay una relación estrecha con los amigos y amigas del barrio o comunidad, que sin temor alguno puedes dejar a tus niñas y niños al cuidado de la vecina.²⁵

Orientación sexual:

Las prácticas religiosas son representativas en los hogares de las comunidades negras y afrocolombianas y desde esa base o principios son inculcadas, creencia en Dios, en sus orichas y todo lo que se debe realizar conforme a los mandamientos de la ley de Dios, y aunque son

²⁴ Jannet Escobar Angulo, lideresa afro de Engativá

²⁵ Jannet Escobar Angulo, lideresa afro de Engativá

conscientes que en la Biblia no se acepta orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, se respetan la orientación de cada quien, aceptando que es un ser humano, que no está enfermo y que merece ser aceptado en esta sociedad como cualquier otra persona.

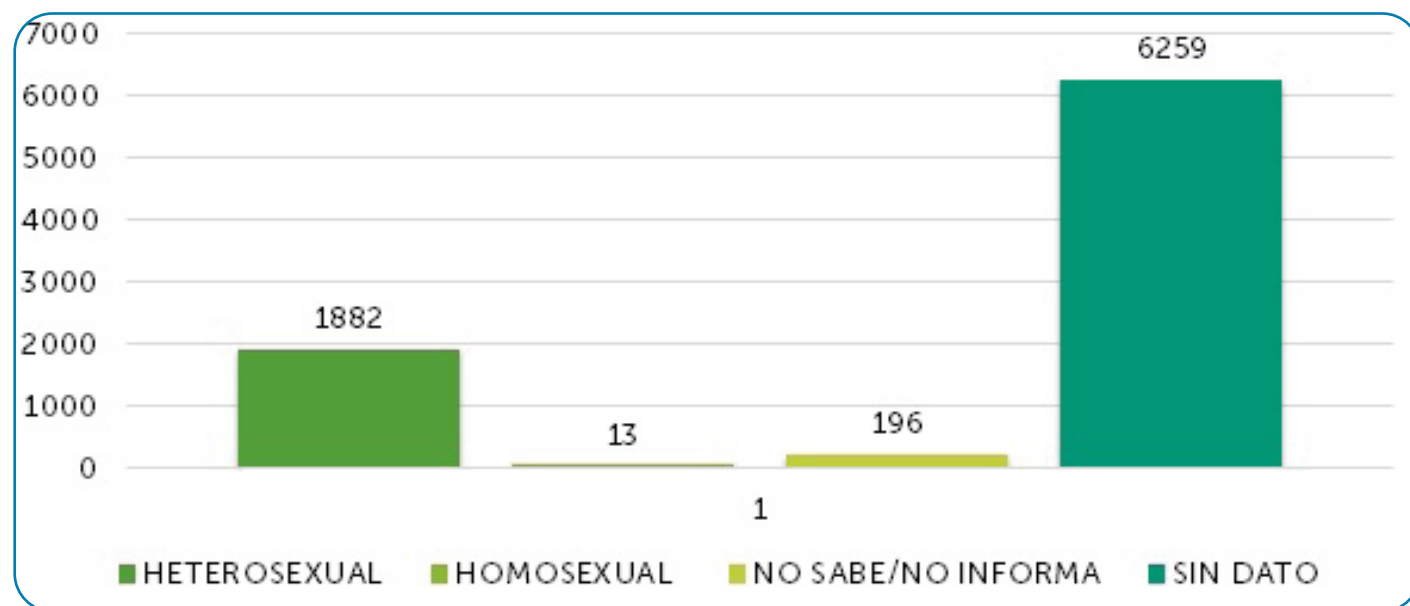
La gestora territorial de la Gerencia de Etnias del Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC), Maite Hurtado, manifiesta que *“la percepción que tengo sobre los hombres afro en Bogotá, partiendo desde un enfoque de derechos la seguridad de todos los hombres sin distinguir etnia es una construcción social, simbólica, que se forma a partir de la realidad biológica, psicológica, cultural, histórica de las personas en una sociedad determinada, con relación a la población masculina perteneciente a la comunidad afro ejercen la garantía de sus derechos sexuales de una forma más libre que las mujeres afros este último por factores de temas de machismo”*.

“Estos derechos se fundamentan en el disfrute de la sexualidad libre de violencia en las cuales ellos disfrutan plenamente sin miedo, vergüenza, temores, culpa y perjuicios que limiten la expresión de estos derechos. Los hombres negros residentes en Bogotá ejercen estos derechos acceden a los servicios de salud sexual, y de esta forma toman medidas para la prevención de infecciones de transmisión sexual y enfermedades y dolencias que afecten el ejercicio placentero sexual”.²⁶

Teniendo en cuenta la orientación sexual en las comunidades Negras y Afrocolombianas se identifica que el 22,5 % (n: 1.882) se identifica como heterosexual, mientras que el 0,2 % (n: 13) a población homosexual; sin embargo, llama la atención la población sin dato con el 75 % (n: 6.259) en donde no se logra identificar la orientación sexual debido a que no se cuenta con la variable en las bases revisadas, los instrumentos de recolección de la información por parte de los kilombos no son comunes a todos o bien, las personas deciden no dar esta información. (Ver figura 2)

26 La gestora Territorial de la Gerencia de Etnias IDPAC Maite Hurtado

Figura 2. Distribución por número de casos de las comunidades Negras y Afrocolombianas según Orientación Sexual. Asís Diferencial 2020.



Fuente: Elaboración propia Equipo ASIS Diferencial poblaciones Negras y Afrocolombianas. Subred Centro oriente a partir de Bases: Participación Social de SDS, GESI, Organización Afro Construyendo Caminos, Kilombo autónomo Seriema, Grupo Afro Localidad de Bosa y la base de Kilombos: Yuma, Seriema, Razana, Niara Sharay, Los Griots y Baballua, Sistemas de Vigilancia Epidemiológica: SIVIGILA, SIVIM, SISVAN, DISCAPACIDAD. Años 2015 a 2019.

Autorreconocimiento e identidad:

La Constitución de 1991, en su artículo 7º, establece a Colombia como un Estado multicultural y pluriétnico en un esfuerzo por ampliar la condición de ciudadanía hacia diversos grupos de sujetos que habían sido excluidos del reconocimiento Estatal. Este avance corresponde a la lucha de los pueblos culturalmente no hegemónicos que se han disputado un espacio en la construcción de un país más justo e incluyente. Para las comunidades afrocolombianas, este proceso no finalizó con la declaración de la carta magna, sino que requirió la disputa de la Ley 70 de 1993, la cual se convirtió en el referente macro de un tratamiento diferenciado y, con ello, la evidencia jurídica de la existencia de las comunidades afrocolombianas y las negritudes como sujetos activos que hacen parte de la nación colombiana.

Por tanto, las comunidades Negras y Afrocolombianas son consideradas un grupo étnico debido al arraigo y acervo cultural que llevan consigo, sus usos, costumbres y cultura desarrollada a partir de sus raíces africanas. Sus raíces culturales se manifiestan en una fuerte identidad cultural que se diferencia del resto de la población colombiana.

El autorreconocimiento se basa en la autoidentificación de una persona por sus rasgos y fenotipo, el autorreconocimiento se constituyó en el eje central del proceso de sensibilización-capacitación del Censo 2005 con población afrocolombiana.

La definición de lo que constituye la pertenencia étnica es la identificación de las personas como integrantes de uno de los grupos étnicos, legalmente reconocidos. Los criterios de identificación son: el Auto reconocimiento (identidad étnica), la lengua, usos y costumbres, la territorialidad y los rasgos físicos. El tema del auto reconocimiento es bastante complejo ya que algunas personas de la población de la costa caribe no se auto reconocen como afrocolombianos y podemos ver que existen mujeres y hombres que por vivir con un afro se auto reconocen como afro y también encontramos mestizos que al ser adoptados por afros se auto reconocen.

Hablar de lo afro y lo negro requiere de una aproximación a la carga histórica de estos dos conceptos, para rastrear en ellos la manera cómo se plasma un ser y un hacer que, a punta de pulso, permitieron los reconocimientos legales anteriormente expuestos. Pero que también, siguen luchando para que estos se hagan efectivos, se reconozcan y se modifiquen de acuerdo con las necesidades de las nuevas situaciones.

Siguiendo al profesor Luis Ernesto Valencia Angulo²⁷, “se puede decir que la idea racial cromática de la discriminación del negro es pre moderna. Lo es porque existía en el imaginario discursivo de las culturas europeas y de la tradición judeocristiana antes de la génesis del mundo globalizado que se gestó con el descubrimiento de América. Luego, con el proceso de esclavitud estas ideas basadas en la raza se anclaron a la explotación del hombre y la mujer africanos (Congos, Bantús, Bijaos, Sereres, yorubas, Ewes, Ashantis...) que fueron traídos a América en el marco del sistema colonial-esclavista. Con esto, el discurso racista encuentra una utilidad económica que le permite, a partir de la deshumanización, el aprovechamiento del cuerpo y los saberes de los hombres y las mujeres negras”.

El autorreconocimiento como afro, en el contexto de desespacialización e integración cultural y económica a las dinámicas propias de una gran urbe como Bogotá, no es asunto sencillo. En primer lugar porque en el imaginario nacional y urbano perduran ideas racistas y colonialidades del poder y del saber que pretenden integrar a las mujeres y hombres negros desde la homogenización, invisibilizando su cultura. En el caso de los sujetos negros tiene la particularidad de inscribirse en la carga del estigma racial. En segundo lugar, porque todo proceso de adaptación es susceptible de generar crisis identitarias. Entonces ¿cómo autorreconocerse como afro, como bogotana, como mujer, como guapireña o tumaqueña sin dejar de ser lo uno por ser lo otro?.

En las ciudades, las poblaciones afrocolombianas y las formas de identificación étnico-racial son diversas y concentradas. El término negro se utiliza con la connotación negativa que encierra su historicidad, aunque el discurso de raza ha sido reivindicado por algunas instancias (etnias) del movimiento social afrocolombiano, los niveles de impacto han sido limitados en la población. La auto identificación de la población afrocolombiana urbana también se expresa con base en procesos conscientes de etnización que se enraízan en los discursos académicos.²⁸

²⁷ profesor Luis Ernesto Valencia Angulo. Docente de sociología en la Universidad del pacífico

²⁸ Sevignie copete, líder social e integrante de la comisión de salud, localidad los Mártires

Negros

Comunidades, que habitan la región del pacífico y el valle del río Cauca, son pueblos ancestrales; conocedores de las plantas, la medicina tradicional y espiritualidad, el río es su fuente de vida y tienen una relación directa con la tierra que consideran colectiva.

Afrocolombianos

Son las comunidades que habitan la región Caribe, ubicados en los departamentos de Cesar, Magdalena, Sucre, Córdoba y Bolívar, considerados como afrocaribeños y no como campesinos negros, la tenencia de la tierra es familiar y no colectiva, sus prácticas productivas están asociadas a la ganadería y a la agricultura.

Palenqueros

Es el único pueblo afrodescendiente que conserva una lengua de origen africano y formas de producción cultural en ganadería y agricultura basadas en conocimientos ancestrales. Destacan su identidad como distinta a la general afro.

Raizal

Pueblo asentado en las islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, receptores de múltiples procesos de colonización española e inglesa principalmente. El pueblo raizal permanece en constante lucha por conservar y recuperar los rasgos de su cultura.

1.2.4 Aseguramiento.

La Ley 100 de 1993 establece frente al aseguramiento en salud que existen tres regímenes de salud: **Contributivo** en el cual el trabajador o el empleador aportan mensualmente un porcentaje del salario para obtener cobertura de salud, **Subsidiado**, el estado acoge a las personas sin capacidad de pago y a través de Empresas Administradoras de Servicios EAPB realiza la afiliación al sistema de salud para garantizar la atención y el acceso a los servicios; los regímenes de **Excepción y Especial** que ofrecen cobertura a los sectores que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social antes de la vigencia de la ley 100 de 1993.

Según la investigación de Urrea Fernando y Viáfara Carlos (15), las poblaciones afrodescendientes ostentan una mayor afiliación al régimen subsidiario con un 47,8 %; encontrándose por encima del promedio para el Distrito y de las poblaciones mestizas, blancas y de ninguno de los anteriores (21,3 %, 21,8 % y 26,9 % respectivamente). “Giraldo y López, igualdad para un mejor vivir” (2016).

Teniendo en cuenta la base de aseguramiento entregada por la Secretaría Distrital de Salud con relación a lo registrado para en las comunidades Negras y Afrocolombianas en el Distrito, se identifica un total de 15.528 registros, de los cuales el 28.5 % (n: 4.429) se encuentra afiliada al Régimen Contributivo en las EAPB: Compensar, Famisanar y Sanitas; con un 21,3 % (n: 3.303) se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado en las EAPB: Capital Salud EPS-S, Unicajas y Nueva EPS. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Aseguramiento Comunidades Negras y Afrocolombianas.

CRUCE_ASEGURAMIENTO	Cantidad
Contributivo	4.429
Subsidiado	3.303
Subsidiado fuera de Bogotá	911
Registro duplicado	817
Contributivo fuera de Bogotá	441
Fallecidos	253
Subsidiado pendiente activar en BDUA	25
Sin Regimen definido	5349
Total	15.528

Fuente: Elaboración Propia Base de Participación social Afro SDS, con corte 07-05-2020

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que el 34,4 % (n: 5.349) de los datos no corresponden a ningún régimen de aseguramiento definido, en donde se observan dificultades con respecto a la calidad del dato suministrado, toda vez que se encuentran registros que no corresponden con el nombre, no cruzan con BDUA, no son válidos según el tipo de documento y fecha de nacimiento sin datos.

2. CAPÍTULO II. DINÁMICAS SOCIALES, CULTURALES Y AMBIENTALES.

La cosmovisión en términos culturales es la visión del mundo, es la perspectiva, o la representación histórica que las comunidades negras y afrocolombianas forman de la realidad. Por lo tanto, una cosmovisión ofrece un marco de referencia que permite interpretar la realidad, el cual contiene creencias, costumbres, nociones y conceptos.

Las comunidades negras y afrocolombianas están enmarcadas en procesos históricos, que a través de los años y luchas constantes han tratado de preservar la identidad como etnia, permitiendo así contar con características propias, costumbres y una cosmovisión que la hace diferente; una población que aún insiste en ser reconocida y respetada acorde con su idiosincrasia, consagrados en la Constitución que reconoció la diversidad y estableció unos derechos para los grupos étnicos.

Bogotá es una ciudad, que tiene un déficit estructural habitacional sin contar con una política de vivienda que dé respuesta a las necesidades de la población negra y afrocolombiana.²⁹

Así mismo se identifican 80 barrios subnormales aproximadamente en el sector de las canteras de los cerros nororientales. La zona es azotada por cerca de 200 pandilleros que atacan a niños y ancianos y se dedican al consumo de drogas, en estos sectores habita población afrocolombiana.

De acuerdo al dialogo de saberes se puede evidenciar que, que en las cinco (5) localidades donde habita la mayor parte de la población Afrocolombiana, es donde se están presentando situaciones complejas que afecta la tranquilidad de las familias que habitan en esos sectores, llegando así a convertirse en focos de violencia que afecte en gran manera la situación socioeconómica de los hogares.³⁰

A continuación, se evidencian las cinco localidades con el mayor índice de comunidades negras y afrocolombianas y las problemáticas sociales identificadas en esos territorios.

Bosa. Localidad que limita con Soacha, hay delincuencia común, grupos armados organizados, venta y consumos de drogas alucinógenas, Proliferan las pandillas integradas por niños desde los 9 años hasta jóvenes de 18 años.³¹

Kennedy. Una localidad muy extensa, en ella está ubicada la central más gran de Colombia, "ABASTOS", habita mucha población afrocolombiana en los tres estratos socio económicos que tiene esta localidad, especialmente en los barrios Pastranita, Alfonso López, Almenar, Carmelo y Britalia, Patio Bonito, Palenque entre otros barrios.³²

Suba. Cuenta con algunos de los ecosistemas más importantes de la ciudad, como son los humedales de La Conejera, Juan Amarillo, Córdoba y Guaymaral. Son ecosistemas intermedios entre el medio acuático y el terrestre, caracterizados por porciones húmedas, semihúmedas y secas. Hay Presencia de pandillas juveniles, delincuencia común en los barrios La Gaitana, El Rincón, La Palma y Berlín, entre otros. Localidad muy compleja ya que esta tiene estratos socioeconómicos desde el 0 al 6, con una alta residencia de población negra y afrocolombiana.³³

29 Urrea Fernando, Viáfara Carlos, Igualdad para un buen y mejor vivir, Colección: Ciencias Sociales Primera Edición, Cali, Colombia, marzo 2016, fecha de búsqueda 15 de julio de 2020

30 Rentería Martha, líder social, sabedora y partera, localidad Bosa

31 Mapa 1 Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá DC. Año 2019

32 Mapa 1 Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá DC. Año 2019

33 Mapa 1 Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá DC. Año 2019

Rafael Uribe Uribe. Es importante recordar, que en esta localidad habita cerca del 30 % de la población afro del Distrito, y esto es una muestra de la influencia étnica en el territorio y en los procesos de desarrollo. Teniendo en cuenta esto, para la Alcaldía local es fundamental promover actividades que permitan el encuentro cultural y la pervivencia de las tradiciones afrocolombianas. Hay un alto índice de desempleo, desintegración del núcleo familiar, aumento de los casos de violencia intrafamiliar.³⁴

Ciudad Bolívar. Mezcla de clases sociales, reinsertados, desplazados de la violencia y de las catástrofes. Alto consumo de droga y alcohol. Se han tenido que hacer programas de desarme en los colegios, porque algunos estudiantes asisten con todo tipo de armas.³⁵

Es de resaltar que, a pesar de que la población afrocolombiana reside en estas localidades, no quiere decir que la forma de vida de ellos sean las mismas, de manera que, tanto las características socioeconómicas, costumbres, prácticas, entre otras, varían de acuerdo al lugar donde estén ubicados y del lugar donde provienen; por lo cual no se puede generalizar y encasillar a la población en una única forma de proceder.

Por lo tanto, cada una de las particularidades encontradas en las localidades de concentración de la población, resaltan procesos organizativos que día a día surgen, a fin de exigir y garantizar el cumplimiento y acceso a los derechos de las comunidades negras y afrocolombianas; así como las iniciativas encaminadas a dichas situaciones. Por otra parte, se evidencia una similitud de empobrecimiento, abandono estatal, necesidades básicas insatisfechas, entre otras situaciones que padece la población, especialmente aquella que se identifica y auto reconoce como desplazada, reubicándose en estas localidades.

A continuación, se evidencian en los mapas la percepción que tienen algunos líderes y lideresas comunitarios del territorio y la salud propia, donde se identifica la importancia que tiene el territorio para las comunidades negras y afrocolombianas “el territorio debe ser el eje fundamental en las comunidades negras y permitir mantener esas memorias vivas, haciendo necesario el apoyo estatal a fin de disponer capacidades en los territorios que garanticen espacio para el desarrollo de la identidad ancestral”.³⁶

Así mismo, la importancia de la salud ancestral en las comunidades, “la salud propia hace referencia a las condiciones nutricionales, del entorno social y psicosocial, convivencia y a la no discriminación del estado”.³⁷ (Ver Mapa 2, Mapa 3, Mapa 4, Mapa 5).

A continuación, se evidencian mapas por localidades donde se concentran unidades de atención en salud, los kilombos, los centros de prácticas de medicina ancestral, los territorios (localidades y barrios) donde se presentan problemáticas de orden público, contaminación ambiental, lugares de expendios de drogas y con índices de prostitución que afectan de alguna manera las dinámicas de la población negra y afrocolombiana que viven en la ciudad de Bogotá.

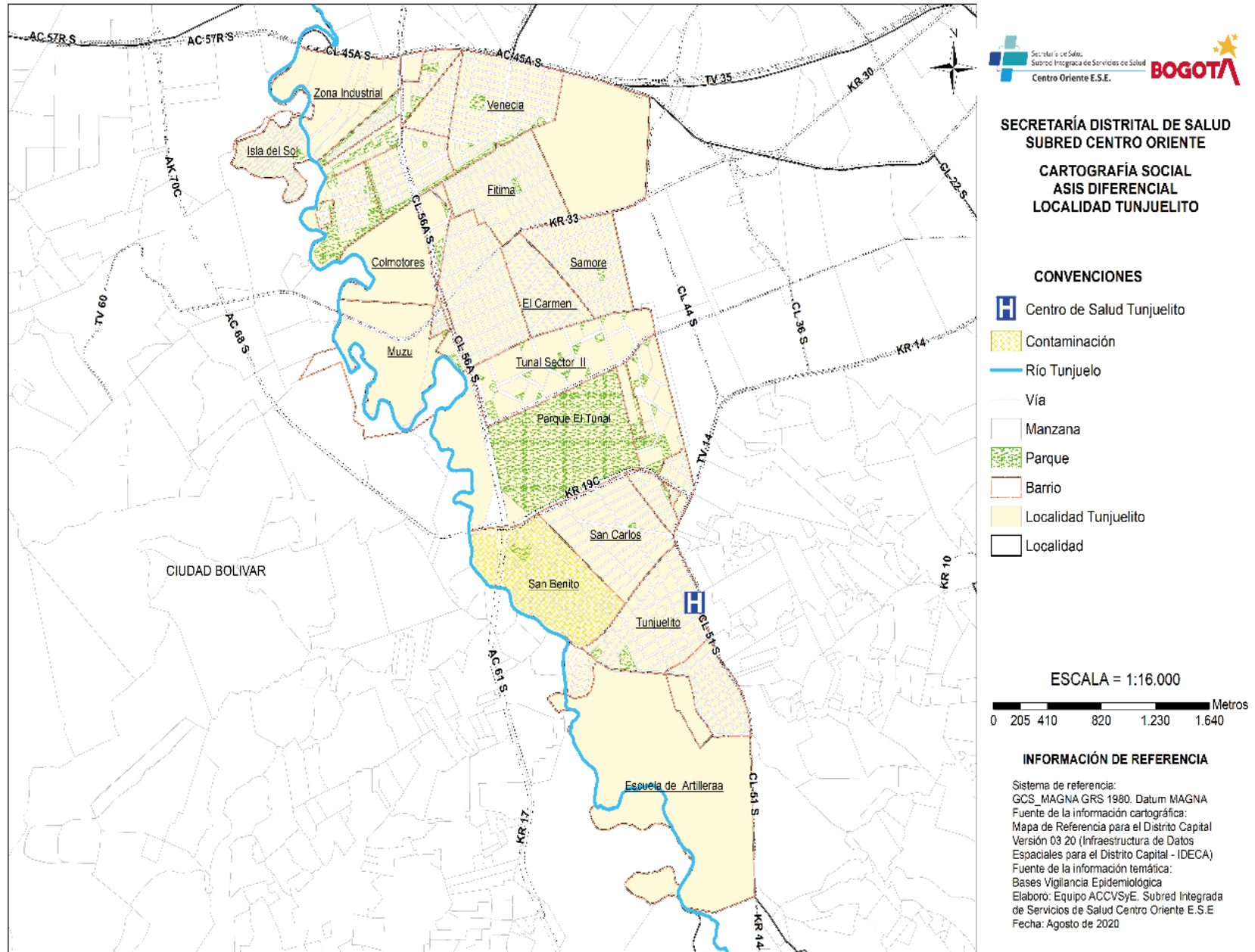
34 Mapa 1 Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá DC. Año 2019

35 Mapa 1 Distribución población Negra y Afrocolombiana. Bogotá DC. Año 2019

36 Moreno Nelson, líder social e integrante de la comisión de educación, localidad Tunjuelito

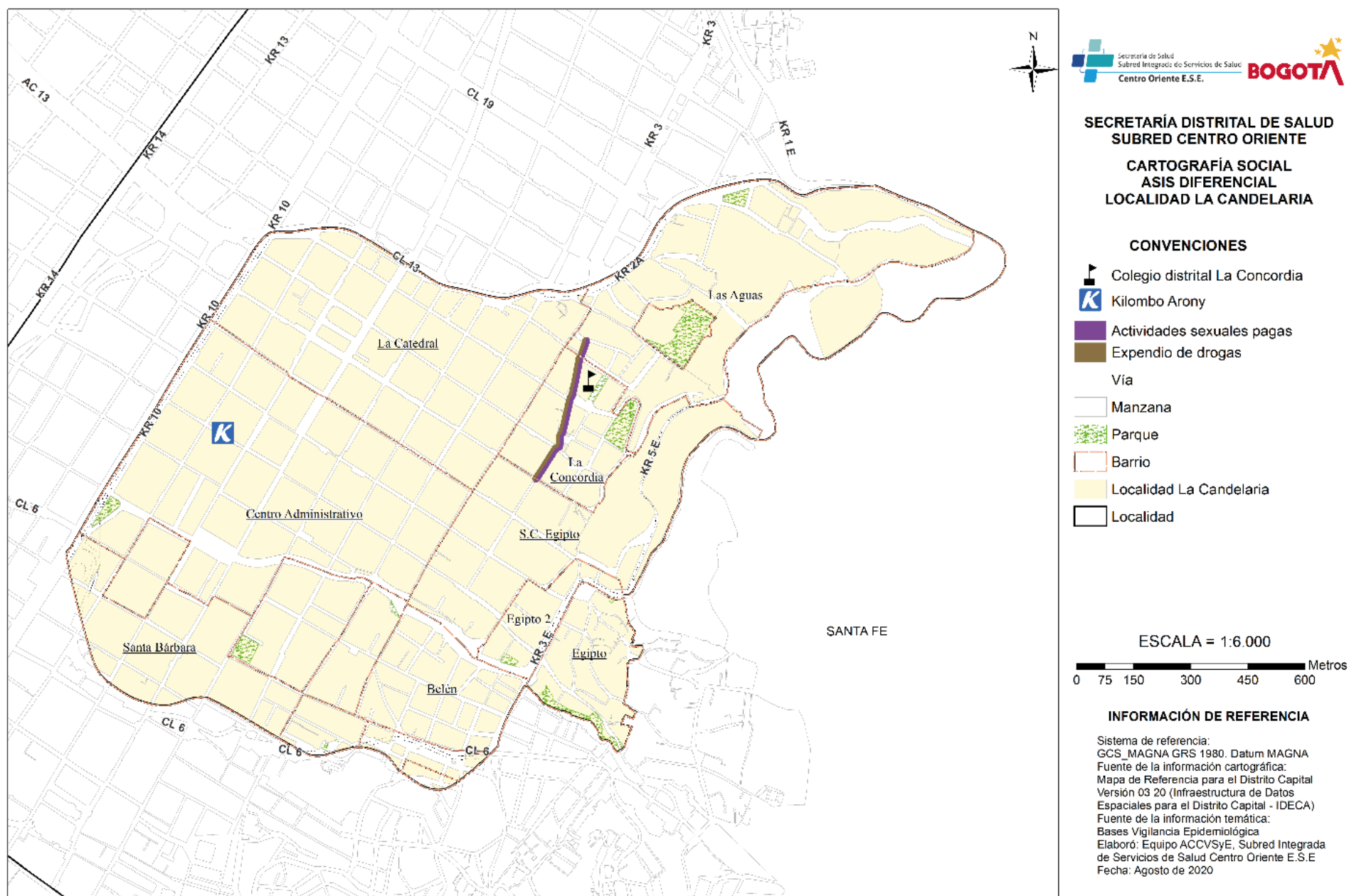
37 Moreno Nelson, líder social e integrante de la comisión de educación, localidad Tunjuelito

Mapa 2. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020



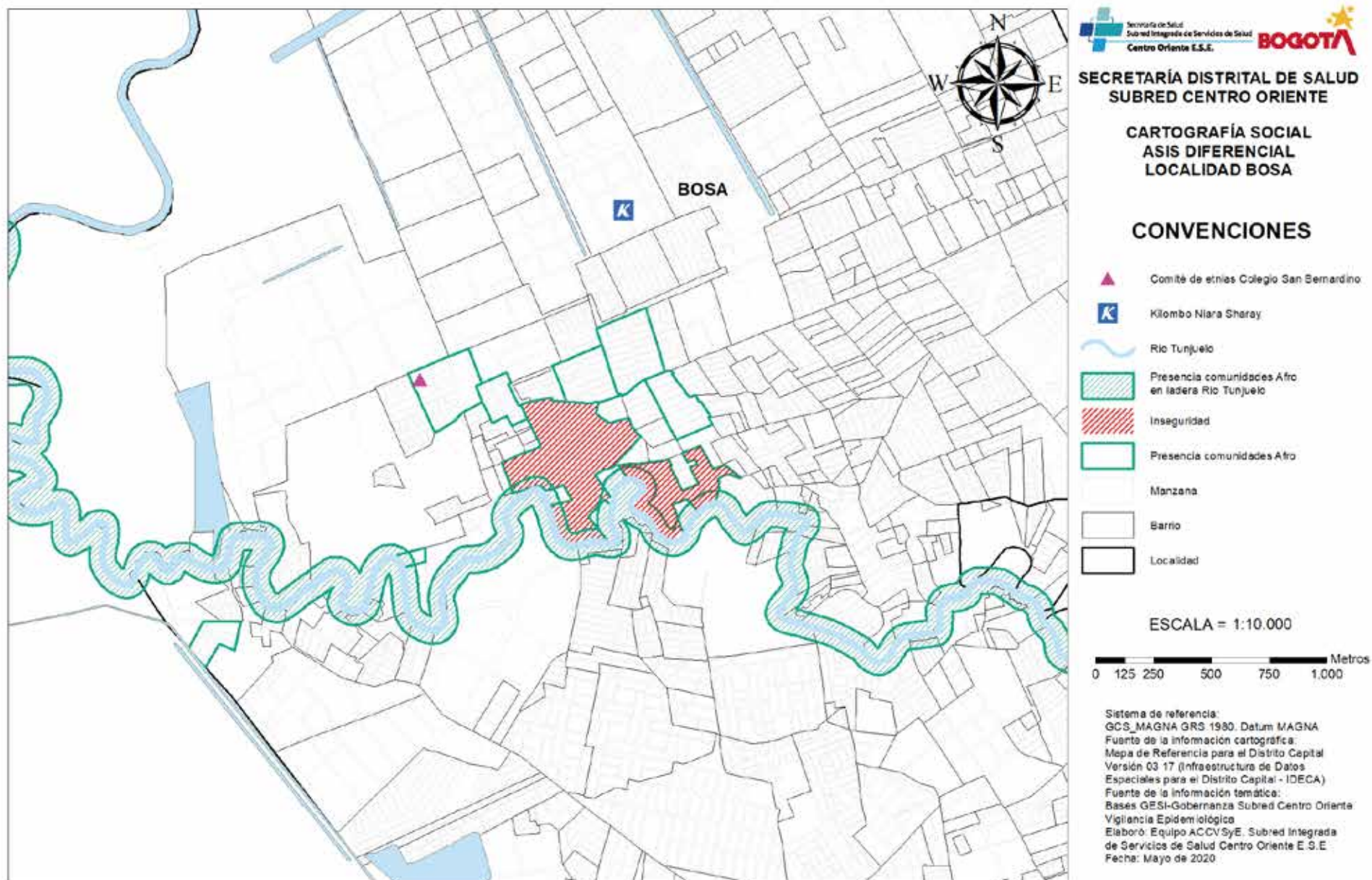
Fuente: Elaboración propia geógrafos Subred Centro Oriente. Bogotá DC. Año 2020

Mapa 3. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020



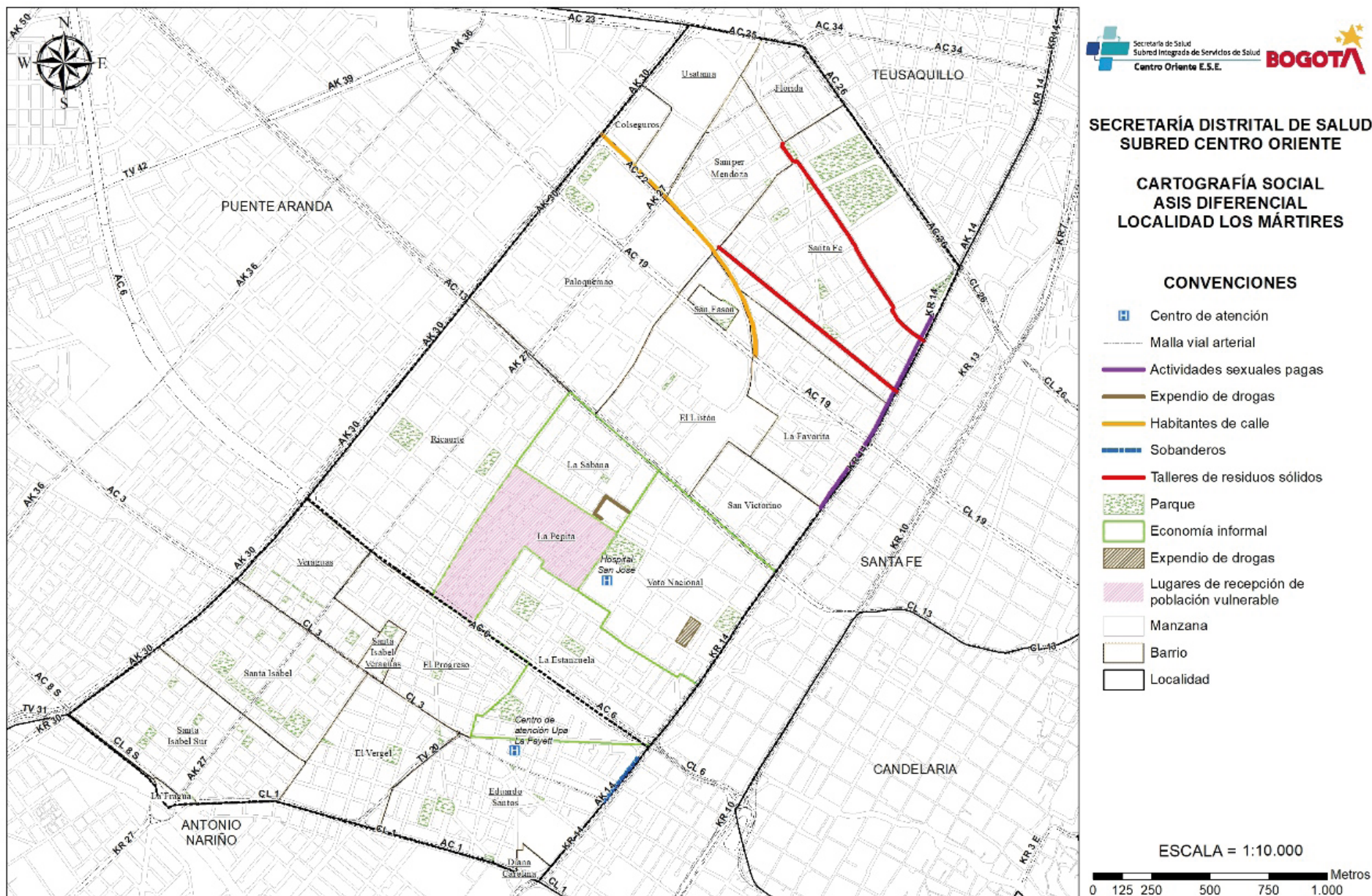
Fuente: Elaboración propia geógrafos Subred Centro Oriente. Bogotá D. C. Año 2020

Mapa 4 Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020



Fuente: Elaboración propia geógrafos Subred Centro Oriente. Bogotá D. C. Año 2020

Mapa 5. Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá D. C. Año 2020



Fuente: Elaboración propia geógrafos Subred Centro Oriente. Bogotá D. C. Año 2020

A continuación, se describirá información que, en conjunto con documentos propios de las comunidades negras y afrocolombianas y diálogos de saberes con los actores claves, permitirá dar cuenta de las dinámicas sociales, culturales y ambientales.

2.1 Dinámicas sociales.

Las comunidades negras y afrocolombianas llevan consigo un arraigo cultural, que es evidenciado en sus distintas dinámicas que realizan, como lo son las prácticas productivas que desarrollan los habitantes de las comunidades, que han sostenido tradicionalmente la base de la existencia y apropiación espacial del territorio y sus recursos como, la economía, festividades, creencias y prácticas curativas, que es una de las prácticas más representativas en las comunidades ya que se utilizan de forma constante para el bienestar de la salud de los moradores de los diferentes contextos.

Históricamente estas comunidades negras y afrocolombianas se han caracterizado por ser una población que ha llevado una lucha constante por la preservación, conservación, difusión y reivindicación de todas las manifestaciones y derechos culturales, sociales, políticos, legales y ambientales que los identifica como grupo étnico. Así mismo, los deseos de estas comunidades es fortalecer y promover la unión, solidaridad, ayuda y respeto mutuo entre los miembros de la población como una forma de restablecer los valores culturales, espirituales y sociales heredados de los ancestros.

Existe a nivel distrital la Subdirección de Asuntos Étnicos -SAE-, una dependencia de la Secretaría de Gobierno responsable de ejercer la rectoría sobre los asuntos étnicos en el Distrito Capital, en materia de evaluación, seguimiento de las políticas públicas orientadas a la promoción, reconocimiento, garantía de los derechos individuales y colectivos; así como a la protección de la identidad cultural de los pueblos étnicos residentes en el Distrito Capital.³⁸

Las comunidades negras y afrocolombianas establecen una relación amena con los otros grupos étnicos, manteniendo un respeto desde la interculturalidad, particularidades y diferencias de cada persona, ya que se tiene claro que cada ser humano tiene usos y costumbres de acuerdo al territorio de origen independientemente que pertenezca al mismo grupo étnico. Estas comunidades tienen unas características que los define como unas personas respetuosas, solidarios, amables, serviciales, regidos a sus principios religiosos, y tienen buena empatía entre ellos como grupos étnicos, estableciendo una comunicación asertiva.

La población afrocolombiana está en luchas constantes en contra de la desigualdad social, que les impide acceder a espacios necesarios como, una educación de calidad que les permita avanzar produciendo conocimientos. Esta situación aumenta el analfabetismo en la población negra, esta población es golpeada por la situación de, falta de dinero, la falta de oportunidades y la necesidad de trabajar para subsistir, son factores constantes que obligan a niñas, niños y jóvenes de esta población afrocolombiana a dejar de estudiar.

De igual manera, todas esas luchas constantes que han tenido que enfrentar las comunidades negras y afrocolombianas por preservar los territorios y su ancestralidad también está ligada a la

³⁸ <http://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/organizacion/organigrama-sdg/subdireccion-asuntos-etnicos>

importancia de que la comunidad se forme en unas instituciones educativas de calidad, donde la educación que se les brinde sea acorde al cumplimiento de los derechos de todo ser humano.

Educación.

Frente al tema de la educación los afrocolombianos se destacan entre todos los grupos étnico-raciales por tener las tasas más altas de analfabetismo, hombres, mujeres y todos los sexos: 1.59 %, 3.5 % y 2.43 % respectivamente. La alta tasa de analfabetismo para los afrocolombianos, sobre todo entre las mujeres, tiene que ver a modo de hipótesis con los recientes flujos migratorios de población negra llegados a Bogotá, desplazada por el conflicto armado desde áreas rurales de concentración histórica de la población afrodescendiente³⁹ (Costa Pacífica, Costa Caribe, norte del Cauca).

La Docente afro Manuela Murillo Copete, refiere que “estudiante afro en la ciudad de Bogotá ha sufrido el estigma de la discriminación, porque no se fijan en los saberes y en la capacidad intelectual que posee, además que en la mayoría de planteles educativos por no decir en todos nuestros estudiantes afro solo son reconocidos por sus cualidades y habilidades artísticas que bien sabemos han sido transmitidas de generación en generación para no perder las raíces y enseñanza afro siendo esta su propia identidad y usándola como defensa contra el racismo”.

El racismo sigue latente en la ciudad por los antecedentes históricos y falta de etnoeducación a la comunidad bogotana, resaltando el hecho de que el estudiante afro se le limitan las oportunidades al acceso a la educación superior, beneficios de gobierno, créditos estudiantiles, siendo el transporte uno de los factores que imposibilitan la formación del estudiante afro en comparación a los estudiantes de otras etnias.

Lo anterior refleja la situación que presenta la población afrocolombiana, ya que por sus constantes desplazamientos debido al conflicto armado que se presentan en zonas rurales y urbanas en las regiones Pacífico y Cauca, dejan a las familias en condiciones de vulnerabilidad donde la situación socioeconómica no es la mejor y se les dificulta acceder a una educación de calidad.

La situación socioeconómica de los hogares de estas poblaciones desplazadas en condiciones de vulnerabilidad, afecta la educación de niñas, niños y jóvenes, ya que en momentos la alimentación no es la mejor o en algunos casos no hay, así que no pueden asistir a clases. Como lo manifiesta una persona en el relato de la investigación “igualdad para un mejor vivir” “de manera que la falta de alimentación para los menores de edad en esta población aumenta la deserción escolar, sumado a la estigmatización racial en colegios y universidades, llevando así a un alto índice de analfabetismo, esto es debido a que no se cuentan con las condiciones dignas para subsistir”. El no contar con las necesidades básicas de todo ser humano, los obliga a abandonar las aulas de clase, para dedicarse a trabajar y poder ayudar a sus madres y padres con los gastos de la casa.

Las condiciones inhumanas en las que viven algunas comunidades negras debido a la falta de empleo, informalidad o a sueldos tan bajos para sostener familias numerosas y enviar dinero a

³⁹ Urrea Fernando, Viáfara Carlos, Igualdad para un buen y mejor vivir, Colección: Ciencias Sociales Primera Edición, Cali, Colombia, marzo 2016, fecha de búsqueda 15 de julio de 2020.

la familia de origen hace que estas familias deban vivir en lugares con fuerte problemática social que termina maximizando sus problemas de base, careciendo de los recursos mínimos y viviendo con las más altas limitaciones.

2.2 Dinámicas culturales.

Las comunidades negras y afrocolombianas siguen realizando sus prácticas tradicionales, comúnmente son llamadas medicina popular, es una práctica que los individuos han venido ejerciendo, en muchos lugares y en diferentes culturas, en las cuales aún se mantienen vivas. Ciertamente la medicina tradicional es la forma que tiene la población negra y afrocolombiana para tratar las enfermedades que se presentan en la sociedad, en este sentido los sabedores practican la medicina de una manera mágico - religiosa, en donde su proceso de cura es una mezcla de saberes, plantas, partes de animales y minerales que influyen en beneficio del ser humano, prácticas que son consideradas como un legado ancestral que viene de generación en generación para la conservación de éstas.

Geertz,⁴⁰ manifiesta que, “sin hombre no hay cultura... y sin cultura no hay hombre”. Por lo anterior, la cultura y los seres humanos se complementan mutuamente, ya que las comunidades necesitan de una cultura que identifique sus orígenes, siendo esta de algún modo la que permite que los seres humanos desarrollen habilidades propias del contexto al que pertenecen. La población afrocolombiana, considera que la cultura les ha permitido desarrollar habilidades para su beneficio personal y el de sus comunidades.

El abordaje de la cultura cobrará importancia como elemento que permite comprender las tradiciones culturales, el entramado de saberes, creencias y costumbres que tiene la población; tomando vida de acuerdo con el contexto sociocultural al que pertenezcan, así como las relaciones e interacciones con los otros; es el caso de las plantas medicinales, las cuales cobran importancia en la medida en que se convierte en una construcción social que permite que los sujetos se apropien y hagan uso del territorio, realizando diferentes prácticas establecidas, donde lo simbólico ocupa un rol importante para su misma construcción.

“Prácticas son todas aquellas acciones que se realizan en pro de la cultura, de la población negra y afrodescendientes, por medio del uso de la naturaleza y espiritualidad, donde se plasma nuestro conocimiento utilizándolo para tratar distintos problemas de la salud en las poblaciones”⁴¹

Las comunidades negras y afrocolombianas tienen expresiones culturales propias: música, danzas, instrumentos, gastronomía, cantos, alabaos, bailes, bebidas, trajes típicos y peinados típicos. Estas comunidades, conservan una identidad propia, que fue obtenida como resultado de mezclas de cultura, la gran mayoría de estas comunidades están ubicados en estos territorios como la región del pacífico, Choco, Tumaco, Cauca, valle, Nariño, entre otros territorios, no se

40 Geertz, C. Interpretación de las culturas. Editorial Gedisa. (1973). Disponible en: <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1973-la-interpretacion-de-las-culturas.pdf>

41 Entrevistados # 1, enfermera kilombo Engativá, 2, partera kilombo Engativá, 3, sabedor kilombo Engativá 4, enfermero kilombo Usaquéen Chapinero y 5, sabedor kilombo Usaquéen Chapinero. 2020

Menciona zona del Caribe ya que algunos de ese territorio no se consideran ni afrocolombianos ni negros, que por su riqueza natural y la relación que establecen con el medio les permite vivir a plenitud, disfrutar y expresar libremente sus tradiciones, a través de manifestaciones que caracterizan su personalidad con rasgos que combinan de manera armoniosa, comportamientos que evocan conjuntamente sus raíces africanas, europeas y caribeñas.

Las comunidades negras y afrocolombianas asentada en Bogotá por medio del **Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC)** realizan de manera anual los Premio Benkos Biohó, en donde se reconocen a Mujeres y hombres que trabajan por el fortalecimiento de la población afro en Bogotá, a través de procesos y colectivos organizativos; dicho espacio permite valorar las historias de lucha, resistencia, que cuentan lo que ha venido pasando en las regiones y su impacto en Bogotá, un escenario que de la mano entre la administración distrital y las organizaciones sociales vienen derribando las barreras de la discriminación racial.

De igual manera, se conmemora el Día Nacional de la Afrocolombianidad anualmente desde el 21 de mayo de 2002, obedeciendo a la Ley 725 de 2001, la cual estableció este día como homenaje a esta etnia y se celebra el 168 aniversario de la abolición de la esclavitud en Colombia cuando el 21 de mayo de 1851 el gobierno de José Hilario López decretó el fin de la esclavitud. Esta efeméride tiene como objetivo rechazar el racismo y aceptar a todas las personas sea cual sea el color de su piel y hacer a todos partícipes de la sociedad respetando los derechos.

Figura 3. Imagen representativa de la Día de la Afrocolombianidad.



Fuente: RTVC Sistema de medios públicos. Tomado de internet [https://s3.amazonaws.com/rtvc-assets-qa-sistemasenalcolombia.gov.co/noticias/afrocolombianidad_1.jpg]. Consultado 25-12-2020

De la misma manera, se cuenta en la ciudad de Bogotá con la Casa Afro, la cual se encuentra ubicada en la carrera 5 # 26 – 52, espacio en el cual se brinda servicios de asesoría psicológica, jurídica, gestión sectorial e intersectorial a la población afrodescendiente, para así dar apoyo a los proyectos y talleres locales que brinde a esta población un reconocimiento de sus derechos.

La ancestralidad, entendida como el conocimiento y su relación sobre y con la naturaleza, la espiritualidad, la religión y la religiosidad, las prácticas botánicas y su poder curativo, la concepción de la vida y de la muerte. La espiritualidad en las comunidades negras y afrocolombianas se fundamenta en religiones relacionadas entre sí, que tienen raíces de África, que desarrollaban los esclavizados.

Es importante reconocer que existe una espiritualidad propia. Las comunidades negras y Afrocolombianas en su mayoría son bautizados como católico, pero hay unas expresiones de raíces africanas, dándole paso al sincretismo ancestral.

Entre los elementos comunes de este sincretismo religioso, se encuentran el respeto, la fe y la creencia que se le tiene a los ancestros o a un panteón de espíritus divinos, como el Vudú haitiano o los Orishas, hay otras religiones derivadas de estas como (la religión de los yorubas o los Kongo). Es a los ancestros que se les pide permiso y se les consulta para poder realizar los procesos curativos ancestrales^{43 44}

NOIR3000|NUK STUDIOS PRESENTS... YORUBA AFRICAN ORISHAS

42 Entrevistado # 3, sabedor del Kilombo Engativá. 2020
43 Kilombo Engativá. Sabor proviene de Apartado Urabá. Luis Armando Viveros
44 Es la Magia mejor conocida por mantener la Balanza del bien
45 Orichas de la religión yoruba

La muerte y la relación con los espíritus.

“La muerte es un estado y condición donde todos vamos a pasar por ahí, se hace una despedida ya que desde nuestras creencias con esos rituales se permite que la persona reciba una atención, es una ceremonia fúnebre, con cantos y bailes tradicionales”.⁴⁶

Al hablar de ritual mortuario se habla desde tres términos claves, velorio, entierro y novenas, evidenciando este acto como una celebración de vida, donde se realiza acompañamiento de familiares y amigos, la muerte está ligada al conocimiento comunitario más que al sentido propio y está relacionada a la existencia de una vida más allá del alcance humano.

Encontramos, y es más claro en el pacífico colombiano, que el santo patrono se viene a convertir como si fuera el ancestro de la comunidad, es decir, una personificación de alguien que nos proporciona unidad y dignidad. Por eso, encontramos que la gente viene a Bogotá, va a Cali, a Medellín, pero tiene siempre la referencia de identidad en sus santos.

En estos rituales fúnebres están presentes las cantaoras, el viche como bebida ancestral para darles a los acompañantes y las rezanderas, que son las que dirigen los alabaos para despedir a ese ser querido. La tumba tradicionalmente se realiza en casa del fallecido o de algún familiar o amigo que decida prestarla, se organiza de acuerdo a como se desee para el velorio, después del entierro se realizan unas novenas, que son rezos por durante 6 días consecutivos, al séptimo día de la muerte de la persona se realiza la última noche que es como otro velorio pero sin el cadáver, esto para despedir por completo el alma de ese ser querido, la relación que las comunidades negras y afrocolombianas tienen con la muerte en todas sus expresiones y/o manifestaciones ancestrales permite que el espíritu vaya a descansar. Al cumplirse un año de la muerte de ese ser querido se le realiza un cabo de año, que es el mismo ritual que se utiliza para última noche.

Los *chigualos* o *gualí*, son rituales fúnebres que se le hacen a los menores de siete años que hayan fallecido, de acuerdo con las tradiciones ancestrales son considerados ángeles, de manera que su velorio o despedida se hace en forma de baile tradicional con los instrumentos de la región pacífica, como acto de alegría por ese angelito que se va a encontrar con Dios, se canta y se baila con el ataúd.

“Adiós que me voy a dios, me voy para no volver. Adiós que me voy adiós me voy para no volver. Hay la muerte cuando nos llega, no escoge cara ni a quién.

Hay nos va llevando a toditos, nos lleva para no volver. Hay hermano hay mi hermanito, hay me voy para no volver. Hay hermano hay mi hermanito, hay me voy para no volver. Hay la muerte cuando nos llega, no escoge cara ni a quién.

Hay nos va llevando a toditos, nos lleva para no volver. Hay mi padre y hay mi madre, hay me voy para no volver. Hay mi padre y hay mi madre, hay me voy para no volver”.⁴⁷

Este alabado es la despedida de un ser querido que ha partido de este mundo.

⁴⁶ Felipe Santiago Pérez Erazo, docente licenciado en ciencias sociales

⁴⁷ Nely, sabedora y partera ancestral del Kilombo Yuma

Figura 5. Ritual chigualo Tumbas arregladas para velorios, última noche o cabo de año en el Pacífico



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. Tomado de internet [<http://www.cali.gov.co/cultura/info/principal/media/img5245>]. Consultado 20-11-2020

Casa típica.

Las viviendas de las comunidades negras y afrocolombianas, constituye un elemento cultural que hace parte sustancial de la identidad regional y su estructura hace parte de otro de los componentes de la cultura, estas casas son palafíticas o sea construidas en madera y sobre palmas de chonta, que es un palo resistente al agua, evitando así el deterioro de la vivienda de manera inmediata, son casas que generalmente las hacen altas, para evitar inundaciones cuando el río crece o sube la marea, además debajo de ellas guardan las canoas o potrillos que están en construcción y canaletes, estas casas cuentan con balcones adornados y barandas, que les permite saludar a los vecinos desde ahí, les colocan canoeras para recoger agua lluvia, para el uso racional y abastecimiento en tiempos de sequía; la cocina es construida detrás de las viviendas, los sanitarios se construyen unos metros alejados de la casa para evitar contaminación con los alimentos y personas.

En la figura 6, se puede evidenciar unas casas palafíticas a la orilla del río, ya que estas son comunes en los corregimientos de la región pacífica y en el cauca. En la otra imagen se evidencia la altura de las viviendas y su material, palma de chonta y madera en general.

Dentro de sus actividades están, cortar madera para la construcción de sus viviendas, la construcción de canoas o potrillos, lanchas de carga de mercancías de alimentos y embarcaciones para luego ir de pesca, pescado que lo utilizan para el sustento de sus familias y para comercializarlo.

Figura 6. Casas palafíticas, propias de las comunidades Negras y Afrocolombianas.



Fuente: Buenaventura en línea. Tomado de internet [<https://buenaventuraenlinea.com/wp-content/uploads/2018/12/Tumaco-casas-de-palafito.jpg>]. Consultado 20-11-2020

Figura 7. Lanchas de carga, esta se encarga de comprar mercancía en los municipios o ciudades cercanos y abastecer a los negocios de los corregimientos.



Fuente: el país de cali. Tomado de internet [<https://www.elpais.com.co/valle/en-el-pacifico-colombiano-se-consume-pescado-importado.html>]. Consultado 20-11-2020

Música y danza.

La danza y la música del pacífico colombiano (currulao, chirimía), desde el proceso de la esclavitud es tenida en cuenta como una expresión de libertad, en la cual las personas expresan alegrías y emociones por medio de la música y el baile, para las comunidades negras y afrocolombianas estas expresiones los conecta con la tierra y las raíces, es similar a un ritual en el que no solo se está danzando, sino que se está bailando, adorando o agradeciendo a los dioses por las bendiciones. En las comunidades negras y afrocolombianas las fiestas patronales son un elemento de fortalecimiento cultural, porque le dieron consistencia al pueblo, de ir asumiendo los elementos

del cristianismo, así mismo encontrando elementos para camuflar lo propio, y los santos patronos se convirtieron como en ese puente de lo que se había vivido en los diferentes lugares de África, como es la tradición al antepasado.

La danza afrocolombiana se compone de unas características, como los trajes autóctonos, el sombrero, pañuelo, los instrumentos, el coqueteo en sus danzas, el respeto mutuo, el zapateo de los hombres con la intención de seducir a la mujer y que acepte bailar con él. Entre las danzas tenemos currulao, el patacoré, el berejú, la juga, el maquerute, el aguabajo, la danza, la contradanza, la jota, bambuco viejo, abozao y el bunde.⁴⁸

Figura 8. Currulao danza representativa de las comunidades negras y afrocolombianas Instrumentos representativos.



Fuente: Grupo folclórico de danza Terpsícore. Tomado de internet. [https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fwww.youtube.com%2Fwatch%3Fv%3DD1zISePldNM&psig=AOvVaw1X98EkWVCxFewAtXdAYB_z&ust=1609896299507000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCJj40Z3Rg-4CFQAAAAAdAAAAABAD]. Consultado 20-11-2020

2.3 Dinámicas ambientales.

Plantas medicinales ancestrales.

La madre naturaleza produce todo el conocimiento y las plantas para que nos cuidemos, seamos fuertes y compartamos los saberes ancestrales. En las comunidades negras y afrocolombianas existe una relación con las plantas medicinas, ya que esta es milenaria, sus poderes curativos y preventivos ha ayudado a estas comunidades por generaciones a prevenir cualquier tipo de

⁴⁸ Abozao danza de las comunidades negras y afrocolombianas

enfermedad y a curarse de algún mal que presenten, así mismo se tiene un respeto a la madre tierra por la naturaleza y sus beneficios que posee.

Estas plantas medicinales generalmente las mujeres del pacífico colombiano en sus azoteas, en los alrededores y detrás de las casas siembran plantas medicinales para preservar la tradición histórica de la medicina ancestral, estas plantas sirven para curar muchas enfermedades como: **mal de ojo, espanto, empacho, partería, descujo, la matriz caída, matriz afuera, picadura de culebras, rebote de lombriz, reumas, cáncer, tumor, gripe, mal aire, pasmo, irregularidad en la menstruación etc.**

Las mujeres de las comunidades negras y afrocolombianas también realizan unas prácticas que se ha venido ejecutando desde mucho tiempo y es el cultivo del pan coger en las azoteas, donde generalmente son potrillos o canoas viejas, que las utilizan como materas para sembrar sus semillas de, cebollín, tomate, frijol, cilantro, albahaca, tomillo, orégano, limoncillo, entre otros.

Figura 9. Mujeres cultivando en azoteas el pan coger, cebolla, mujeres cultivando en las azoteas las plantas medicinales, tomate, hierba de cocina etc.



Fuente: Fotografía de Angele Etundi. Semana Rural. Tomado de internet. [<https://s3.amazonaws.com/elcomun/imagenes/1526493454.jpg>]. Consultado 15-11-2020

A continuación, se presentará el listado de algunas plantas medicinales tradicionales, sus usos populares y sus nombres.

Tabla 4. Plantas medicinales que utilizan las comunidades Negras y Afrocolombianas.

Nombre local	Nombre común	Uso	Clasificación local	Preparación
	Pipilongo/ Cordoncillo	Sacar frío Afrodisíaca	Planta caliente	Vaho. Se machaca y mezcla con otras hierbas y con agua caliente. (para la mujer en dieta)
	Caléndula	Antiinflamatoria de la matriz; para regular periodo, para lavarse heridas; para la sinusitis	Planta caliente	En infusión. Se toma y se hace vaho (matriz) No se puede tomar mucho porque acorta la vista. Se usan las flores y la hoja.
	Anamú	Para la sinusitis; migraña y Dolores reumáticos Para sacar el frío	Planta caliente	Se agrega a alcohol o aguardiente (dolores reumáticos) Se mezcla albaca y barejón y se coce para baños calientes de la mujer en dieta
	Hierva de chivo	Para la diarrea y para sacar mal aire del cuerpo.	Planta fresca	Se macera o se coce y se toma. Se amasa para hacer sobijos y se le pega a la persona con la hierba, así se saca el mal aire
	Santa maría	Para la disípela	Planta fresca	Se coloca a cocinar y cuando este tibio se hace un empasto en el pie de la persona o en la parte del cuerpo que tenga la disípela.

Nombre local	Nombre común	Uso	Clasificación local	Preparación
	Cidrón	Para los nervios y el corazón	Planta caliente	En infusión
	Hierbabuena	Para el daño de estómago y la fortalecer la memoria.	Planta caliente	En infusión
	Llantén	Para la bilis y limpiar el hígado	Planta fresca	Se macera, se mezcla con agua y se toma
	Limoncillo	Para la gripa, calmar los nervios y para la agua de panela, remplace a la canela.	Planta caliente	En infusión con agua de panela.
	Poleo	Para la gripa, tos	Planta caliente	Se hierve leche y se le echa poleo (gripa) En infusión con agua (tos).
	Verdolaga	Parásitos	Planta caliente	Se macera, se mezcla con agua y se le da al niño.

Nombre local	Nombre común	Uso	Clasificación local	Preparación
	Sábila	Para la suerte (evitar que le echen males) Para la gripa - tos	Planta fresca	Se cuelga detrás de la puerta de la casa. Se utiliza es el cristal. Cruda se mezcla con el jugo espeso de una fruta dulce y se toma
	Albahaca morada	Para la suerte (en baños), y los nervios	Planta fresca	Se mezcla con agua caliente y se echa en el cuerpo. En infusión
	Eucalipto	Para la gripe, las defensas y prevenir el covi-19 (mezclada con pino)	Planta caliente	Se agregan ambas al viche y se deja fermentar. Luego se toma de a poco, en pequeñas cantidades.
	Canela	Saca el frío del cuerpo; fortalece el vientre de la mujer Para la fertilidad y aumentar la libido	Planta caliente	Todas estas se ponen a fermentar en aguardiente para la preparación de la curada
	Ruda de páramo	Saca el frío del cuerpo; fortalece el vientre de la mujer; para sobar la barriga a la embarazada Para la fertilidad y aumentar la libido	Planta caliente	
	Pepas de guásimo	Saca el frío del cuerpo; fortalece el vientre de la mujer Para la fertilidad y aumentar la libido	Planta caliente	

Nombre local	Nombre común	Uso	Clasificación local	Preparación
	Pepas de café	Para ayudar al trabajo de parto de la mujer embarazada	Planta caliente	
	Pepa de aguacate	Para ayudar al trabajo de parto de la mujer embarazada	Planta fresca	
	Altamisa	Para dar fuerza a la mujer para parir	No reporta	Se prepara en zumo y se mezcla con aguardiente; o melao de azúcar con vino blanco. Se utiliza las hojas.
	Pepas de café	Para ayudar al trabajo de parto de la mujer embarazada	Planta caliente	Todas éstas se mezclan en infusión para preparar una bebida que ayuda a la parturienta en su alumbramiento
	Pepa de aguacate	Para ayudar al trabajo de parto de la mujer embarazada	Planta fresca	
	Altamisa	Para dar fuerza a la mujer para parir	No reporta	Se prepara en zumo y se mezcla con aguardiente; o melao de azúcar con vino blanco. Se utiliza las hojas.

Fuente: Elaboración propia, 2020. Equipo ASIS Diferencial

La medicina ancestral cobra importancia ya que con ella se previenen y curan la mayor parte de las enfermedades de la población; dichas prácticas pueden desarrollarse por parte de los sabedores o de la población en general dada la transmisión de saberes generacionales. Las poblaciones han atravesado por una lucha incansable para el reconocimiento de la medicina ancestral y su participación en la medicina occidental mediante las prácticas ancestrales y la partería.⁴⁹

En relación con la atención en salud, desde la medicina occidental no se ha logrado identificar ni incluir el enfoque diferencial, especialmente en lo relacionado al concepto del cuerpo de la mujer negra y afrocolombiana, desconociéndose por parte de los occidentales.

Todo lo antes mencionado permite conocer las opiniones, percepciones, razones e importancias que cada sabedor o practicante de la salud ancestral les da a las prácticas tradicionales en salud que realiza, de esta manera se lograron comprender las dinámicas culturales que se entretienen en las poblaciones negras y afrocolombianas, cuando de prácticas tradicionales en salud se trata. Así mismo, cobra sentido el hecho de que cada una de las personas que ejercen la labor de curar o prevenir estas enfermedades son de gran ayuda y le aportan a la construcción y consolidación del territorio, así pues, se da a conocer que gracias a la medicina tradicional la población logra solventar muchas de las patologías que se presentan.

Por otra parte, se puede evidenciar que así haya centros de salud, la población negra y afrocolombiana recurre a la atención ancestral, debido a que confían más en esos saberes de medicina tradicional que en la medicina occidental, no desconociendo su importancia.

“Yo casi no voy a medico porque confié mucho en mis saberes ancestrales yo sé que son muy efectivos, aunque respeto mucho la salud occidental y cuando hay enfermedades que no manejo me dirijo al médico”⁵⁰

La deficiencia en la cobertura de los centros de salud, ha ocasionado que la población negra y afrocolombiana se sienta desprotegido, debido a esto, se necesita posicionar y tener más en cuenta las prácticas tradicionales de salud, que desde su empirismo logra suplir las necesidades de los procesos de salud-enfermedad. A su mismo los practicantes de la salud ancestral manejan una espiritualidad de creencia en los saberes que tienen, ya que, para prevenir, curar y hasta para coger una planta primero le piden permiso a Dios con oraciones o secretos, en ese sentido el proceso que vayan a realizar tendrá un mejor resultado y rapidez.

“yo antes de utilizar unas plantas hago mi oración personal, mi limpieza espiritual para después coger las plantas, y poder realizar las prácticas”.⁵¹

“Los rezos sirven para que la persona se cure más rápido, sin el rezo se puede demorar más para curar”.⁵²

49 Entrevistado # 3, sabedor del Kilombo Engativá. 2020

50 Kilombo Engativá. Partera proviene de Tumaco

51 Kilombo Engativá. Partera proviene de Tumaco

52 Kilombo Engativá. Sabedor proviene de Apartado Uraba

Todo esto conlleva a la permanencia en el tiempo de un arraigo cultural que ha coexistido en los pueblos y en la población negra afrocolombiana, que reafirman la relación existente entre los individuos y su entorno natural, ya que cada uno de estos saberes hace uso de recursos e insumos naturales como plantas, hierbas, agua y lo más importante la conexión espiritual hombre- naturaleza.

Por lo anterior, se establecieron realizar preguntas orientadoras, de acuerdo con las categorías identificadas; posteriormente, se realiza el diligenciamiento de la matriz de recolección de la información (Ver **Anexo 4_Matriz Recolección Información**).

Salud.

Las comunidades negras y afrodescendientes tienen una manera particular de comprender la salud y la enfermedad, que se relacionan con la concepción que se tiene del cuerpo, de la mente y del espíritu y también de la relación de estos tres elementos con el entorno. Desde múltiples y diversas tradiciones, que en ocasiones se combinaron a partir del sincretismo como estrategia de supervivencia o que se reinterpretaron a partir de la relación con el territorio, las mujeres y los hombres negros que migraron a Bogotá retomaron estos saberes como una manera de reivindicar su cultura, pero, también, de dar soluciones prácticas a las necesidades de las comunidades a las que pertenecían.

Los kilombos, que quiere decir concentración de gente, son una expresión de la experiencia de lucha por el reconocimiento de las comunidades negras y afrocolombianas en la ciudad de Bogotá. Hacen parte de las acciones afirmativas que las comunidades lograron concretar a partir de la reivindicación de su derecho al reconocimiento como sujetos activos en la construcción de una ciudadanía más democrática e incluyente. Están amparado en la política pública de reconocimiento de la diversidad cultural de la ciudad en el Decreto 151 de 2008 y rectificadas en el Decreto 507 del 2017, Plan integral de Acciones Afirmativas 2017.

Son espacios de fortalecimiento a la identidad cultural, fortalecimiento al ser afrocolombiano, negro son espacios de aprendizaje, de relacionarnos entre nosotros y los otros, de sanación espiritual, del cuerpo y espíritu de las comunidades afrocolombianas/negras, son espacios del andén del pacífico en Bogotá y trabajamos por ello. En cuanto al lugar de procedencia se orienta el desarrollo de las actividades espirituales, unos se especializaron en chirimioterapia, otro en danza terapia, musicoterapia, en aromaterapia, rituales, escuelas de saberes de niñas y niños, con los ancestros orishas, agricultura desde las azoteas, siembra de algunas plantas necesarias que se cultivan en el territorio. Los kilombos fueron y seguirán siendo una oportunidad de posicionar nuestro conocimiento y practicar nuestra ancestralidad, en la ciudad de Bogotá de cara a los territorios. Actualmente en Bogotá se cuenta con diez Kilombos distribuidos en las localidades de Engativá y Suba, Usaquén y Chapinero, Los Mártires, San Cristóbal, La Candelaria y Teusaquillo, siendo esta una estrategia de abordaje diferencial a las familias afrodescendientes desde el espacio vivienda que busca reducir brechas de atención en salud que puedan existir en esta comunidad, así como el rescate y mantenimiento de la medicina ancestral.

Históricamente, las parteras han sido una opción para atender los alumbramientos en lugares de difícil acceso de los servicios de salud, y el Pacífico colombiano tiene muchos sitios donde todavía estos se prestan esporádicamente en barcos-hospitales o misiones aéreas. Estas prácticas se han trasladado a la ciudad y es el caso de la ciudad de Bogotá donde por múltiples razones se cuenta con este servicio bien se desde los kilombos distritales o autónomos. La información que parteras y parteros aporten al sistema de salud podrá contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal, en la determinación de factores de riesgo durante la etapa de gestación, parto y puerperio para permitirle a la materna el ingreso a los programas tradicionales e institucionales. La labor de la partería es una tradición que pervive en la cultura de muchos pueblos de todo el mundo.

2.4 Dinámicas organizacionales.

Teniendo en cuenta la información suministrada por el Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData), en la ciudad de Bogotá se identifican aproximadamente 30 asociaciones afrocolombianas dentro de las cuales se encuentran: fundaciones, movimientos, escuelas, asociaciones, corporaciones y los centros de práctica de medicina ancestral. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Organizaciones Afrocolombianas. Bogotá 2020.

Asociaciones Afrocolombianas en Bogotá	Localidad	Actividad
Movimiento Comunitario de Alternativa Afrocolombiana - MAFROCOL	Tunjuelito	Social
Asociaciones		
Asociación Afro cultural Neftalí Mosquera - AFNEMO	Antonio Nariño	Cultural y Social
Asociación Afrodescendiente e Indígena - AFROLIP	Santa Fe	Cultural y Social
Asociación Cultural para el desarrollo Afrocolombiano - ACULDEAFRO	Barrios Unidos	Cultural y Social
Asociación Mutua para el desarrollo integral de la Afrocolombianidad y el Empresarismo	Santa Fe	Cultural y Social
Asociación Nacional de Estudiantes Afrocolombianos - ASNEA	La Candelaria	Cultural y Social
Asociación Semilleros de Libertad Kilombo Autónomo Niara Sharay	Bosa	Cultural y Social

Asociaciones Afrocolombianas en Bogotá	Localidad	Actividad
Asociación de Comunidades Inteligentes del Río Iró - ASOCOINIRO	Bosa	Cultural y Social
Corporaciones		
Corporación Madres en Acción Barrios Santos de la Quinta - COMABAQUINTA	Ciudad Bolívar	Social
Corporación sin Límites Afrocolombiana	Usme	Social
Corporación de Residencias Universitarias	La Candelaria	Social
Fundaciones		
Fundación Cimarrón	La Candelaria	Social
Fundación Cívica Social pro Municipio de Monguí	Bosa	Social
Fundación Etnias de Colombia	Fontibón	Social
Fundación Hilos de Ananse	Teusaquillo	Social
Organización de las Comunidades Afroclombianas la Piragua	La Candelaria	Social
Fundación Cultural Colombia Negra	Santa Fe	Social
Fundación de Víctimas Volver a Nacer	Suba	Social
Fundación para la Unidad Afrodiaspórica en las Américas	Chapinero	Social
Fundación para el Desarrollo y la Integración Afrocolombiana	Kennedy	Social
KILOMBOS - Centros de Medicina Ancestral		
Kilombo Seriema	Suba	Salud Ancestral
Kilombo Niara Sharay	Bosa	Salud Ancestral
Kilombo Girasol	Usme	Salud Ancestral

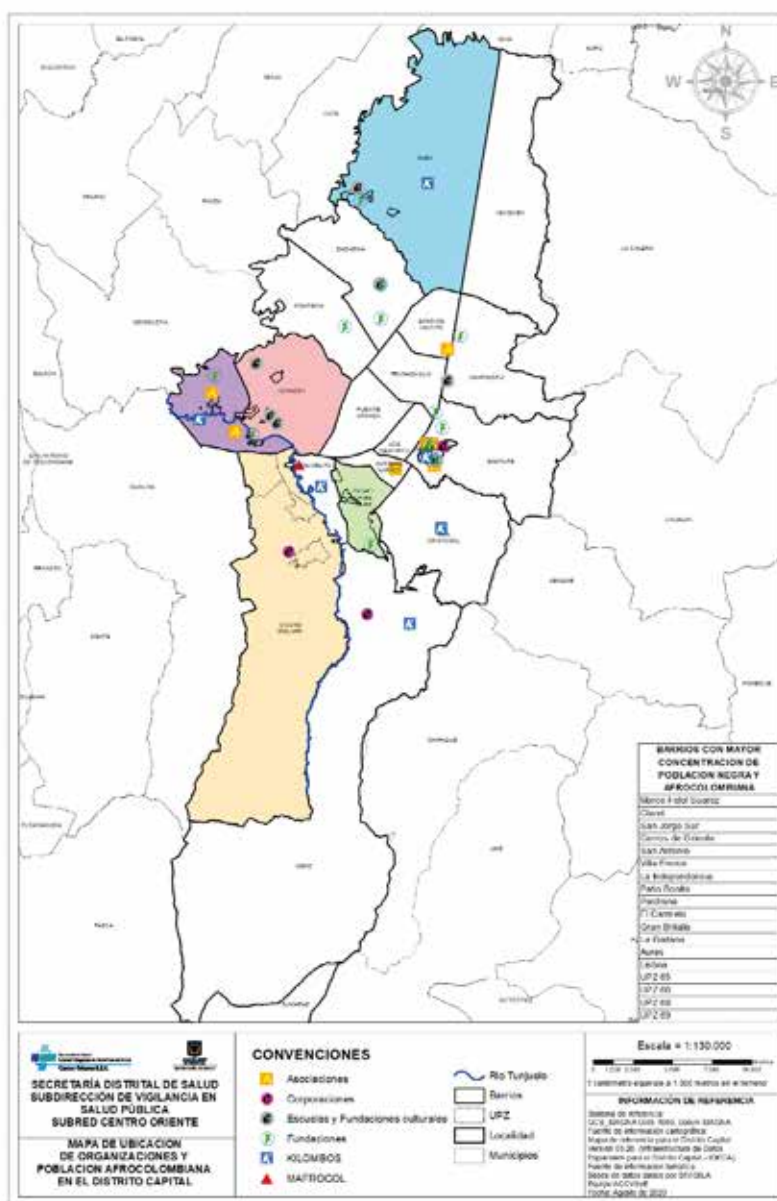
Asociaciones Afrocolombianas en Bogotá	Localidad	Actividad
Kilombo Yuma	San Cristóbal	Salud Ancestral
Kilombo Arony	La Candelaria	Salud Ancestral
Kilombo Rafael Uribe y Tunjuelito	Tunjuelito	Salud Ancestral
Fundación Renacer Afrocolombiana	Engativá	Salud Ancestral
Escuelas y Fundaciones		
Escuela de Formación Afro de Suba	Suba	Arte y Cultural
Fundación Arte y Cultura del Pacífico - FUNDARTE	Suba	Arte y Cultural
Fundación Artística y Social la Familia Ayara	Chapinero	Arte y Cultural
Fundación Colombianos Construyendo Triple Caminos (STRIPLEC)	Kennedy	Arte y Cultural
Fundación Colombianos Construyendo Caminos	Kennedy	Arte y Cultural
Fundación Cultural Afrocolombiana los Hijos de Abbatala	Kennedy	Arte y Cultural
Somos Afro Organización Cultural y Deportiva Afrocolombiana	Engativá	Arte y Cultural
Fundación Arte y Cultura del Pacífico	La Candelaria	Arte y Cultural

Fuente: Observatorio Salud-Data y elaboración propia año 2020.

Se debe tener en cuenta que en Bogotá existen diez kilombos distritales y también operan kilombos autónomos que son dirigidos por organizaciones no oficiales. Los kilombos distritales obedecen a un lineamiento dictado por la Secretaría Distrital de Salud, que está encaminado a la preservación de los saberes ancestrales de las comunidades negras y afrodescendientes que viven en la ciudad de Bogotá.

De acuerdo con la ubicación espacial, las organizaciones afrocolombianas se encuentran ubicadas en las diferentes localidades del Distrito de Bogotá concentrándose en las localidades de Suba, Bosa y Kennedy, se evidencia que la como mayor actividad hacia la población esta relacionadas con los temas sociales como emprendimiento, capacitaciones, apoyo comunitario, fortalecimiento de deberes y derechos y culturales relacionados con artes, practicas ancestrales, fortalecimiento y empoderamiento de la cultura, danzas. (Ver mapa 6)⁵³.

Mapa 6. Ubicación de organizaciones comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2020.



Fuente. Observatorio Salud Data y elaboración propia Subred Centro Oriente a partir Diálogo de Saberes. Asociaciones y territorialización. Bogotá DC. Año 2020

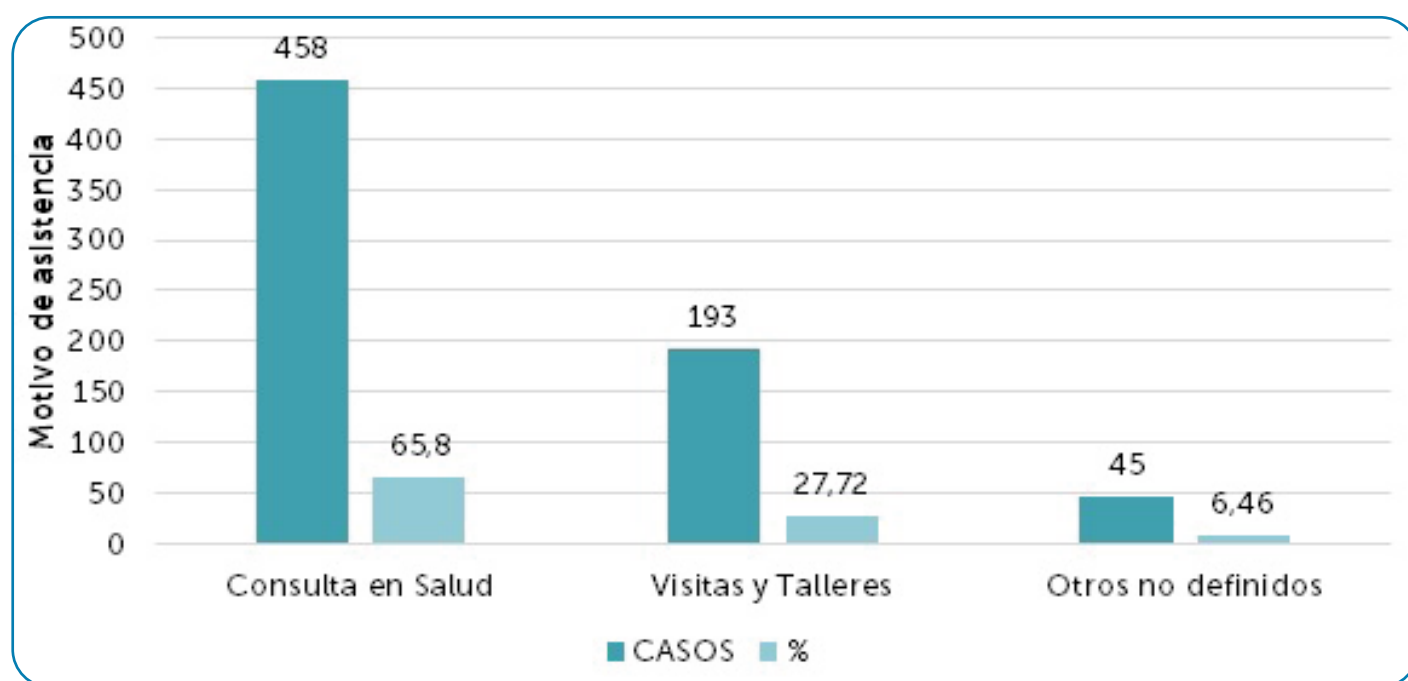
53 Mapa 6 Ubicación de organizaciones comunidades negras y afrocolombianas. Bogotá DC.2020

3. CAPÍTULO III. MORBI-MORTALIDAD

Revisión de fuentes propias.

Con base en la revisión de fuentes propias de las comunidades Negras y Afrocolombianas, se recibió como insumo de trabajo una base de datos de la asistencia a los Kilombos Baballua ye (localidad de Kennedy), Los Griots (localidad de San Cristóbal), Niara Sharay (localidad de Bosa), Razana (localidad de La Candelaria), Seriema (localidad de Suba), Yuma (localidad de Antonio Nariño). Esta base de datos tiene 696 registros y dan cuenta de las visitas que realizó miembros de las comunidades negras a cada uno de estos kilombos en todo el año 2016 bien sea solicitando un servicio de salud de carácter ancestral como por otro tipo de actividad como consultas y talleres programados por las autoridades afro de la localidad. (Ver Figura 9)

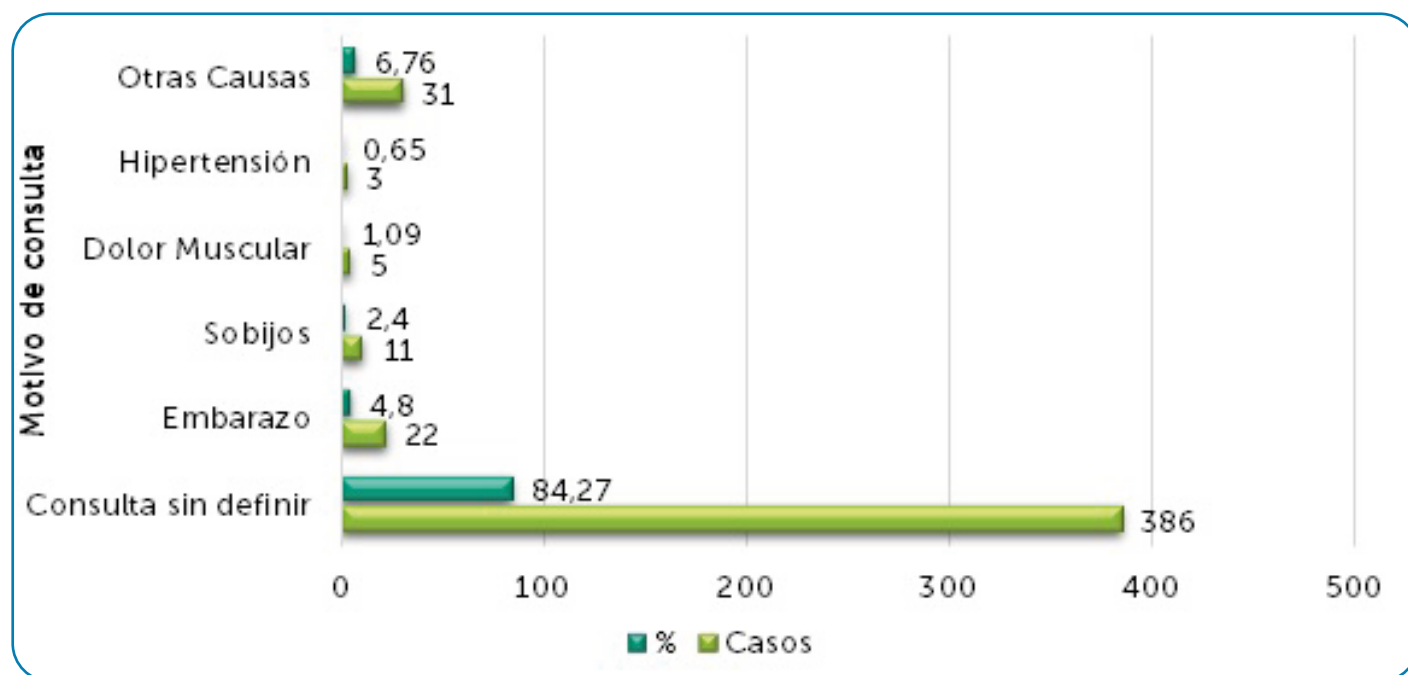
Figura 10. Motivo de asistencia a los kilombos de las Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Base de datos Kilombos 2016.

De acuerdo con la información suministrada en la base de datos sobre visitas a los kilombos del Distrito para el año 2016 (un total de 696 registros); se encontró que la principal causa fue la asistencia por algún motivo de salud 65,8 % (n: 458), seguida de visitas y talleres 27,72 % (n: 193) y otros motivos no definidos en el instrumento de captación de la información 6,46 % (n: 45). Los kilombos participantes Baballua ye (localidad de Kennedy), Los Griots (localidad de San Cristóbal), Niara Sharay (localidad de Bosa), Razana (La Candelaria), Seriema (localidad de Suba), Yuma (localidad de Antonio Nariño). Se encuentra además que no se cuenta con un instrumento igual para todos los kilombos para el registro de la información.

Figura 11. Motivo de consulta a los kilombos de las Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Año 2016.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Base de datos Kilombos 2016.

Frente al motivo de consulta en los kilombos participantes con la información del año 2016, se encontró que el principal es la consulta sin definir 84,27 % (n: 386) evidenciando el hecho de que los kilombos no contaban con un instrumento que organizara de forma clara los motivos de consulta ante el médico ancestral; seguido de consulta por causa de embarazo 4,8 % (n: 22); sobijos con un 2,4 % (n: 11); dolor muscular con un 1,09 % (n: 5); Hipertensión 0,65 % (n: 3) y otras causas 6,76 % (n: 31); sin embargo, en espacios de diálogo con los médicos ancestrales, parteras de los kilombos del Distrito y líderes de la comunidad afro y negra de Bogotá, son enfáticos en informar que los datos acá registrados no dan cuenta de la realidad que día a día se presenta en los kilombos del Distrito, pues para ellos los principales motivos de consulta son:

- » La hipertensión o la sangre sucia.
- » La zozobra o la angustia.
- » Mal de ojo.
- » Espanto.
- » Lombrices.
- » Reumas.
- » Tabardillo.
- » Asfixia o ahogo.
- » Sereno.

- » Desnutrición.
- » Enfermedad de matriz y ovarios.
- » Pasma.
- » Malestares de preñez.
- » Empacho.

Se encuentra entonces que, el 84,27 % de las consultas sin definir pueden ser cada una de las enfermedades que los sabedores mencionan anteriormente, pero como el instrumento utilizado para el registro de la información no contempla estas variables, esta información no queda descrita de una manera detallada; se observa además que no se contó con información del total de los diez kilombos que hacen presencia en el Distrito y que hubiese sido importante para este análisis.

Morbilidad – Mortalidad.

Con el fin de contribuir al conocimiento y difusión del perfil epidemiológico de la población local, es posible establecer la magnitud y transcendencia de los Registros Individuales de Prestación de Servicios - RIPS – y eventos de interés en salud pública, desde los procesos de salud – enfermedad leídos a partir de la morbilidad presente en el Distrito, y aquellos aspectos sociodemográficos identificados como factores asociados que favorecen la presencia de los mismos en el territorio y aportan al análisis de salud de las comunidades Negras y Afrocolombianas.

Así pues, la disponibilidad, confiabilidad y alcance de los indicadores analizados brindan la información deseada de los mismos, permitiendo no sólo a nivel Local, sino también Distrital, contar con una herramienta de comunicación masiva que posibilite la planeación sanitaria y toma de decisiones acordes a las dinámicas propias de la comunidad.

3.1 Morbilidad.

A fin de establecer el comportamiento de la morbilidad en la población objeto, a continuación se identifican los índices o tasas de morbilidad, los cuales se consideran datos estadísticos, útiles para entender los procesos de Salud – Enfermedades de las poblaciones, así como la evolución que en ellos se presenta; por tanto resulta importante conocer no sólo el comportamiento de ésta mediante los RIPS entendida como la **Morbilidad Atendida**; sino también a través de las bases propias de las comunidades Negra y Afrocolombianas, toda vez que la **Morbilidad Sentida** permite visualizar desde lo individual los problemas de salud más comunes, los cuales en ocasiones son atendidos desde la ancestralidad, situación que genera un subregistro del comportamiento de las causas de enfermedad en los sistemas de información.

3.1.1 Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS.

Así pues, a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), durante los años 2015 - 2019 y lo corrido del 2020 (cuando se entregaron las bases por parte de la Secretaría Distrital de Salud no se estableció fecha de corte para 2020), el Distrito reportó un total de 36.036 personas pertenecientes a las Comunidades Negras y Afrocolombianas; observándose una mayor prevalencia en la atención para las mujeres con el 65,2 % (n: 23.499); siendo la Consulta externa, el servicio de mayor demanda para la población con el 87,3 % (n: 31.453), seguido del servicio de Urgencias con el 11 % (n: 3.955) mientras que tan sólo el 1,7 % (n: 628) recibió atención por el servicio de hospitalización.

La Tabla 6 muestra que la oferta institucional se concentra en las localidades de Teusaquillo y Suba con el 8,9 % (n: 3.198) y 8,3 % (n: 3.006) respectivamente; llama la atención que en tercer lugar se ubican las atenciones que no cuentan con la variable diligenciada, motivo por el cual quedan registrados sin información, situación que dificulta la atención integral de la población y el seguimiento adecuado a casos priorizados desde la atención por los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social de Salud; cabe anotar que en el caso de la localidad La Candelaria, posiblemente la baja concentración de atenciones se deba a las características de la misma, así como a la infraestructura en salud instalada. Las concentraciones de atención varían frente a la concentración de permanencia/residencia de la población, posiblemente por oferta de servicios. Es importante tener en cuenta que los RIPS responden a ocurrencia, no a residencia.

Tabla 6. Distribución de la Atención de Salud por Localidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015 a 2019 y lo corrido del 2020.

Localidad de ocurrencia	Atenciones	%
Teusaquillo	3.198	8,9
Suba	3.006	8,3
Sin información	2.802	7,8
Antonio Nariño	2.789	7,7
Kennedy	2.786	7,7
Barrios Unidos	2.753	7,6
Usaquén	2.651	7,4
Chapinero	2.428	6,7
Rafael Uribe Uribe	2.071	5,7
Tunjuelito	2.026	5,6

Localidad de ocurrencia	Atenciones	%
Bosa	1.970	5,5
Ciudad Bolívar	1.657	4,6
Fontibón	1.456	4,0
San Cristóbal	1.199	3,3
Puente Aranda	1.151	3,2
Engativá	858	2,4
Los Mártires	507	1,4
Usme	460	1,3
Santa Fe	263	0,7
La Candelaria	5	0,01
Total	36.036	100

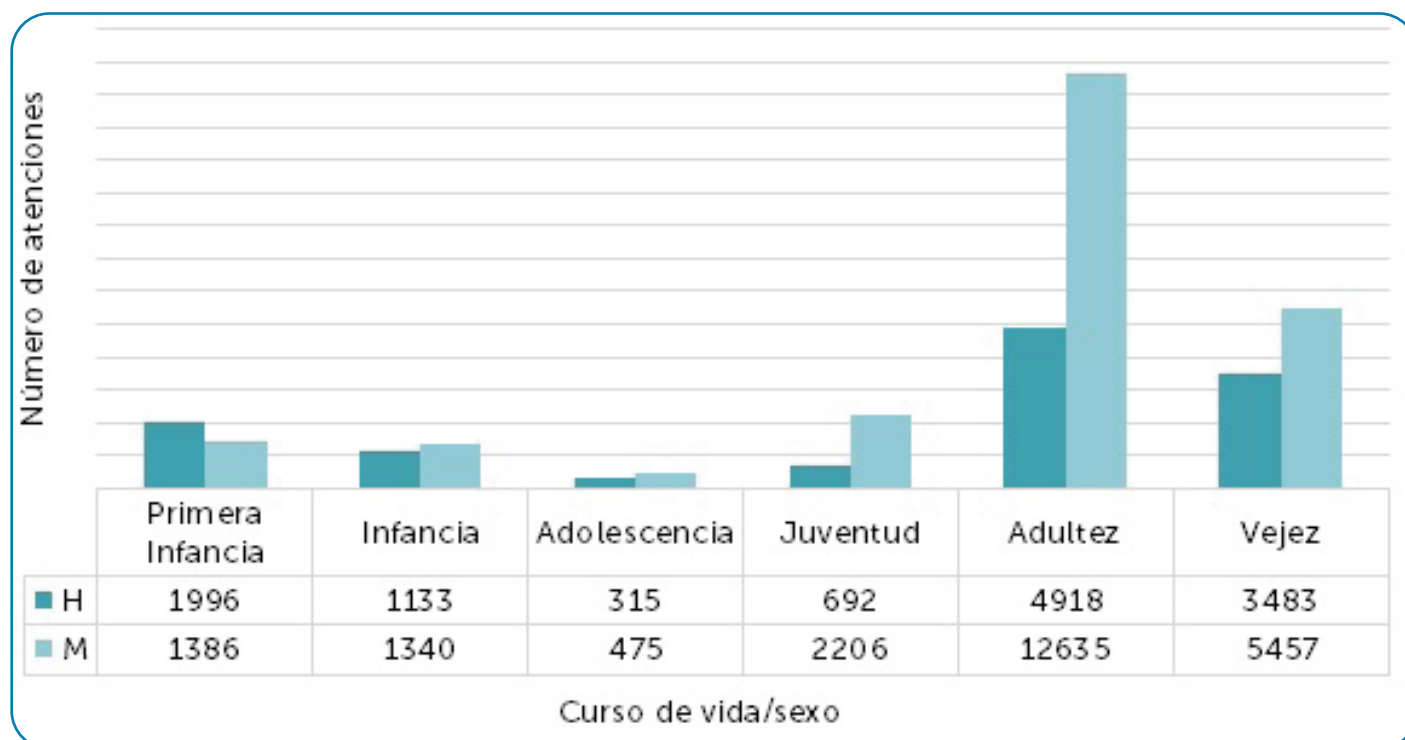
Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Bases RIPS. Años 2015 – 2019, y lo corrido del 2020

En relación con la atención por momento de curso de vida, es la población adulta quien concentra la oferta de servicios con el 48,7 % (n: 17.553), seguido de la vejez con el 24,8 % (n:8.940) y en menor prevalencia los adolescentes con el 2,2 % (n: 790); sin embargo, se observa que aun cuando la población femenina es la de mayor demanda de servicios presenta, para el caso de la población ubicada en el momento de curso de vida primera infancia, son los niños quienes más atenciones tuvieron durante el periodo tiempo analizado con el 59 % (n: 1.996). (Ver figura 11) lo anterior, corrobora la información registrada en el capítulo 1 donde se evidencia que en la población afro del Distrito son las mujeres la de mayor proporción con un 58,2 %, mientras los hombres son un 41,8 %. (Ver tabla 1).

Al revisar la prevalencia de las atenciones por grandes grupos de morbilidad, se pudo establecer que son los Síntomas, signos y afecciones mal definidas las que mayor prevalencia presentan con el 45,2 % (n: 16.302), situación que no permite esclarecer gran parte de las causas de la enfermedad de la población objeto, mostrando un subregistro y dificultades en la clasificación del diagnóstico.

La calidad de la información, dificulta el análisis de las condiciones de salud y enfermedad de la población y, consigo, el diseño de estrategias y acciones acordes a las necesidades particulares y orientadas a mejorar la situación de salud de las comunidades Negras y Afrocolombianas. (Ver tabla 7).

Figura 12. Atenciones en salud por momento de curso de vida Bogotá D. C. Años 2015 a 2019, y lo corrido del 2020.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Bases RIPS. Años 2015 – 2019, y lo corrido del 2020

En segundo lugar, se ubican las consultas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares con el 20,3 % (n: 7.305) y todas las demás enfermedades con el 17 % (n: 6.132) (Ver tabla 7).

Así, frente a las atenciones de salud registradas por los kilombos presentes en el territorio distrital, se observa que el 84,27 % (n: 386) de consultas no especifican motivo de consulta, lo cual relaciona como principal motivo de consultas los síntomas, signos y afecciones mal definidas;

Tabla 7. Distribución General de la Morbilidad por grandes causas según sexo y tipo de atención. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá DC. Años 2015 a 2019, y lo corrido del 2020.

Evento/momento de curso de vida		Sexo			Tipo de atención			
		H	M	Total	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Total
Afecciones originadas en periodo perinatal	Primera Infancia	20	33	53	37	5	11	53
	Infancia	0	0	0	0	0	0	0
	Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0
	Juventud	0	5	5	0	0	5	5
	Adulthood	0	3	3	3	0	0	3
	Vejez	0	0	0	0	0	0	0
	Total	20	41	61	40	5	16	61
Cáncer	Primera Infancia	83	24	107	85	14	8	107
	Infancia	25	40	65	61	1	3	65
	Adolescencia	6	6	12	12	0	0	12
	Juventud	14	35	49	43	2	4	49
	Adulthood	138	799	937	851	46	40	937
	Vejez	115	307	422	380	16	26	422
	Total	381	1.211	1.592	1.432	79	81	1.592
Causas Externas	Primera Infancia	3	3	6	5	0	1	6
	Infancia	10	15	25	21	0	4	25
	Adolescencia	4	4	8	4	1	3	8
	Juventud	12	45	57	47	0	10	57
	Adulthood	51	166	217	190	3	24	217
	Vejez	41	66	107	106	1	0	107
	Total	121	299	420	373	5	42	420
Enfermedades Cardiovasculares	Primera Infancia	2	3	5	2	0	3	5
	Infancia	100	188	288	277	7	4	288
	Adolescencia	3	3	6	6	0	0	6
	Juventud	26	34	60	47	3	10	60
	Adulthood	966	2.588	3.554	3.305	74	175	3.554
	Vejez	1.362	2.030	3.392	3.224	60	108	3.392
	Total	2.459	4.846	7.305	6.861	144	300	7.305

Evento/momento de curso de vida		Sexo			Tipo de atención			
		H	M	Total	Consulta	Hospitalización	Urgencias	Total
Enfermedades Transmisibles	Primera Infancia	519	316	835	449	29	357	835
	Infancia	234	179	413	282	15	116	413
	Adolescencia	38	46	84	67	1	16	84
	Juventud	162	273	435	332	2	101	435
	Adulthood	872	1.232	2.104	1.709	27	368	2.104
	Vejez	163	190	353	274	23	56	353
	Total	1.988	2.236	4.224	3.113	97	1.014	4.224
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	Primera Infancia	1.178	911	2.089	1.916	13	160	2.089
	Infancia	601	681	1.282	1.195	9	78	1.282
	Adolescencia	237	337	574	511	5	58	574
	Juventud	392	1.535	1.927	1.524	25	378	1.927
	Adulthood	1.987	5.611	7.598	6.643	85	870	7.598
	Vejez	1.131	1.701	2.832	2.496	42	294	2.832
	Total	5.526	10.776	16.302	14.285	179	1.838	16.302
Todas las demás enfermedades	Primera Infancia	191	96	287	166	9	112	287
	Infancia	163	237	400	344	12	44	400
	Adolescencia	27	79	106	84	7	15	106
	Juventud	86	279	365	261	3	101	365
	Adulthood	904	2.236	3.140	2.794	55	291	3.140
	Vejez	671	1.163	1.834	1.700	33	101	1.834
	Total	2.042	4.090	6.132	5.349	119	664	6.132
Total general		12.537	23.499	36.036	31.453	628	3.955	36.036

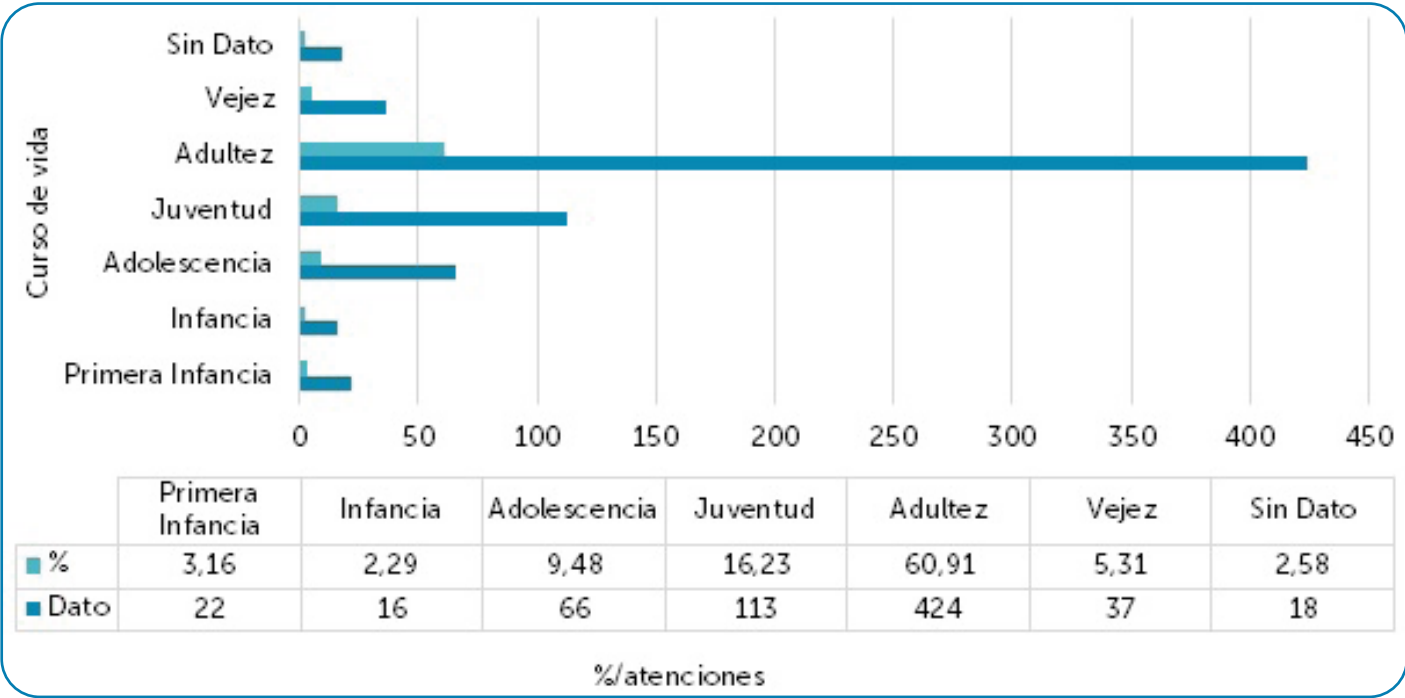
Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Bases RIPS. Años 2015 – 2019, y lo corrido del 2020

De acuerdo con lo anterior, se observa que dejando de lado los síntomas, signos y afecciones más definidas, que como se mencionó anteriormente es la principal causa de atenciones en la población, se observa en las poblaciones en momento de curso de vida Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud una mayor afección por las Enfermedades Transmisibles (se hace referencia a la agrupación establecida por la OMS en lista 6/67) con el 24,7 % (n: 835), 16,7 % (n: 413), 10,6 % (n:84) y 15 % (n: 435) respectivamente, de las cuales correspondientemente se atendieron en el servicio de Consulta externa a saber, el 53,8 % (n: 449), 68,3 % (n: 413), 79,8 % (n: 84) y 76,3 % (n: 435).

Por su parte, para los momentos de curso de vida adultez y vejez, las atenciones por enfermedades cardiovasculares presentan la mayor prevalencia con el 20,2 % (n: 3.554) y del 37,9 % (n: 3.392); mostrando un comportamiento similar al evidenciado en los ciclos vitales anteriores frente al servicio de mayor demanda, con el 93 % (n: 3.305) y del 95 % (n: 3.224) respectivamente para la Consulta externa.

Al realizar revisión con las atenciones en los kilombos, se observan que los adultos consultan con mayor frecuencia con el 60,91 % (n: 424). (Ver figura 12); lastimosamente no se puede identificar con claridad el motivo de la consulta, ya que en la base de datos suministrada no se deja claro el motivo para la mayoría de las atenciones que son realizadas por los médicos ancestrales.

Figura 13. Distribución Atenciones en kilombos. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de Base de datos Kilombos 2016.

3.1.2 Eventos de Vigilancia en Salud Pública.

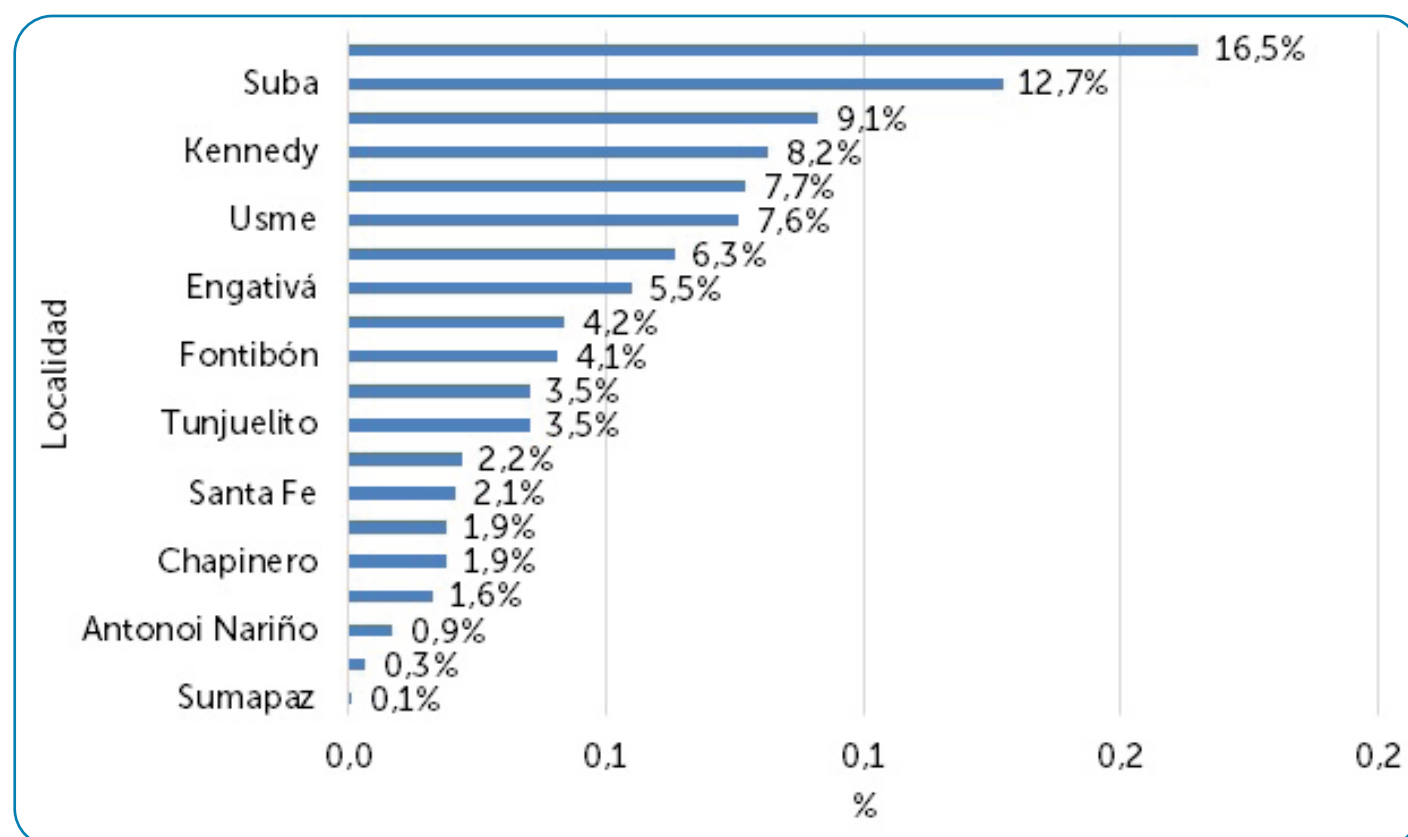
El abastecimiento sistemático, continuo y oportuno de los eventos de interés en salud pública que puedan afectar el bienestar de la población, permiten la orientación de políticas a fin de prevenir, mitigar y controlar tanto las enfermedades como los factores de riesgo asociados a la presencia de los mismos e incidir positivamente en la situación de salud de las personas; a continuación, se muestra el comportamiento de los eventos de interés en salud pública notificados a cada uno de los sistemas y subsistemas de vigilancia epidemiológica disponibles para el análisis de las poblaciones Negra y Afrocolombiana ubicadas en el territorio distrital.

3.1.2.1 SIVIGILA.

El Sistema Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA) es una herramienta que permite el reporte de eventos de notificación obligatoria a nivel distrital y nacional, la cual posteriormente es utilizada para el seguimiento, análisis epidemiológico y la respectiva toma de decisiones en torno a la prevención y control tanto de enfermedades como posibles factores de riesgo en salud identificados.

De acuerdo a los datos registrados en base SIVIGILA 2015 – 2019, se observa un total de 1.764 registros para población negra y afrocolombiana, siendo la localidad de Ciudad Bolívar la que mayor prevalencia presenta con el 16,5 % (n: 291), seguida del Suba con el 12,7 % (n: 224) y San Cristóbal con el 9,1 % (n: 161) (tal como se observa en la Figura 13); posiblemente se presenta un subregistro en la notificación asociado al correcto diligenciamiento de la Variable Étnica, toda vez que ésta corresponde a lo referido por el paciente más no a la percepción de quien está diligenciando la ficha.

Figura 14. Distribución del comportamiento de la notificación de eventos de notificación obligatoria en salud pública por localidades. SIVIGILA. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SIVIGILA. Años 2015-2019.

Es importante aclarar que no se podría asegurar que las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) ubicadas en las localidades no están notificando o que allí se concentra la población negra.

Es importante tener en cuenta que no siempre se diligencia la variable de pertenencia étnica y que la información corresponde a las bases entregadas por la Secretaría Distrital de Salud. Por las características de los eventos, no es posible realizar cruces entre notificación y residencia.

Como es posible observar en la Figura 14, los eventos de notificación obligatoria con mayor reporte a SIVIGILA son: varicela individual los cuales representan 16,2 % (n: 285), vigilancia integrada de rabia humana con el 13,5 % (n: 239), violencia de género e intrafamiliar con el 10,8 % (n: 190), morbilidad materna extrema con el 9,2 % (n: 162), y VIH/SIDA/mortalidad por SIDA con el 6,0 % (n: 105).

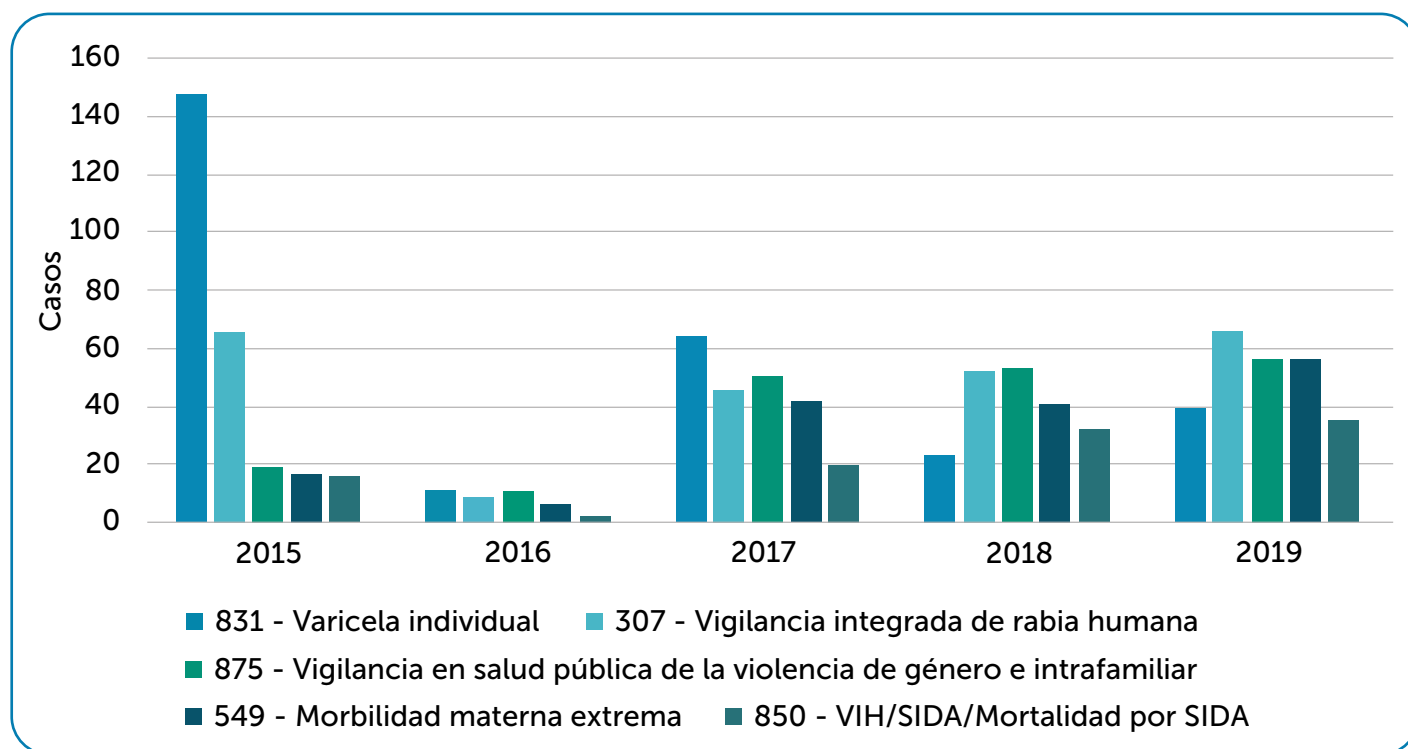
En cuanto a la notificación anual, se observa que la varicela individual presentó su mayor prevalencia para el año 2015 con un total de 148 notificaciones, superando en más del 100 % el reporte de los años siguientes; por su parte, vigilancia integrada de rabia, desde el año 2017 la tendencia ha sido al aumento con una variación porcentual del 19 % en los últimos tres años; así, la violencia de género e intrafamiliar entre los años 2017 y 2019 presentó en promedio de 54 casos por año. (Ver Figura 14)

Frente a morbilidad materna extrema, durante el periodo analizado se identificaron 162 casos notificados, para año 2019 se encontró 34,6 % (n: 56); finalmente, para el evento VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA, la tendencia desde el año 2017 ha sido al aumento, con para el año 2019 se reportaron 35 casos.

Los criterios para establecer como principales estos eventos se da por la frecuencia de los mismos.

Frente a la distribución por sexo, la población femenina representan el 61,1 % (n: 1.077) de la notificación, observándose que por cada 100 mujeres 64 hombres han sido notificados por algún evento de interés en salud pública; siendo las que más afectan a las mujeres la morbilidad materna, seguida de la violencia de género e intrafamiliar; mientras que los reportes en los hombres son en su mayoría hacia los eventos de varicela individual, seguida de vigilancia integrada de rabia, y en tercer lugar mortalidad por SIDA, en éste último aportan el 65,7 % (n: 69) del indicador.

Figura 15. Distribución de la notificación de eventos de notificación obligatoria en salud pública con mayor reporte. SIVIGILA. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SIVIGILA. Años 2015-2019.

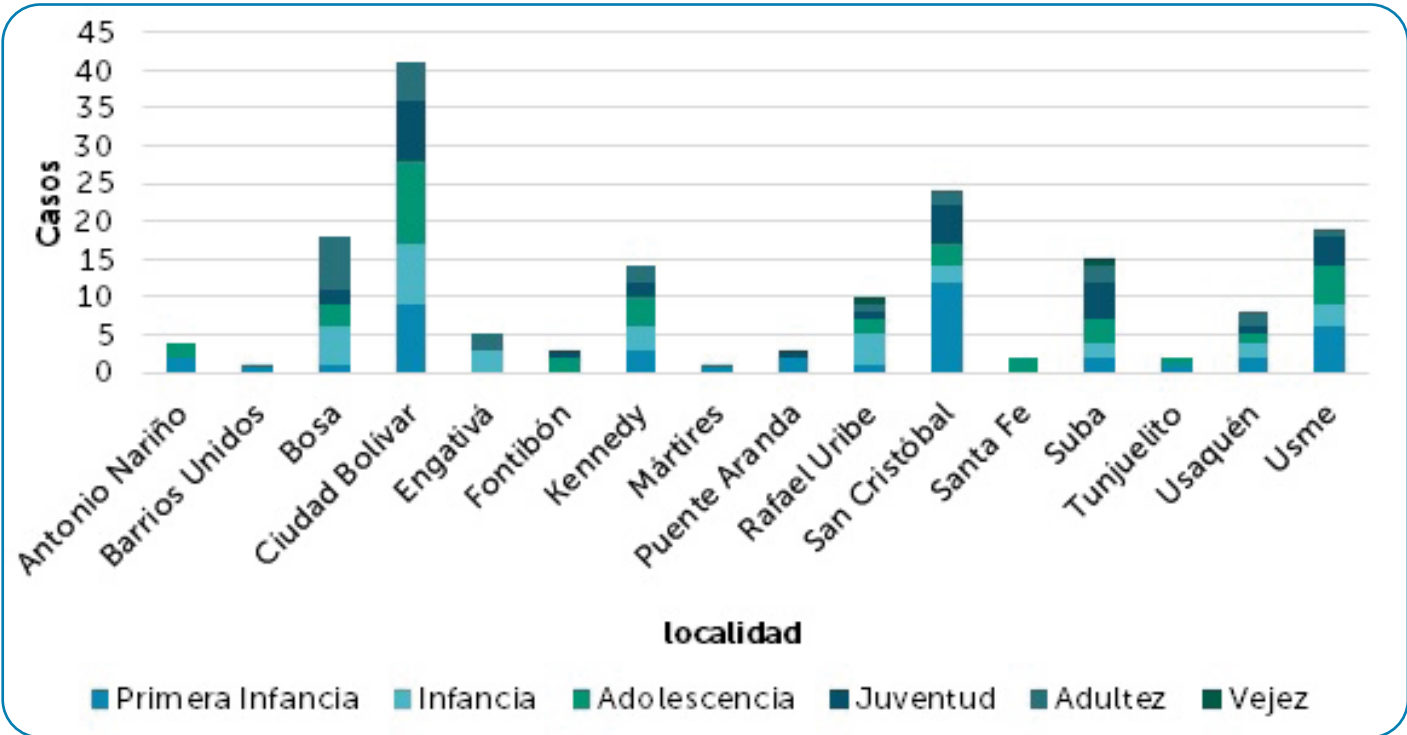
3.1.2.2 SIVIM.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), permite consolidar y realizar el seguimiento de 6 tipos de maltrato intrafamiliar: emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono; información útil frente al mejoramiento de políticas públicas como la salud mental.

Cabe anotar, que, para el presente apartado, se dispone de bases para el año 2019, en donde se evidencian 170 notificaciones de personas con pertenencia étnica negra-afrocolombiana, siendo las localidades de mayor prevalencia Ciudad Bolívar con el 24,1 % (n: 41), seguida de San Cristóbal con el 14,1 % (n: 24) y Usme con el 11,2 % (n: 19), como se observa en Figura 17. En cuanto al momento de curso de vida, se identifica una concentración de casos en la primera infancia, toda vez que este ciclo vital es el más vulnerable con el 25,3 % (n: 43), seguido por los adolescentes con el 22,9% (n: 39) y la infancia con el 18,8% (n: 32); los siguientes momentos de curso de vida reflejan comportamientos menores, englobando el 32,9 % (n: 56) de los casos.

En relación a la distribución por sexos y como se mencionó en el apartado anterior, la población femenina es la que mayor afectación presenta por el evento de violencia intrafamiliar, representado en el 66,5 % (n: 113) de los casos.

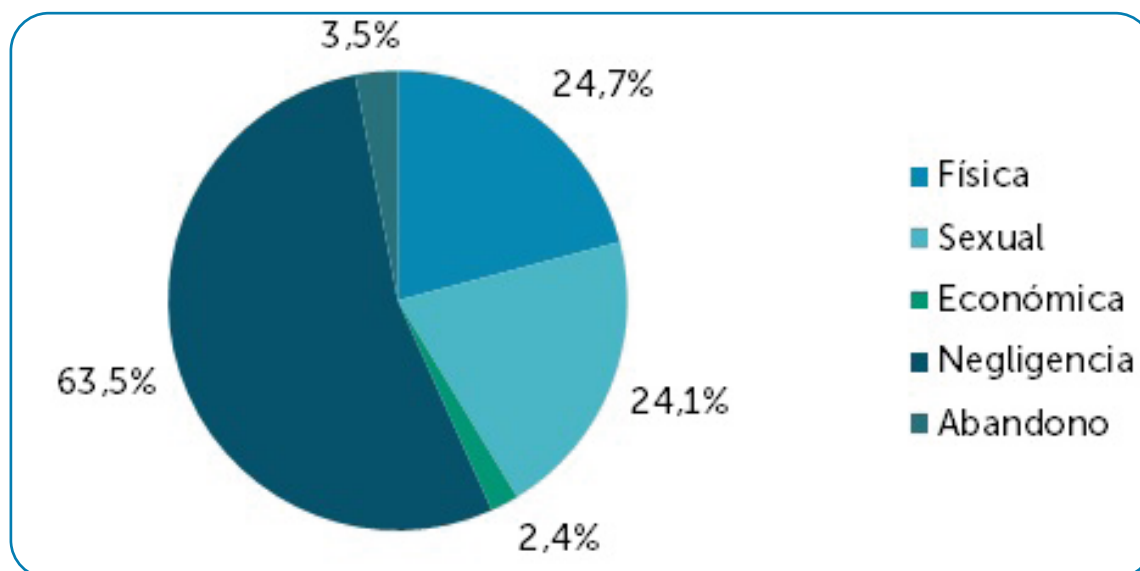
Figura 16. Distribución de casos de violencia intrafamiliar de acuerdo con la localidad y el momento de ciclo de vida. SIVIM. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SIVIM. Año 2019.

Según la distribución por tipo de violencia, en la Figura 16 se observa que la violencia por negligencia genera el 63,5% (n: 108) de los reportes, seguida de la física con el 24,7 % (n: 42), y sexual con el 24,1 % (n: 41) siendo la vivienda el lugar de ocurrencia de los eventos más frecuente con el 88,2 % (n: 150).

Figura 17. Distribución porcentual de tipo de casos de violencia intrafamiliar. SIVIM. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SIVIM. Año 2019.

3.1.2.3 SISVAN.

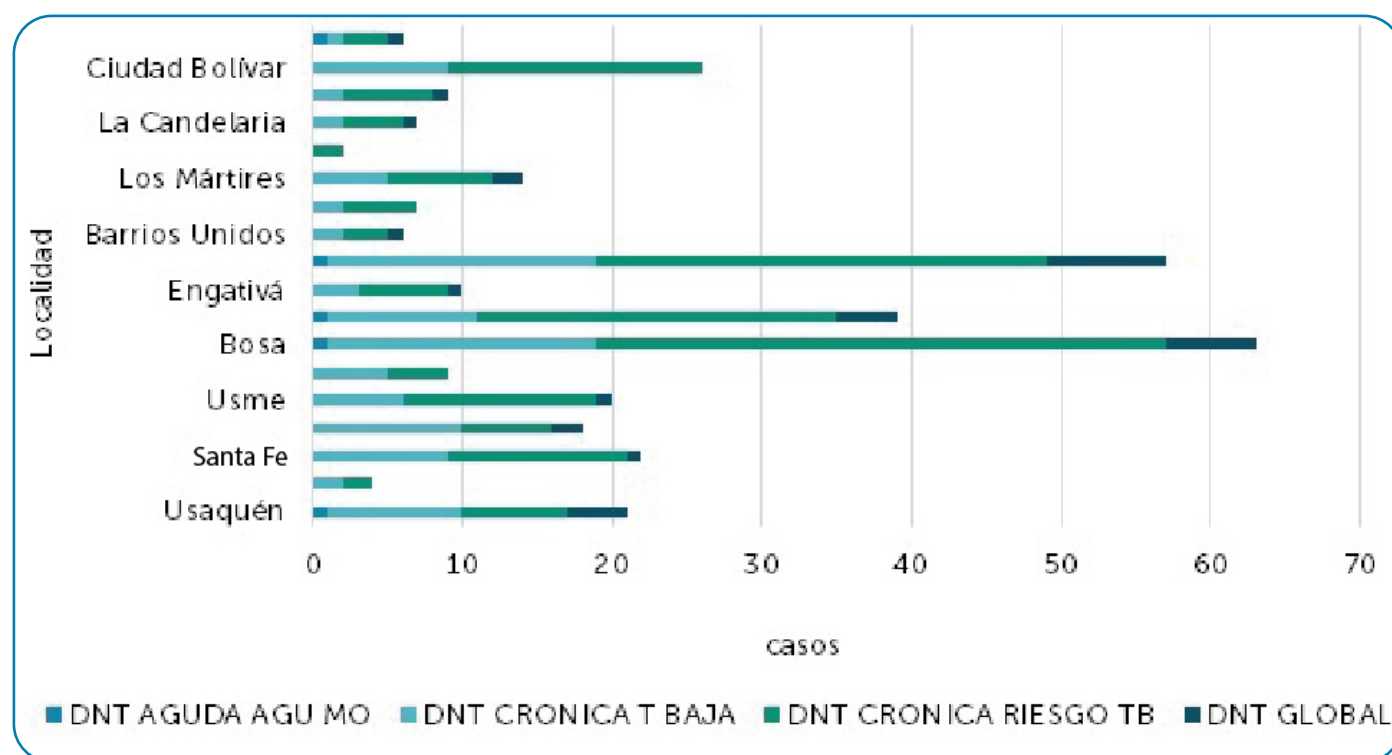
El Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN) monitorea el comportamiento del estado nutricional de las poblaciones en los ciclos y momentos de vida más vulnerables. Lo anterior, teniendo en cuenta que el estado nutricional es un indicador de calidad de vida de las poblaciones, en cuanto refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales.

De acuerdo a los tipos de Desnutrición (DNT) entre los años 2015 y 2019 se observa en total de 340 menores de 5 años, en donde el 1,5 % (n: 5) corresponde a DNT aguda, el 9,7 % (n: 33) a DNT global y el 88,8 % (n: 302) a DNT crónica; al realizar la desagregación por localidad se observa en la figura 19 una mayor concentración de casos en Bosa, con el 18,5 % (n: 63), seguida de Suba, con el 16,8 % (n: 57) y de Kennedy, con el 11,5 % (n: 39); cabe anotar que el 1,8 % (n: 6) no cuenta con identificación de localidad, situación que dificulta los análisis para la carga de la enfermedad frente al evento.

Así mismo, como es posible observar en la figura 17, la DNT aguda se distribuye en cinco localidades de manera equitativa, para la DNT global se concentra el 24,2 % (n: 8) en la localidad de Suba, y para la DNT crónica se agrupan el 18,5 % (n: 56) registros en la localidad de Bosa.

Por su parte, la población escolar de 5 a 10 años de edad presenta un total de 212 registros, de los cuales el 18,9 % (n: 40) presentan sobrepeso u obesidad; siendo el 70 % (n: 28) de los registros notificados por sobrepeso.

Figura 18. Distribución del tipo de desnutrición en población menor de 5 años de acuerdo a la localidad de residencia. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2018.



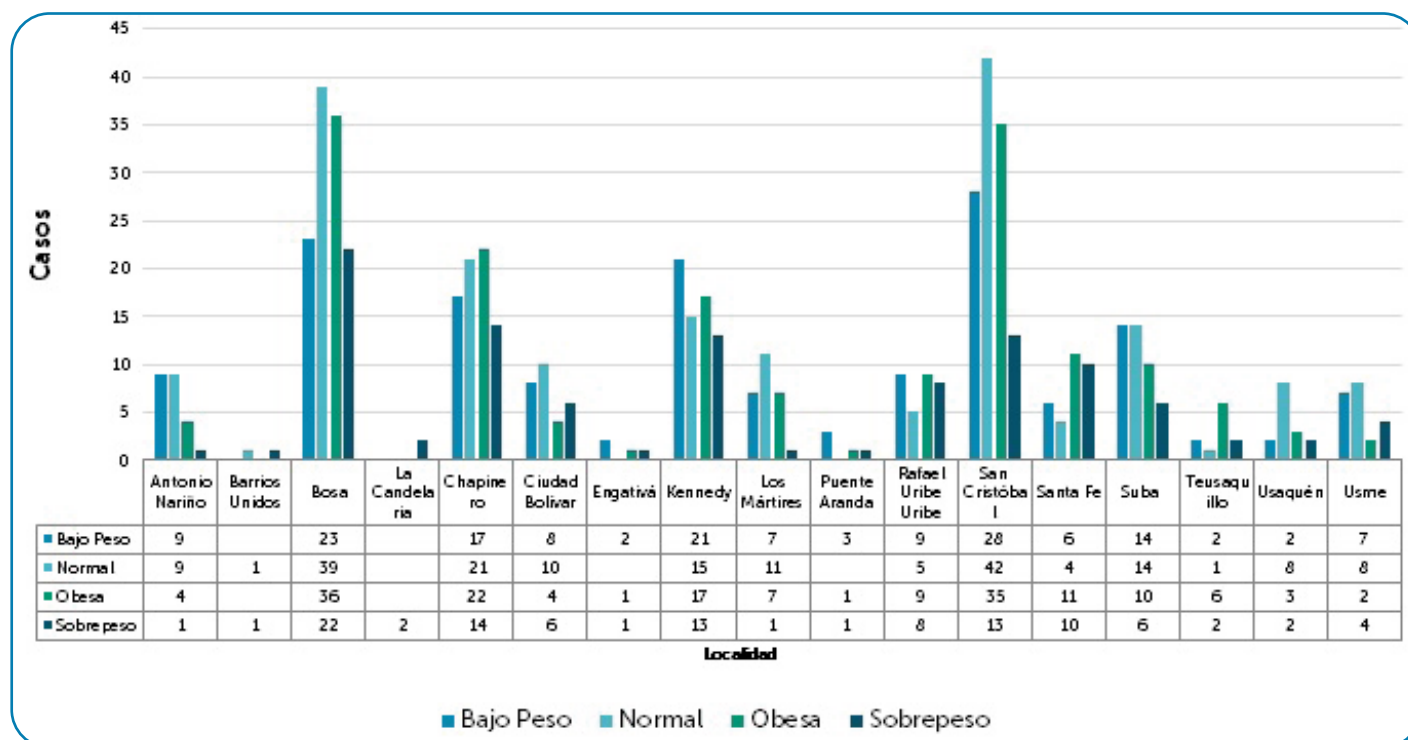
Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SISVAN. Años 2015-2018.

En cuanto al estado nutricional de las madres gestantes, durante los años 2015 a 2018 se realizaron 1.131 registros correspondientes a las comunidades étnicas del Distrito, de los cuales 54,9 % (n: 621) son de madres gestantes de pertenencia negra-afrocolombiana.

De acuerdo a la Figura 18, el 25,4 % (n: 158) de los registros corresponden a diagnóstico Bajo Peso (B), de los cuales el 17,7 % (n: 28) son de San Cristóbal; el 30,3 % (n: 188) refieren diagnóstico Normal (N), siendo el 22,3 % (n: 42) y 20,7 % (n: 39) población residente de las localidades de San Cristóbal y Bosa, respectivamente; el 27,1 % (n: 168) registran estado Obesidad (O) concentrados en las localidades de Bosa y San Cristóbal con el 21,4 % (n: 36) y 20,8 % (n: 35) respectivamente; y por último, el 17,2 % (n: 107) de los diagnósticos corresponden a Sobrepeso (S), siendo la localidad de Bosa la del mayor registro con el 20,6 % (n: 22).

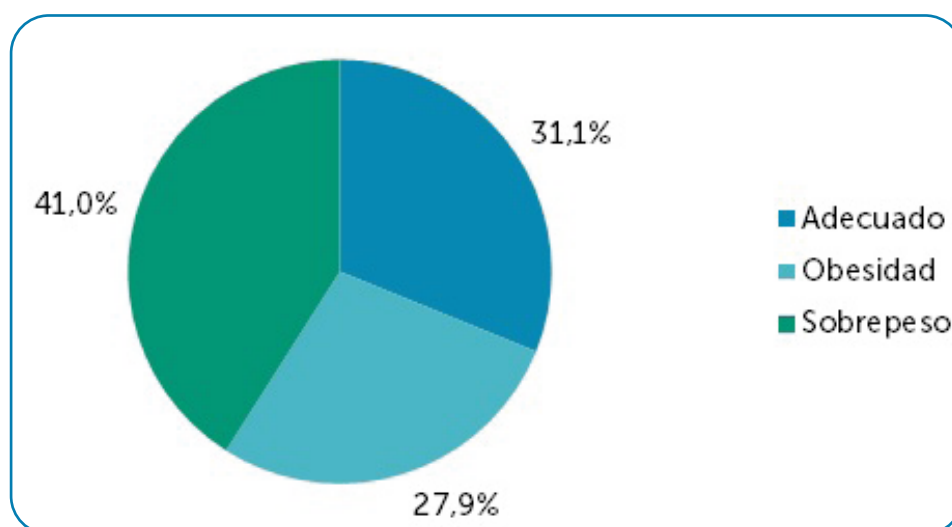
En relación al estado nutricional de la población mayor de 60 años, se encuentran un total de 61 registros, de los cuales el 31,1% (n: 19) corresponden a un adecuado estado nutricional; el 27,9 % (n: 17) se encontraban en estado de obesidad, ubicados en las localidades Los Mártires con el 35,3% (n: 6) y Bosa con el 23,5 % (n: 4); así mismo, el 41 % (n: 25) de la población notificada se encuentra con sobrepeso siendo las localidades Bosa con el 32,0 % (n: 8) y La Candelaria con el 24,0 % (n: 6) las que mayor carga a la enfermedad aportan. (Ver figura 19)

Figura 19. Distribución del estado nutricional de madres gestantes. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2018.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SISVAN. Años 2015-2018.

Figura 20. Distribución porcentual del estado nutricional de los adultos mayores. SISVAN. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2015-2017 y 2019.



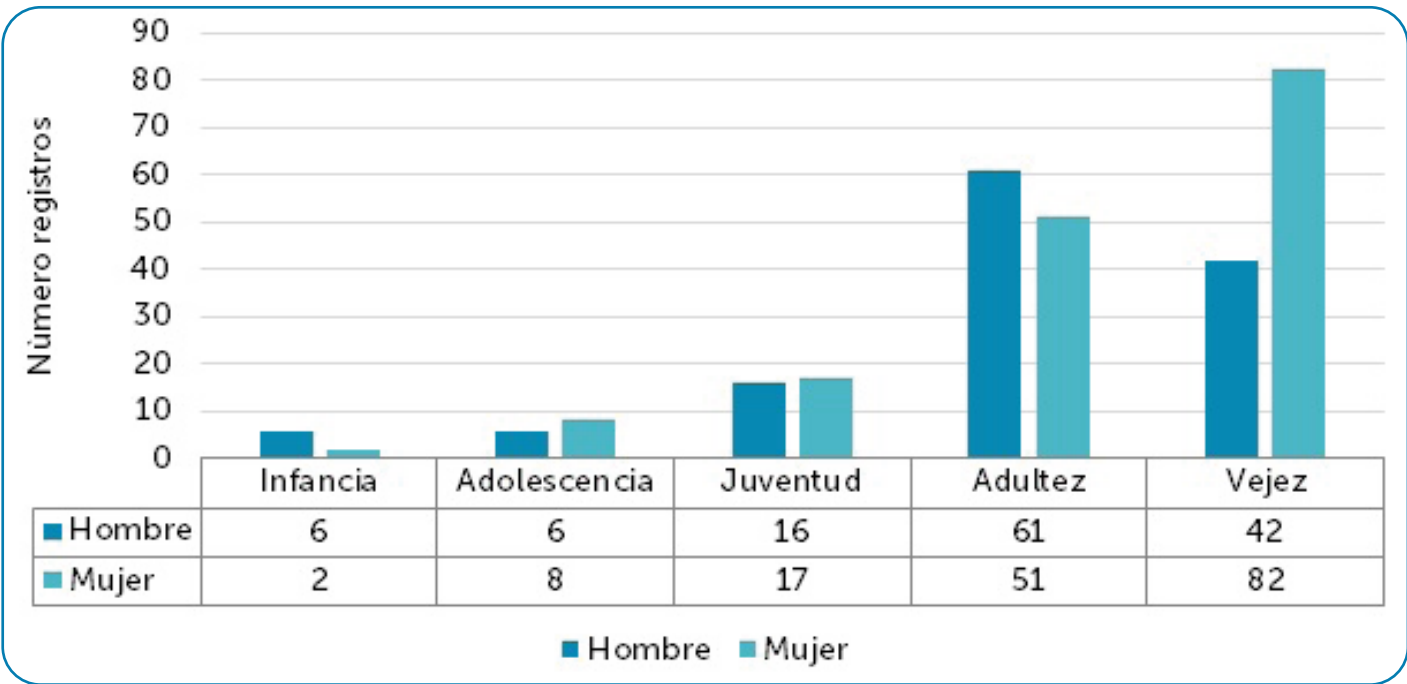
Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases SISVAN. Años 2015-2017,2019.

3.1.2.4 Discapacidad.

El Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) es una herramienta que permite recoger vía web información sobre dónde están y cómo son las personas con algún tipo de discapacidad residentes en Colombia.

De acuerdo a la base RLCPD, se observa que para la población negra y afrocolombiana se realizaron 291 inscripciones. Como se muestra en la Figura 22, son las mujeres las que mayor prevalencia presentan con el 55 % (n: 160) de los registros; al realizar la desagregación por momento de curso de vida se evidencia que la población en vejez reporta el 42,6 % (n: 124) de los casos, seguido de los adultos con el 38,5 % (n: 112). Los años propuestos tendrían lugar en el desarrollo del Plan de Análisis, sin embargo, se plantea para cada momento de curso de vida un núcleo problemático como resultado de análisis conjuntos realizados por el equipo ASIS, en donde a partir del saber ancestral se consideran otras problemáticas de mayor afectación al estado salud – enfermedad de la población.

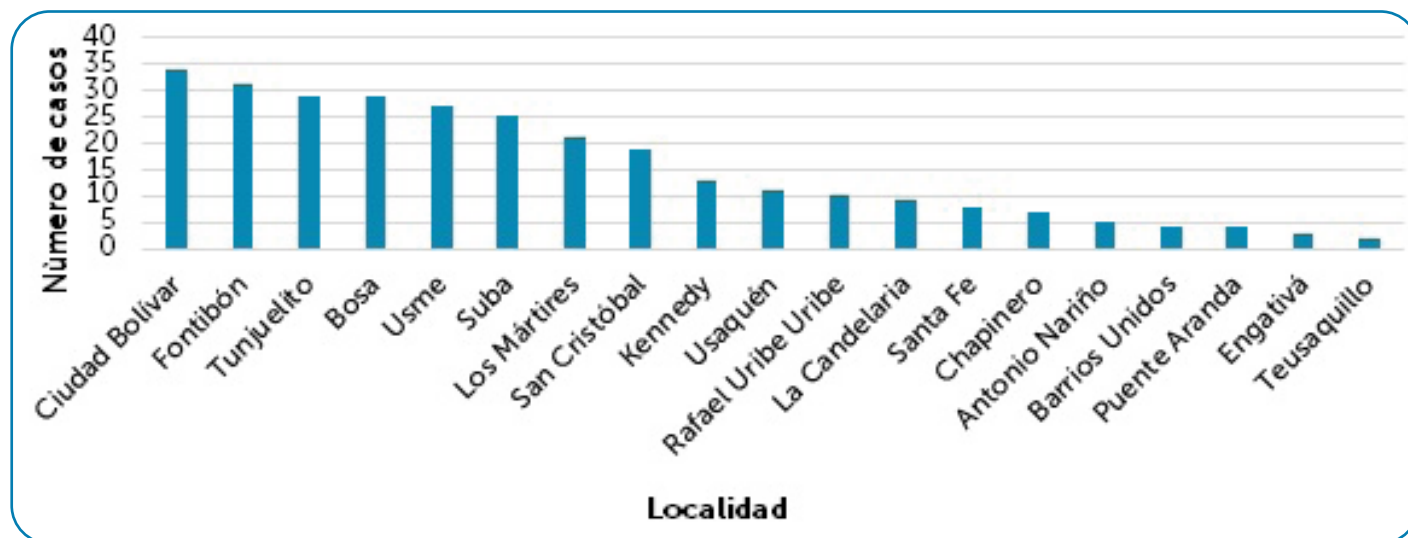
Figura 21. Distribución de población con discapacidad según momento de curso de vida y sexo. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D.C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases de RLCPD. Registros nacidos entre los años 1919-2014.

La figura 21 evidencia que el 11,7 % (n: 34) de las personas residen en la localidad de Ciudad Bolívar, seguido de Fontibón con el 10,7 % (n: 31); así mismo, se observa que en tercer lugar se ubican las localidades Tunjuelito y Bosa, las cuales aportan cada una el 10,0 % (n: 29).

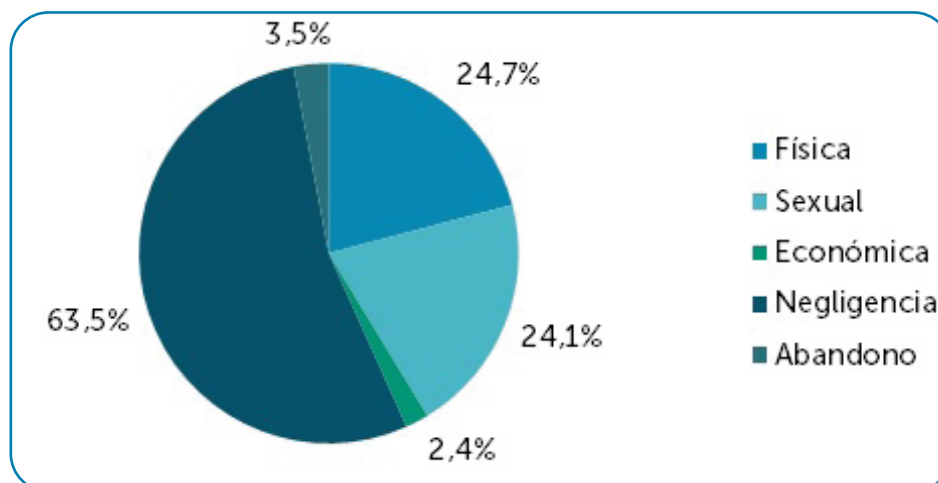
Figura 22. Distribución de población con Discapacidad según localidad de residencia. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases de RLCPD. Registros nacidos entre los años 1919-2014.

Al realizar la desagregación por tipo de alteración, se observa que el 38,5 % (n: 112) de los registros se relacionan con el movimiento, seguido del 27,1 % (n: 79) que corresponde a las alteraciones del sistema nervioso; y de las alteraciones cardiacas se cuenta con el 12,4 % (n: 36). (Ver figura 22).

Figura 23. Distribución de Alteraciones en población con Discapacidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D.C. 2003- 2019, y lo corrido de 2020.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases de Discapacidad. Registros nacidos entre los años 1919-2014.

3.1.3 Caracterización del riesgo social y ambiental.

Para la construcción del presente apartado, se tomó como fuente de información las Bases GESI, las cuales corresponden al período 2004-2016 en donde se relacionan las acciones realizadas desde APS, y 2016-2019, desde las cuales se identifica el accionar realizado por el Espacio de Vida Cotidiana Vivienda en torno a la identificación del Gestión del Riesgo en Población Étnica. Cabe anotar que los registros allí consignados dan cuenta no solo de la población negra y afrocolombiana del Distrito, sino que además cuentan con criterios de inclusión desde lo epidemiológico, sociodemográfico y/o por población prioritaria para ser parte de las acciones, programas o productos que se ofertan según las vigencias, y lograr así una atención integral en salud.

Entre las personas que se priorizaron se resaltan aquellas que presentan algún tipo de condición crónica, familias con niños menores de cinco años, gestantes, mujeres en edad fértil y población con discapacidad.

A fin de definir los parámetros para el abordaje de la población, se realizó en primer lugar un diálogo de saberes con los líderes que permitirá la realización de una caracterización social y ambiental, logrando la concertación de acuerdos posterior a la verificación de condiciones habitacionales y de salud, lo que a su vez permite identificar necesidades de canalización y sus respectivos tramites.

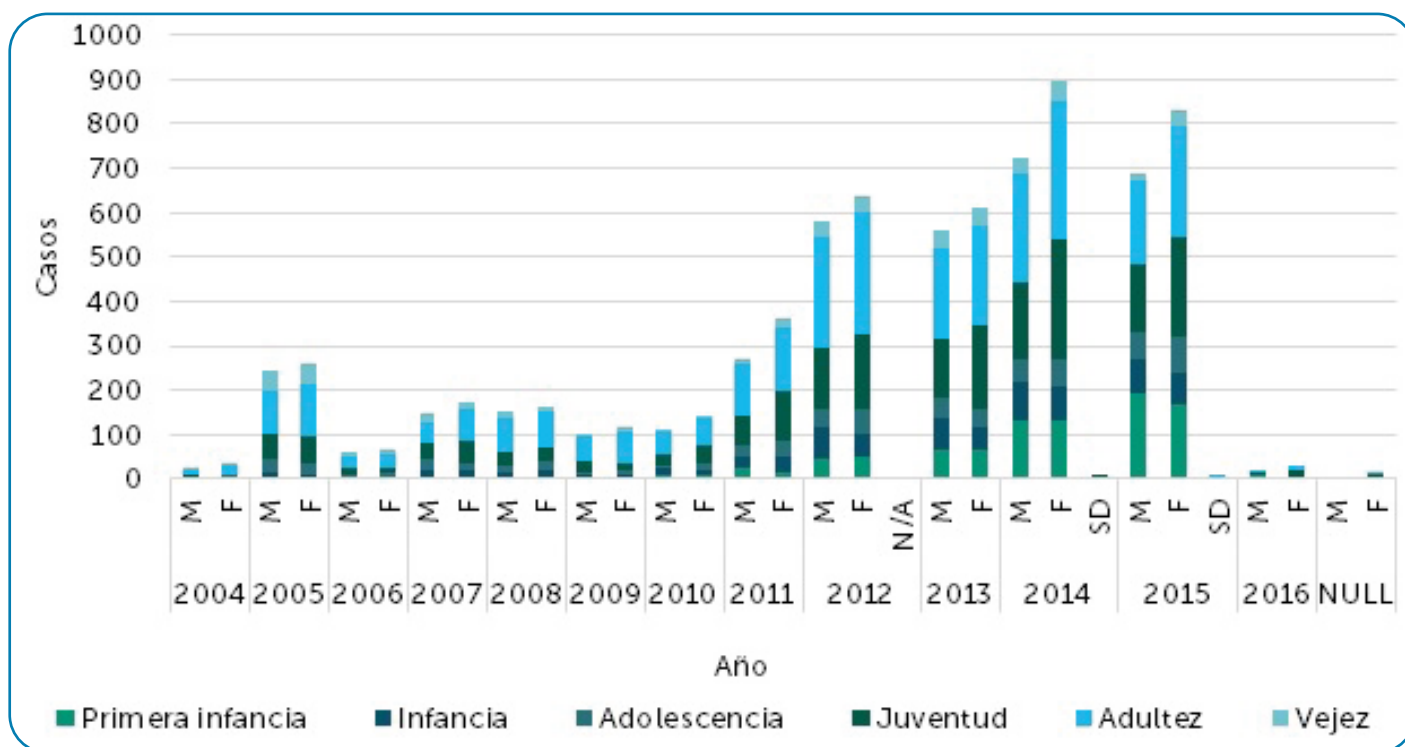
Por lo anterior, se plantea la construcción y ejecución de un plan de trabajo que evidencia acciones a desarrollar durante los seguimientos, tales como: valorar las prácticas de consumo de alimentos (Tipo de alimento, cantidad, calidad inocuidad y frecuencia); promover los estilos de vida saludable, la salud cardiovascular y la prevención de la diabetes; educación en métodos anticonceptivos; valorar los hábitos y prácticas de cuidado bucal; verificar y reforzar conocimientos sobre los riesgos obstétricos, entre otras.

Por otro lado, en cuanto a la gestión del riesgo, se desarrollaron acciones específicas de promoción, prevención y canalización como: información y educación de enfermedades transmisibles, educación en salud sexual y reproductiva, educación en cuanto al cuidado de los niños y niñas, entre otras.

A partir de la base GESI, para el período entre los años 2004-2016 se evidencian un total de 11.266 registros, de los cuales el 71,1 % (n: 8.015) fueron caracterizados en el ámbito familiar.

En la Figura 25, es posible evidenciar que desde el año 2009, el número de caracterizaciones se mantuvo en ascenso hasta el año 2016 donde disminuyó drásticamente. Siendo las mujeres las que mayor número de caracterizaciones presentaron; con una mayor prevalencia para los años 2014 y 2015; en cuanto al momento de curso de vida para los años analizados, la adultez y juventud son los que mayor carga al evento presentan con el 38,0 % (n: 3.043) y del 25,6 % (n: 2.051) respectivamente; así mismo frente a la distribución por sexo el 54 % (n:4.326) de los registros corresponden a población femenina; mientras que el 0,1 % (n:11) de los datos no cuentan con la variable diligenciada.

Figura 24. Distribución de la caracterización del riesgo social y ambiental en el ámbito familiar según sexo y momento de curso de vida. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2004-2016.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases GESI. 2004-2016.

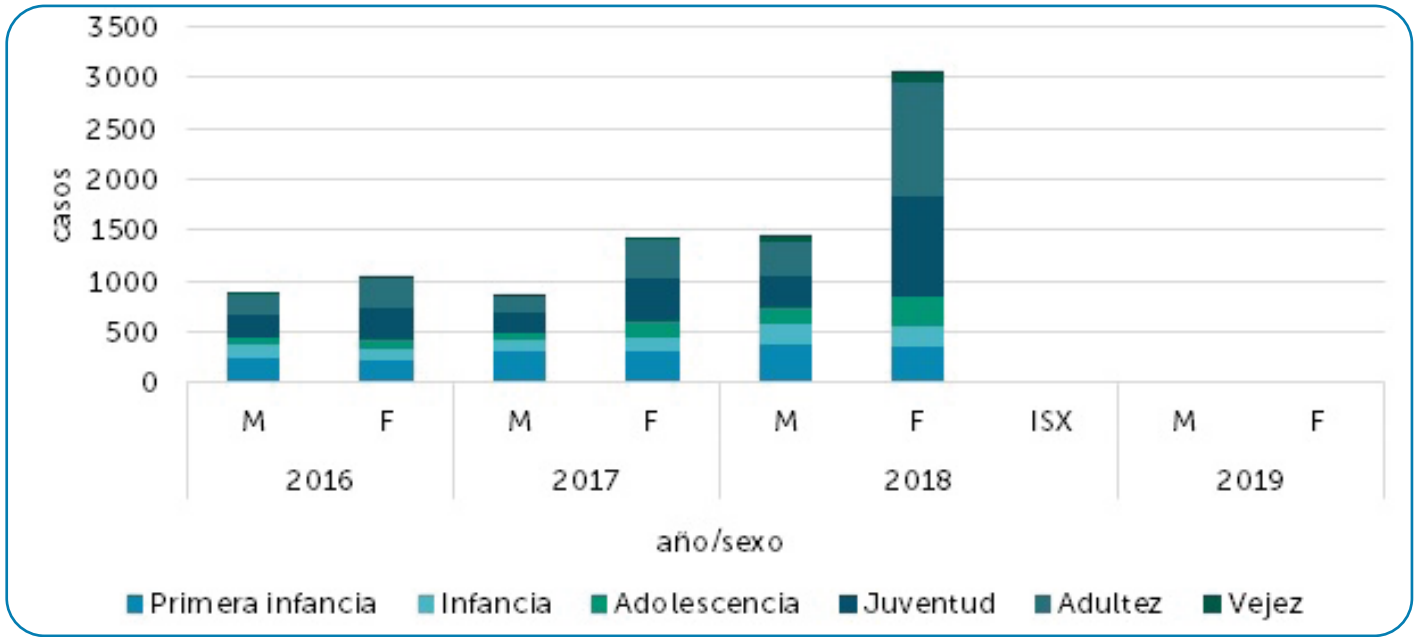
En segundo lugar, para la base GESI del período 2016-2019 se cuenta con un total de 8.733 registros de caracterización en el espacio vivienda.

En la Figura 24, es posible evidenciar que al igual que la base GESI para los años 2016-2019, muestra un comportamiento similar lo observado anteriormente, en donde la población femenina presenta un mayor número de caracterizaciones. Esta información corresponde a la entregada por la Secretaría Distrital de Salud, posiblemente el cambio en el dato corresponda a la interpretación acciones para población étnica contemplada en el gobierno de la "Bogotá Mejor para Todos".

Para el año 2018, las mujeres representan el 63,4 % (n: 5.538); resulta importante mencionar que uno de los registros corresponde a población que se auto reconoce como intersexual. En cuanto al momento de curso de vida, el 28,8 % (n: 2.519) de los registros son de adultos, el 27,3 % (n: 2.388) son jóvenes, y, en tercer lugar, el 21,0 % (n: 1.830) son menores de 5 años.

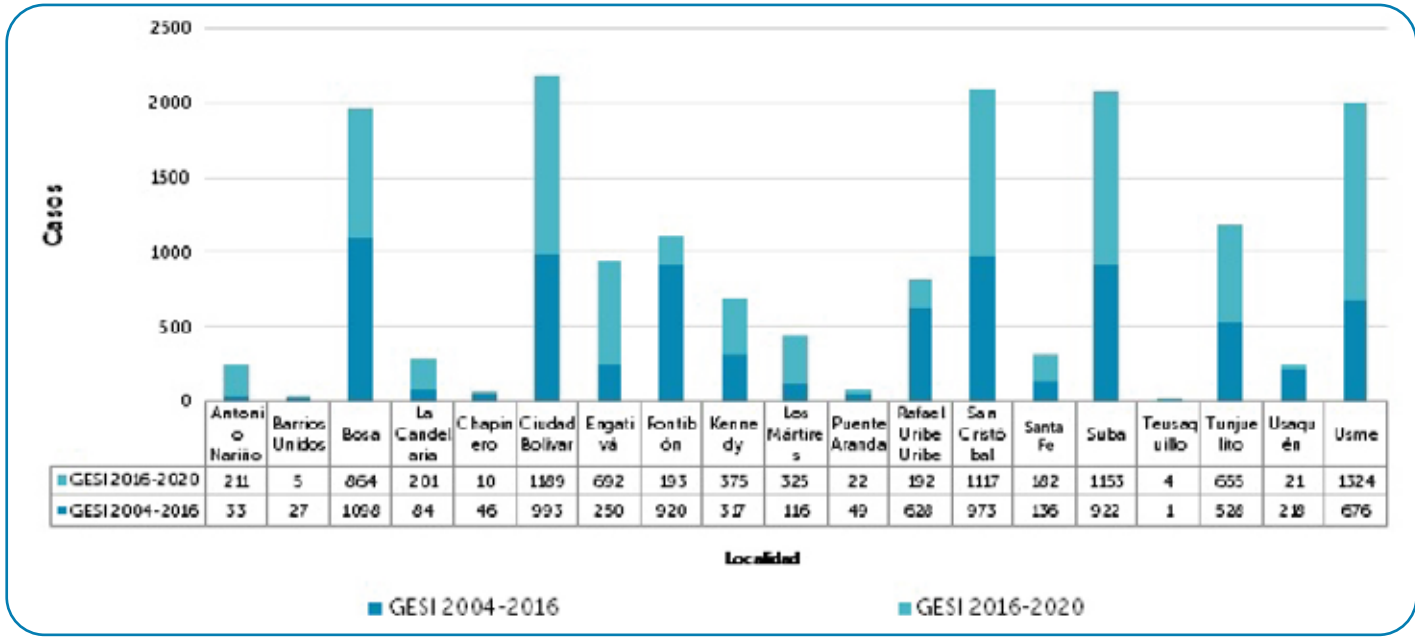
Así, al agrupar la información consignada en las bases anteriormente mencionadas, se observa que, de acuerdo a la localidad de residencia, el 13 % (n: 2.181) de la población abordada por estas estrategias corresponden a la localidad Ciudad Bolívar, seguidos por la localidad San Cristóbal con el 12,5 % (n: 2.090) y Suba con el 12,4 % (n: 2.075). (Ver figura 25).

Figura 25. Distribución de la caracterización del riesgo social y ambiental. Gestión del Riesgo. Espacio de Vida Cotidiana Vivienda según sexo y momento de curso de vida. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2016-2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases GESI. 2016-2019.

Figura 26. Distribución del número de caracterizaciones del riesgo social y ambiental según localidad. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. 2004-2019.



Fuente: Elaboración propia. Equipo ASIS Diferencial. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, a partir de bases GESI. 2004-2019.

3.2 Mortalidad.

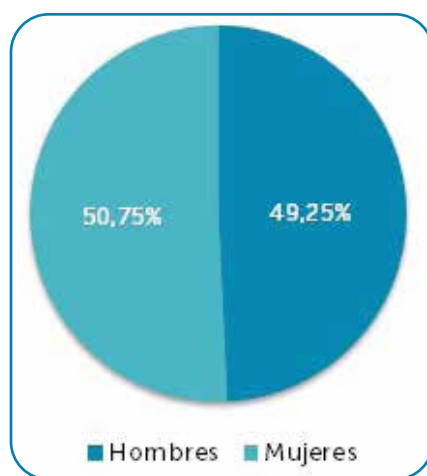
La tasa de mortalidad es un indicador de gran interés político, ya que expresa muertes evitables, innecesarias y prematuras, y puede orientar sobre posibles deficiencias en la accesibilidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud. (1)

Las tasas ajustadas permiten comparar la mortalidad de diferentes poblaciones controlando el posible efecto de confusión de las variables de ajuste. Debido a que no se tiene una proyección clara de las poblaciones y de los censos de personas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la ciudad de Bogotá para los años de análisis 2016- 2018, no se puede hacer este ajuste de tasa ya que no se cuenta con el dato exacto poblacional étnico disponible, que permita realizar estos ajustes; sin embargo, el presente permite evidenciar los análisis correspondientes al comportamiento de cada uno de grupos por grandes causas 6/67 y sus respectivos subgrupos según lista 105. Tanto para el cálculo de tasas brutas como ajustadas es necesario contar con proyecciones poblacionales por localidad a fin de poder calcularlas.

Diversos estudios han mostrado que los procesos de salud – enfermedad frente a la presencia de mortalidad, implican la relación entre variables tales como: ingreso económico, alimentación, condiciones habitacionales e higiénico - sanitarias, educación, atención médica, entre otras. (2)

En cuanto a la distribución por sexo, se observa una mayor afectación en las mujeres indicando un 50,7 % (n=271) durante el periodo analizado. El año que más datos de mortalidad registró fue el 2017 con 206 casos (107 hombres, 99 mujeres), distribuidos en las localidades Kennedy con 14,3% (n=76), Suba con un 11,8 % (n=63) y Engativá representando un 9,9 % (n=53); así mismo se observa que la menor prevalencia para el año 2016, la reporta la localidad La Candelaria con un 0,2 % (n=1). (Ver figura 26)

Figura 27. Distribución de Mortalidad según sexo. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D.C. Años 2016-2018



Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND- Años-2016-2018.

Al comparar la mortalidad general entre los años 2016 a 2018, de las comunidades negras y afrocolombianas, según el certificado de defunción -Bases de datos RUAF-ND – Registro único de afiliados- nacimientos, defunciones entrega por Secretaría Distrital de Salud se observa un descenso del 30,1 % (n=58).

Tabla 8. Clasificación por grandes grupos de mortalidad 6/67 - género. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018.

Grandes grupos de mortalidad 6/67	2016		2017		2018		Total
	H	M	H	M	H	M	
Signos síntomas y afecciones mal definidas	4	1	1	0	1	0	7
Enfermedades transmisibles	13	6	6	5	6	4	40
Neoplasias (tumores)	12	24	32	40	9	15	132
Enfermedades del sistema circulatorio	29	25	31	26	17	30	158
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3	3	5	4	1	6	22
Causas externas	27	3	9	0	6	0	45
Todas las demás causas	12	31	23	24	16	24	130
Total	100	93	107	99	56	79	534

Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND-Años-2016-2018.

Para el periodo analizado, los grupos que registraron mayor número mortalidad fueron los siguientes:

- » Grupo 3. Enfermedades del sistema circulatorio
- » Grupo 2. Neoplasias y tumores
- » Grupo 6. Todas las demás causas.

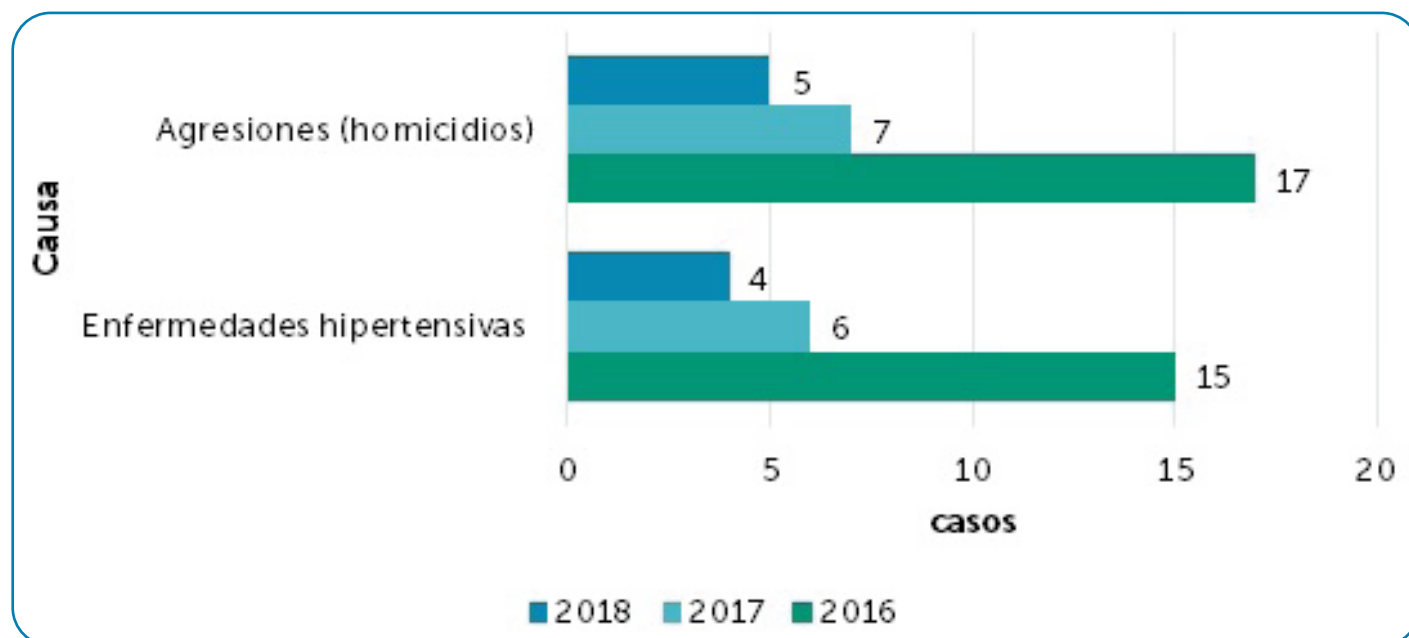
El 29,6 % (n=158) de los fallecidos para el periodo analizado corresponden a enfermedades del sistema circulatorio; por su parte, al realizar la desagregación por localidad, se identifica que las localidades que mayor mortalidad presentaron por estas causas son Kennedy con el 15,8 % (n=25), Suba con un 13,9 % (n=22) y Bosa con el 11,4 % (n=18); siendo el año 2017 el de mayor prevalencia. (Ver tabla 8 y tabla 10)

Por su parte, las mortalidades a causa de Neoplasias (tumores) reflejan el 24,7% (n= 132) de afectación frente al total reportado; observándose que la distribución por localidades es similar a lo anteriormente mencionado; a saber 13,6 % (n=18), 12,9 % (n= 17), Engativá con un 12,1 % (n=16) respectivamente. Para las Neoplasias, se logró establecer que los años 2016 y 2017 muestran la mayor carga de la enfermedad, (Ver tabla 8 y tabla 10).

Así, para el grupo de Todas las demás causas se evidencia que éstas aportan aportando el 24,3 % (n=130) de las mortalidades registradas en el Distrito para la población Negra y Afrocolombiana; siendo las mujeres las que tienen una mayor representación aportando el 60,8 % (n=79), especialmente el grupo ubicado por encima de los 60 años de edad con el 57 % (n=45). (Ver tabla 8 y tabla 10)

En relación al sexo, para periodo analizado la razón de masculinidad frente a la mortalidad, es de 97 hombres por cada 100 mujeres. Lista 105, número de casos. (Ver figura 29)

Figura 28 . Mortalidad en hombres- según lista 105 RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D.C. Años 2016-2018



Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND- Años-2016-2018.

Las localidades que mayor número de casos registraron fueron Usme con cuatro casos y Rafael Uribe Uribe con seis casos; observándose que la población más afectada por estas causas se ubica en el momento de curso de vida juventud, (Ver figura 29 y tabla 10).

Tabla 9. Mortalidad en mujeres, grandes grupos de mortalidad 6/67 y MCV. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018

Grupo 6/67	Primera Infancia			Infancia			Adolescencia			Juventud			Adultez			Vejez			Total
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018	
Grupo 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Grupo 1	0	3	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	2	1	1	15
Grupo 2	1	0	0	0	1	0	0	2	0	2	1	1	7	16	9	14	20	5	79
Grupo 3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	8	10	28	18	18	81
Grupo 4	3	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
Grupo 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3
Grupo 6	3	0	5	0	0	0	0	0	1	4	2	1	9	4	5	15	18	12	79
Total	8	7	15	0	1	0	0	2	1	8	3	2	26	29	25	51	57	36	271

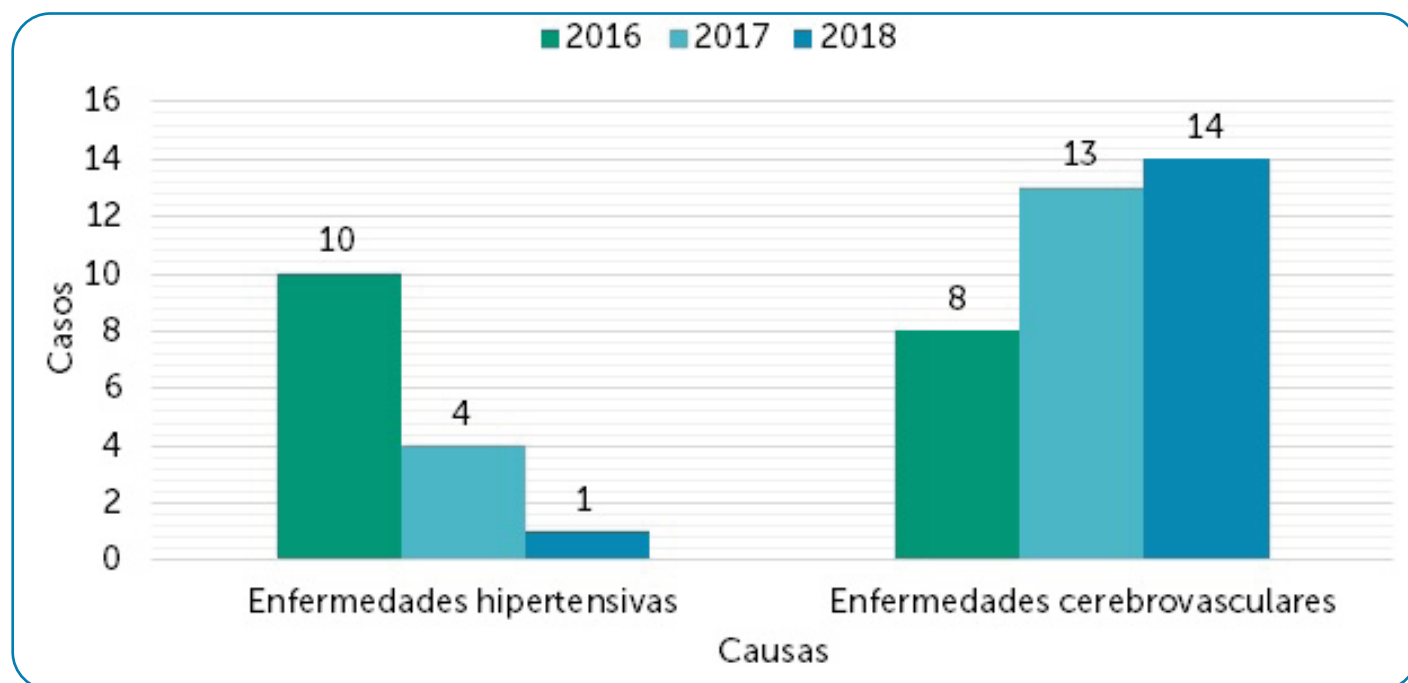
Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND-Años-2016-2018.

La Tabla 9, por su parte, muestra que en las mujeres, las Enfermedades del sistema circulatorio afectan al 30 % (n=81) de la población; en donde aquellas que tienen 60 años a más presentan la mayor carga de la enfermedad. Por su parte, las mortalidades agrupadas en todas las demás enfermedades y Neoplasias se comportan de manera similar en las mujeres afectando al 29,2 % (n= 79) de la población; sin embargo, para el caso de las mortalidades por Neoplasias se observa que la carga de la enfermedad se distribuye de manera similar en todos los grupos etarios. (Ver tabla 9 tabla 10)

En el grupo de hombres de 18 a 28 años se registró el mayor número de muertes por las siguientes causas de agresiones con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas en: calles y carreteras, lugar no especificado, otro lugar especificado vivienda, así misma agresión con objeto cortante en lugar no especificado, otro lugar especificado. (Tabla 10)

Lo anterior, podría reflejar las dinámicas de seguridad presentes en las localidades de mayor prevalencia; y de alguna manera los riesgos a los cuales se encuentran expuestos los hombres en general. Las localidades con más datos registrados para este evento son Rafael Uribe Uribe con el 20,7 % (n=6) seguido de Usme con el 13,8 % (n=4).

Figura 29. Principales causas de mortalidad en mujeres. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. casos acumulados 2016-2018.



Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND-Años-2016-2018.

En relación a las mujeres, las principales causas de mortalidad se relacionan con las enfermedades cerebro vasculares y enfermedades hipertensivas, las cuales están asociadas a factores de riesgos modificables, derivados posiblemente de los malos hábitos alimenticios y estilos de vida poco saludables presentes en la población general, cabe anotar que para las comunidades negras y afrocolombianas según análisis de los sabedores consideran que también estos factores son aplicables para que se presenten los casos de mortalidad tales como la hipertensión arterial, sedentarismo, tabaquismo, estrés, depresión, estrato socioeconómico bajo, consumo frecuente de alcohol, obesidad, diabetes *mellitus* y dietas bajas en vegetales.

Se observa que la proporción de muertes femeninas es de 0,5; siendo para las enfermedades cerebrovasculares de 13 por cada 100 mujeres fallecidas, con una variación porcentual del 75 % tendiente al aumento; y de 6 por cada 100 mujeres para las enfermedades hipertensivas. (Ver figura 30). Por tanto, de no lograrse cambios significativos en las dinámicas culturales entorno a la gastronomía propia de la población objeto se espera que el evento siga presentando el mismo comportamiento.

Tabla 10. Causas de mortalidad según lista 105- momento de curso de vida. RUAF-ND-. Comunidades Negras y Afrocolombianas. Bogotá D. C. Años 2016-2018

Subgrupos/momento de curso de vida	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	Total
0. Signos, síntomas y afecciones mal definidas	2	0	0	1	4	0	7
Enfermedades transmisibles							
1.01 - Enfermedades infecciosas intestinales	0	0	0	0	0	0	0
1.02 - Tuberculosis, inclusive secuelas	0	0	0	0	3	0	3
1.03 - Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0	0	0	0	1	0	1
1.04 - Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna	0	0	0	0	0	0	0
1.05 - Meningitis	0	0	0	0	0	0	0
1.06 - Septicemia	0	0	0	0	0	1	1
1.07 - Infecciones... Transmisión predom... Sexual	0	0	0	0	0	1	1
1.08 - Enfermedad por el VIH/sida	0	0	0	3	13	1	17
1.09 - Infecciones respiratorias agudas	5	0	0	1	3	5	14
1.10 - Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0	0	1	1	1	3
Total	5	0	0	5	21	9	40
Neoplasias							
2.01 - T. Maligno del estomago	0	0	0	0	6	7	13
2.02 - T. Maligno del colon	0	0	0	1	1	7	9
2.03 - T. Maligno de los órganos digestivos y del perit, excl estom y colón	0	0	0	0	4	3	7
2.04 - T. Maligno hígado y vías biliares	0	0	0	0	1	5	6
2.05 - T. Maligno del páncreas	0	0	0	1	2	6	9

Subgrupos/momento de curso de vida	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	Total
2.06 - T. Maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0	0	0	0	2	5	7
2.07 - T. Maligno org resp e intrator, excepto traq, bronq y pulmonl	0	0	0	0	3	2	5
2.08 - T. Maligno de la mama	0	0	0	0	7	4	11
2.09 - T. Maligno del útero	0	0	0	0	1	5	6
2.10 - T. Maligno de la próstata	0	0	0	0	0	10	10
2.11 - T. Maligno de otros órganos genitourinarios	1	0	0	0	1	7	9
2.12 - T. Maligno del tej linf, org hematopoy y afines	0	0	1	2	6	5	14
2.13 - Otros tumores malignos	0	1	1	0	8	7	17
2.14 - C in-situ, t. Ben/comp incierto o desc	0	0	0	2	4	3	9
Total	1	1	2	6	46	76	132
Enfermedades del sistema circulatorio							
3.01 - Fiebre reumática aguda y enf cardiacas reumáticas crónicas	0	0	0	0	0	0	0
3.02 - Enfermedades hipertensivas	0	0	0	0	13	30	43
3.03 - Enfermedades isquémicas del corazón	1	0	0	0	11	23	35
3.04 - Enf. Cardiopulmonar, circ pulm y otras	2	0	0	1	2	10	15
3.05 - Paro cardiaco	0	0	0	0	0	0	0
3.06 - Insuficiencia cardiaca	0	0	0	0	0	3	3
3.07 - Enfermedades cerebrovasculares	0	0	0	0	16	35	51
3.08 - Aterosclerosis	0	0	0	0	0	0	0
3.09 - Otras enferm. Sistema circulatorio	0	0	0	0	4	7	11

Subgrupos/momento de curso de vida	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	Total
Total	3	0	0	1	46	108	158
Afecciones del período perinatal							
4.01 - Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	3	0	0	0	0	0	3
4.02 - Feto y rn afect complic obst/traum nacto	1	0	0	0	0	0	1
4.03 - Retardo crec fetal, dnt fetal, bpan ...	1	0	0	0	0	0	1
4.04 - Trastornos resp especif per perinatal	7	0	0	0	0	0	7
4.05 - Sepsis bacteriana del recién nacido	6	0	0	0	0	0	6
4.06 - Enf hemol feto rn y kernicteru	0	0	0	0	0	0	0
4.07 - Otras afecciones orig periodo perinatal	4	0	0	0	0	0	4
Total	22	0	0	0	0	0	22
Causas externa							
5.01 - Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	0	0	0	6	1	1	8
5.02 - Otros accidentes de transporte y los no especificados, inclusive secuelas	0	0	0	0	0	0	0
5.03 - Caídas	0	0	0	0	0	0	0
5.04 - Accidentes caus maquinas y por instrumentos corta. O punz.	0	0	0	0	0	0	0
5.05 - Accidentes disparo armas de fuego	0	0	0	0	0	0	0
5.06 - Ahogamiento y sumersión accidentales	0	0	0	0	0	0	0
5.07 - Exposición al humo, fuego y llamas	0	0	0	0	0	0	0
5.08 - Envenenamiento accidental sustancias nocivas	0	0	0	0	0	0	0

Subgrupos/momento de curso de vida	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	Total
5.09 - Complic atención med y quir, inclusive secuela	0	0	0	0	0	0	0
5.10 - Otros accidentes, inclusive secuelas	0	0	0	1	0	1	2
5.11 - Lesiones autoinflig intencional (suicidios), inclusive secuelas	0	0	0	1	1	0	2
5.12 - Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0	0	0	18	12	0	30
5.13 - Interv legal y oper guerra, inclus secuelas	0	0	0	0	0	0	0
5.14 - Eventos de intencional no determinada, inclus sec	0	0	0	1	0	2	3
Total	0	0	0	27	14	4	45
Las demás causas							
6.01 - Diabetes mellitus	0	0	0	1	6	8	15
6.02 - Deficiencias nutricionales y anemias nutri	0	0	0	0	0	3	3
6.03 - Trastornos mentales y del comportamiento	0	0	0	0	0	3	3
6.04 - Enferm sistema nervioso, excepto meningitis	0	0	1	1	1	11	14
6.05 - Enf cron vías resp infer	1	0	0	0	0	15	16
6.06 - Otras enf. De las vías respiratorias superiores	0	0	0	0	0	0	0
6.07 - Enfermedades pulmón debidas a agentes externos	0	0	0	0	0	5	5
6.08 - Otras enfermedades respiratorias	1	0	0	0	0	2	3
6.09 - Apendicitis, hernia cav ab y obst int	0	0	0	1	1	4	6
6.10 - Ciertas enf cron hígado y cirrosis	0	0	0	0	2	5	7

Subgrupos/momento de curso de vida	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	Total
6.11 - Resto de enfermedades del sistema digestivo	1	0	0	1	2	8	12
6.12 - Enfermedades del sistema urinario	0	0	0	0	3	8	11
6.13 - Hiperplasia de la próstata	0	0	0	0	1	0	1
6.14 - Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	2	3	0	5
6.15 - Malf cong, deform y anom cromos	11	0	0	1	0	0	12
6.16 - Residuo	2	0	0	3	9	3	17
Total	16	0	1	10	28	75	130
Total general	49	1	3	50	159	272	534

Fuente: Elaboración propia. Equipo -ASIS- Diferencial, Subred-Integrada-de-Servicios-de-Salud-Centro-Oriente-a-partir-de-Bases-RUAF-ND-Años-2016-2018

La mortalidad perteneciente a curso de vida primera infancia, se ve afectada notoriamente por las afecciones originadas en el periodo perinatal, registrando un 45 % (n=22), sobre el total de las defunciones en primera infancia, El subgrupo de todas las demás causas con un 32,6 % (n=16), el grupo de enfermedades transmisibles con un 10,2 % (n=5), y por último el grupo de neoplasias (tumores) aportando el 2 % (n=1). (Ver tabla 10)

El comportamiento de dichas mortalidades, muestra un aumento significativo durante el año 2016 al 2017 del 66,7 % (n=6), registrando nuevas enfermedades como: infecciones respiratorias agudas, feto o recién nacido afectado por ciertas afectaciones maternas, feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo de nacimiento, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, sigue la patología de restos de enfermedad del sistema respiratorio. (Ver tabla 10)

Desagregando por momentos de curso de vida, infancia y adolescencia, se evidencia menos registros de mortalidad durante los años 2016 y 2018. (ver Tabla 8), contrario a lo registrado en juventud, donde este grupo etario aporta el 9,4 % (n= 50) de las defunciones en el periodo a señalar, sin embargo, para la población mayor de 60 años, se evidencia el mayor registro de mortalidades en un 51% (n= 272) señalando sus principales subgrupos en enfermedades del sistema circulatorio con un 39,7 % (n= 108) en personas de -MCV- vejez, seguido del grupo neoplasias con un porcentaje de mortalidad del 28% (n=76). Finalmente, la población entre 29 y 59 años fallecidos en el periodo analizado corresponde al 58,5% (n=159) del total de las defunciones registradas, siendo similar lo reportado para enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias con un 29 % (n =46) para dichos subgrupos mencionados. (Ver tabla 10)

4. CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE CONDICIONES DE LAS COMUNIDADES NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS.

4.1 Ancestralidad.

Las prácticas tradicionales en salud son consideradas como todas aquellas prácticas realizadas por sabedores de diferentes culturas para la curación de enfermedades que son tratadas a base de hierbas, secretos, oraciones, rezos. Considerada como un legado ancestral que viene de generación en generación para la conservación de la misma. Permitiendo así comprender la Medicina tradicional, como una serie de prácticas culturales que realizan los “sabedores” para curar las diferentes enfermedades que se presentan en cada una de las regiones, tratándolas a base de plantas medicinales.

Los ancestros africanos transmitieron sus saberes para la curación de enfermedades que son propias de la cultura, así mismo estas prácticas hacen referencia a una interacción con los espíritus ya que muchos de los sabedores las realizan de una forma mágico-religiosa, haciendo uso de rezos, secretos, etc.

La medicina tradicional es esa práctica que se realiza como única opción que en el momento tiene las comunidades negras y afrocolombianas para acceder a ella, bien sea por recursos económicos y/o por la confiabilidad que se tiene a las prácticas ancestrales.

“La medicina ancestral es milenaria, desde que nace la humanidad nace la medicina ancestral, pero ahora va a recobrar su importancia. Esta es una de las mejores apuestas en escena, la importancia de como nosotros hacemos que esta medicina ancestral con las acciones afirmativas llegue a toda la población que la necesita, de manera que esta medicina ancestral es buena para la salud mental, por eso se necesita crear todos los Kilombos, uno en cada localidad, generando así más empleo y potenciar nuestras prácticas ancestrales desde el saber de cada quien, el poder que da Jesucristo y la madre tierra, esta apuesta debe ser implementada en todos los territorios del pacífico colombiano donde estén asentadas las poblaciones afro”. (3)

De igual manera las comunidades negras y afrocolombianas maneja un respeto frente a todo el tema cultural y ancestral, de manera que se trata de preservar las tradiciones ancestrales y evitar que se dé un desarraigo cultural.

“Estamos en un momento crucial para nosotros realzar la medicina ancestral, hay muchas personas que están previniendo y mejorando el covid-19 con las plantas medicinales. Es necesario que ahora se le de esa mayor importancia a la medicina ancestral”. (4)

Se entiende que los “**sabedores**” o “**curanderos**” se pueden definir como el practicante de una medicina que no se aprende en sistemas escolarizados o en instituciones reconocidas por el estado, sino, que es esa práctica que se basa en conocimientos empíricos, transmitidas generacionalmente de forma oral. Existen diferentes espacios donde se establecen las relaciones con la naturaleza, que permite la realización de prácticas tradicionales y en el mismo sentido se encuentran sabedores (curanderos), con diferentes puntos de vista, pero es con la práctica que el individuo adopta de manera diferente una relación con el medio, permitiendo las diferencias entre “sabedores” en la forma como tratan las enfermedades.

Algunos de los elementos que permiten caracterizar las prácticas de medicina tradicional son:

- » La presencia de sabedores, chamanes, médicos indígenas y curanderos, haciendo las veces de medico tradicional.
- » Presencia de parteras o comadronas, considerándolas como esas especialistas en el proceso del parto y del cuidado de la mujer en todo ese proceso, cuidado del bebe y dieta de la madre.
- » Presencia esencial de sobandero o hueseros, siendo considerado como esa persona especialista en ortopedia.
- » Manejo de plantas medicinales como una de las principales herramientas para curar todo tipo de enfermedad, que en el medio se presente.
- » Presencia de curanderos o comedores de culebras. Haciendo las veces de un excelente especialista curando todo tipo de mordeduras de culebras utilizando las plantas medicinales y demás herramientas del medio como sueros antiofídicos para erradicar el veneno del cuerpo de la persona.
- » La noción de frío y caliente como explicación principal de la mayoría de las dolencias en el cuerpo y su correspondiente clasificación en las plantas medicinales.
- » El uso de conceptos mágicos y religiosos para establecer la causa de otro gran grupo de enfermedades: castigo de Dios, maleficio, duende, susto, empacho, mal de ojo, pujo, hielo de difunto, etc.
- » El empleo constante de sustancias purgantes y limpiadoras del organismo.
- » Criterios comunes para el manejo de los ciclos vitales de la mujer.

De manera que, para que a las prácticas se le puedan denominar tradicionales, deben contener unos parámetros del arraigo y acervo histórico-cultural, que son los que permiten determinar la tradición que se ha establecido generacionalmente en un pueblo, donde el individuo aprende a tener un sentido de pertenencia por el territorio, estableciendo así una identidad cultural.

De acuerdo con las prácticas ancestrales se reconocen las siguientes:

1. Enfermedades del ombligo.
2. Mal de siete 7 días.
3. Susto o espanto.
4. Pujido.
5. Sereno.
6. Empacho.
7. Caquexia.
8. Sapitos.
9. Perlas o roséolas.
10. Ahoguío.
11. Lombrices.
12. Mal de ojo.

13. Malestares de preñez.
14. Aborto.
15. Pasma.
16. Enfermedades de matriz y ovarios.
17. Picadura de culebra.
18. Reumas.
19. Partería.
20. Descuaje.

Dentro del análisis con los diferentes actores, se logra identificar como practicas más comunes por las cuales las comunidades negra y Afrocolombiana consultan en los kilombos: mal de ojo, espanto, empacho, partería, descuaje, la matriz caída, matriz afuera, picadura de culebras, rebote de lombriz, reumas, irregularidad en la menstruación, pasmo siendo estas las más frecuentes.

De manera frecuente y de acuerdo con las practicas ancestrales, se utilizan insumos para la prevención y curación de las enfermedades en las comunidades negras y afrocolombianas se utilizan plantas medicinales como: nacedera, sauco, ortiga, paico, poleo, guayabo, ruda cilantro, santa maría, santa maría boba, albahaca, doña Juana, verbena negra, verbena morada, yerbabuena, palosanto, eucalipto, mara ratón, noni, anamú, hierba de chivo con predominio de uso en la Región Pacífica, De las plantas se usa sus extractos en diversas formas de preparación, para mejorar el estado de salud

De igual manera, se utiliza elementos medicinales como miel de abeja, sen, biche, sal común, aceite de castor, aceite de almendra, aceite de cocina, manteca de corozo, flor de azufre, canela, clavo de olor, comino, nuez moscada, pimienta dulce, pimienta picante, panela, ajo, café amargo, aceite de canime, ceniza, esencia de menta, esencia de vainilla, vino seco, aguardiente, agua florida, manteca de petacona y minerales como agua del mar, arena marina y azufre estos últimos de mayor uso en la Costa Caribe. Los minerales cobran su importancia en la medicina tradicional ya que son utilizados como proteínas, además aceleran la cicatrización de una herida, permitir la oxigenación en la sangre, poseer facultades antibacterianas.

Tales prácticas hacen parte de la forma en cómo los afrocolombianos se ligan con la naturaleza. El hombre y la mujer afrodescendiente reconoce el valor divino que rodea a la fauna y a la flora, a los elementos de la naturaleza agua, aire, fuego y tierra y el equilibrio ecológico que debe procurar no alterar para no interrumpir en los nexos que los unen a la naturaleza (Arriaga, 2002).

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas y cuestionarios realizados a los actores claves (comisión de salud, profesional de la salud, sabedora y técnicos ambientales) relacionada con los saberes ancestrales, se evidencia que existe una similitud entre los sabedores tradicionales de salud, de las comunidades negras y afrocolombianas independiente de la región geográfica colombiana de donde se provenga.

La región Pacífica, Choco, Cauca, Tumaco son territorios con un reflejo de reconstrucción cultural, donde se han establecido una serie de conocimientos culturales que conllevan a identificar una amplia gama de prácticas, entre las que se encuentran, las prácticas económicas de subsistencia, apuestas organizativas, relaciones de parentalidad y prácticas tradicionales en salud. Entendiendo que han estado arraigadas por años en el ser humano, especialmente en territorios poblados por población negra y afrocolombiana. Entonces el conocimiento y/o prácticas tradicionales *“comprende un conjunto de saberes, prácticas, usos, costumbres, informaciones y formas de vida que determinan la existencia del ser negro y su ethos cultural. Es un patrimonio imprescriptible, inembargable e inajenable de estas comunidades”* (5)

Desde tiempos coloniales las prácticas tradicionales han sido la solución a las problemáticas relacionadas con los procesos de salud-enfermedad de las personas, debido a la accesibilidad de los servicios de salud, lo cual va relacionado con el aseguramiento en salud. Las prácticas tradicionales son realizadas por sabedores tradicionales, chamanes, yerbateros, sobanderos, curanderos, de acuerdo con cómo se les decida llamar o se hagan llamar estas personas en su población, del mismo modo gozan de un cúmulo de saberes ancestrales que les permite diagnosticar, curar y prevenir cada uno de los padecimientos y/o males que en su momento presente algún miembro de la comunidad.

“Esta la cura de mal de ojo, partería, las tomas para los partos, los emplastos para mitigar dolores, tomas para curas de azúcar e hipertensión”. (6)

En las culturas ancestrales las prácticas tradicionales en salud hacen parte de un entramado cultural, donde cada contexto le da un uso diferente, *“somos comunidades negras y afrocolombianas, pero nuestras prácticas varían dependiendo del lugar donde vengamos, somos territorios diversos cada uno tiene sus usos y costumbres de acuerdo a su territorio de origen”.*

Las prácticas tradicionales con la utilización de las plantas medicinales propias de las comunidades negras y afrocolombianas, son insumos utilizados para curar enfermedades, estas prácticas ancestrales se han visto afectadas y amenazadas por la pérdida de plantas sagradas, los entornos o territorios como consecuencia de la aculturación, destierro de los lugares de origen lo que ha causado disminución y desuso de estas costumbres tradicionales, vitales para la perduración de las mismas, afectado la salud y la vida propia en las comunidades afrodescendientes, causando pérdida de los conocimientos ancestrales adquiridos de generación en generación y de la identidad física y cultural; esto, a diferencia de los tiempos milenarios donde existió una gran cosmovisión por parte de los ancestros, médicos tradicionales y pueblo en general.

Las prácticas ancestrales desde sus usos y costumbres son de suma importancia. Pues, estas prácticas integran la salud humana, el cuidado del medio ambiente y la relación espiritual entre el hombre y la naturaleza. Con el pasar del tiempo se ha olvidado la parte espiritual y el contacto con la naturaleza, por eso es necesario rescatar todos estos saberes con la recuperación de la memoria ancestral y lo relacionado con las plantas medicinales y las tradiciones. Todos estos saberes se pueden reflejar y traer a este tiempo dando la importancia que se merecen, por su valor ancestral. La integración de estos pensamientos puede dar la pauta para que muchos recursos perdidos vuelvan a ser parte de la vida comunitaria y construir un pueblo más comprometido

con el bienestar de su comunidad a través de acercamiento al conocimiento e idiosincrasia y sus creencias e ideología. “En este mismo sentido las prácticas ancestrales son enseñadas a las personas desde la niñez, este proceso se da a través de la visión espiritual, vocación de servicio y ganas de aprender, con las cuales el sabedor elige a quien le enseña todo su conocimiento tradicional”. (7)

“De acuerdo con las tradiciones que se tienen a la hora de utilizar las plantas se debe tener en cuenta unas particularidades como, mujeres mal dormidas, embarazadas o con la regla no pueden tocar las plantas porque se mueren o sea se marchitan. Ya que tradicionalmente en las comunidades negras y Afrocolombianas, se dice que estas mujeres con estas condiciones están enfermas. Así mismo el Sabedor tiene secretos a la hora de salir de casa y ser dirigido al monte, por eso prepara el cuerpo para prevenir problemas, para evitar picaduras de culebras y/o encontrarse con enemigos. La medicina ancestral es un símbolo de resistencia y permanencia contra el sistema de salud occidental”.

“Durante décadas las prácticas tradicionales en salud son catalogadas como brujería y satanizadas, ya que se hacen rituales ancestrales donde se utilizan plantas, minerales y animales. Sin embargo, los sabedores y sabedoras se sienten orgullosos de sus saberes ya que son privilegiados por los orichas, (dioses) ancestros, naturaleza y nuestra madre tierra”.

De acuerdo con la intencionalidad de articular los saberes de la medicina ancestral y la medicina occidental sin el detrimento del uno y del otro, en los espacios de análisis se logra identificar que las dos medicinas requieren que se profundicen y reconozcan sus modelos conceptuales para revelar sus mutuales puntos de convergencia y divergencia. Los mismos practicantes de ambas medicinas, sumergidos en su práctica en lo cotidiano, muchas veces ignoran ellos mismos las grandes líneas de fuerza en el diario vivir. Esas carencias en la formación conllevan riesgo de la desvirtualidad de las prácticas y en lo que concierne a la terapéutica articulada de esas medicinas resulta en un sincretismo superficial al lugar de una síntesis rica y profunda. La toma de conciencia individual y colectiva de esos modelos subyacentes es necesaria para permitir una revisión epistemológica que redefina territorios y lleve a una verdadera fusión en un nuevo paradigma pertinente que sólo conlleve confusión.

Cada medicina en su espacio lógico logra una articulación viable, clara y enriquecedora. Ciertamente, existe el creciente interés de las partes por acercarse y ampliar e integrar el conocimiento, y los participantes a este llamado pueden surgir desde todo tipo de sectores e intereses; desde las medicinas alternativas, las medicinas occidentales, las medicinas tradicionales, escritores, funcionarios públicos, entre otros. Por eso, es necesario vislumbrar el futuro de estas prácticas a partir de la protección, el conocimiento y el respeto los saberes que surjan entre este intercambio, por lo cual emerge la disciplina denominada Etnomedicina, como aquella que reúne las investigaciones, marcos teóricos y discusiones sobre el tema.

Es así como, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el bienestar de la humanidad no depende tan sólo de los enormes avances de la medicina moderna. Desde hace 30 años, este organismo ha llamado la atención de los gobiernos y las universidades para que conozcan y estudien el conocimiento ancestral de las poblaciones indígenas, campesinas y de grupos étnicos

minoritarios, consciente de que sus sistemas tradicionales de salud pueden ofrecer beneficios a la humanidad.⁵⁴

Teniendo en cuenta lo anterior permite evidenciar la importancia de establecer un auténtico diálogo intercultural, en el que las comunidades negras y afrocolombianas no sean objeto de investigación, sino que se conviertan en sujeto y protagonista de la misma, que se respete su cosmovisión, sus conceptos y su ancestralidad biodiversa. Es por eso que los actores claves enfatizan en que las prácticas ancestrales se den a conocer y la importancia de sus efectos en el contexto preventivo y curativo, bajo los usos y costumbres que ellos le dan.

4.2 Salud.

La Organización Mundial de la Salud define la *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Lo cual está relacionado con el estar bien sin sentir ningún padecimiento físico o mental. (8)

De acuerdo con la percepción de salud entre las personas entrevistadas como actores claves se identifica una similitud ya que es definida como el bienestar físico, emocional, social, la cual está relacionada con el entorno en el que se vive.

“Es el completo bienestar no solo físico, si no emocional, mental y social de todas las personas, la familia y la comunidad. La salud es holística un conglomerado de todo lo que tenemos a nuestro alrededor, se necesita estar tranquilo psicológica y socialmente” (1).

Por otra parte, para la medicina tradicional la salud, es un complemento importante entre cada uno de los factores sociales y culturales que rodea a una población, ya que este proceso nunca se puede analizar por separado, teniendo en cuenta que las enfermedades hacen parte del contexto en el que se habita y es ese mismo medio que permite que se le realice un proceso de salud para el bienestar del enfermo. En este mismo sentido los ancestros desde tiempos atrás han tratado la salud-enfermedad de manera tradicional y relacionándolo al contexto, ya que las enfermedades que se presentan en el ser humano no son las mismas, o no se les llama igual, o en su efecto no se curan de la misma manera, ya que cada cultura realiza un proceso diferente.

“Desde lo ancestral la salud ha sido tratada con plantas medicinales utilizadas de diferente manera de acuerdo con el territorio de origen, en estos territorios se encuentra una variedad de plantas para tratar múltiples enfermedades, existe una planta que en la costa Caribe se le llama balsamina, que se utiliza para tratar la presión alta, al igual que el agua de mar se utiliza para sanar gripas y enfermedades pulmonares, ya que esa agua contiene componentes minerales”. (9)

“La salud es el estado de bienestar, físico y mental, para las comunidades negras y afrocolombianas, desde un relacionamiento con la naturaleza y su espiritualidad, de manera que la

⁵⁴ <https://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/ur/Fasciculos-Anteriores/Tomo-I---2006/Fasciculo-1/ur/Medicina-indigena-y-occidental--dialogo-de-saberes/#.X24uNmKjIU>

enfermedad para la población negra es el maleficio producto de las malas acciones, cometidas por los seres humanos, y por esa razón les viene las enfermedades en castigo de ese comportamiento, bien sea desde lo espiritual como con la naturaleza". (9).

Las comunidades se encuentran afiliadas al Sistema de Seguridad social el 28.5 % (n: 4.429) se encuentra afiliada al Régimen Contributivo en las EAPB: Compensar, Famisanar y Sanitas; con un 21,3 % (n: 3.303) se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado en las EAPB: Capital Salud EPS – S, Unicajas y Nueva EPS. Durante la implementación de los planes familiares, por el equipo de espacio y vivienda se identifican los kilombos como un apoyo y fortalecimiento de las practicas ancestrales, siendo este una alternativa de solución a los problemas de salud y la dificultad que tienen algunas familias que no están afiliadas al sistema de seguridad social en salud y no gozan de los beneficios contemplados en la Ley 100.

Sin embargo, se identifica barreras las cuales afectan la accesibilidad a los servicios de en las comunidades negras y afrocolombianas como: no oportunidad en los servicios, dificultad accesibilidad administrativa y problemas recursos económicos, barreras identificadas en la base de aseguramiento entregada por la subdirección de participación social de la SDS lo cual contrasta con la información entregada en los diálogos de saberes con los kilombos, por lo que las comunidades acceden a los servicios de la medicina ancestral por su gratuidad y fácil acceso.

De igual manera en la base se identifica como principales motivos de consulta: cómo afiliarse, trasladarse o retirarse de una EPS-S, EPS-C, ESE ó IPS, cómo acceder al Sistema de Salud, a servicios de salud, a derechos y deberes y a normatividad y orientación e información en salud. Lo cual permite identificar las falencias en cuanto al aseguramiento a salud por parte de las comunidades negras y afrocolombianas, esto juega un impacto negativo en el disfrute del derecho universal como es la salud. Por lo tanto, es necesario dentro de las actividades a reforzar en los espacios comunitarios la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Para los kilombos, el concepto de salud se asocia con dar bienestar a través del tratamiento de las plantas medicinales que cultivan, cuidan y conservan los técnicos ambientales; estas plantas se preparan mediante zumos usados para tomar o en forma de emplastos, para hacer masajes o baños. Para poder hacer uso de estas plantas, las sabedoras piden permiso a la madre tierra y le explican para qué y cómo usarán estas hierbas. En ese sentido es importante resaltar que, desde los kilombos, la atención se basa en la armonía del cuerpo, mente y espíritu con lo natural, de ahí que consideren que el bienestar no se encuentra en los medicamentos sino en las plantas.

Desde la apropiación de la medicina ancestral como proceso transversal del cuidado en la salud-enfermedad se realizan actividades desde el espacio y vivienda en el año 2019 encaminadas a conocimientos y prácticas de autocuidado en estilos de vida saludable dentro de todos los ciclos vitales a través de la alimentación adecuada y actividad física, curación de dolencias y/o enfermedades virales bajo la intervención ancestral apoyada con la medicina occidental, educación a las familias sobre alimentación saludable, importancia de la asistencia a vacunación, controles de crecimiento y desarrollo y a controles de usuarios con condiciones crónicas.

Desde la gestión del equipo a nivel intersectorial dadas las necesidades de las familias, se efectúa gestión para asignación de cupos en programas de educación inicial y empleo fue

sensibilizar y educar a las familias sobre los hábitos saludables, sobre hábitos de higiene oral, sobre la importancia de llevar a los niños a control de crecimiento y desarrollo, citología y hacer gestiones en integración social para bono de alimentos, pañales, ropa y gestión en salud.

4.3 Enfermedad.

La Organización Mundial de la salud define la enfermedad como alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característico, y cuya evolución es más o menos previsible. La cual está relacionada con la alteración del cuerpo ante causas externas y/o internas. (45).

La enfermedad es entendida como el desequilibrio espiritual y emocional, que se debe a la relación entre los seres vivos y naturaleza, también puede ser un proceso generacional; en otros términos, la enfermedad es vista como un castigo pues guarda relación con lo maligno.

La enfermedad para las personas entrevistadas es percibida como la alteración del estado físico, social y mental, relacionada con malos hábitos alimenticios, falta de autocuidado y exposición a agentes patógenos que ingresan al cuerpo y alteran el funcionamiento de nuestro cuerpo.

“Es la alteración de mis signos vitales, lo psicológico, lo social, lo mental y el entorno sea que si estas áreas se ven afectadas yo me voy a enfermar”. (4).

La medicina occidental percibe la enfermedad como un desequilibrio de los componentes del cuerpo a nivel individual, entonces se puede decir que esas respuestas terapéuticas están orientadas netamente hacia el individuo, pero a esto se opone la medicina tradicional, ya que esta trata al individuo como un ser integro total, colocando así a la enfermedad en un contexto social del paciente, refiriéndose a que se debe tener en cuenta el contexto sociocultural, tradiciones o costumbres que se da en dicho territorio, para de esa forma llegar a plantear un tratamiento que vaya totalmente ligado y contextualizado, teniendo en cuenta que la medicina tradicional hace referencia a esas tradiciones que se adoptan y se reproducen de generación en generación, y que toman relevancia de acuerdo a la cultura a la que pertenezca el ser humano.

“La enfermedad es el desequilibrio de los aspectos del cuerpo humano”. (10)

“La enfermedad es tener un mal hábito alimenticio, es vivir en medio de malas energías que me producen estrés y el entorno social que se habita”. (11)

“De acuerdo a las intervenciones que realizamos a las familias se ha evidenciado una gran problemática, hay unos factores de riesgo socio-económico, el estrés, la depresión y la ansiedad que se está generando en este momento, ejemplo no tener con que pagar el arrendo, con que alimentarse y con qué suplir esas necesidades, hemos evidenciado que en nuestra población tanto hombre como mujer están presentando problemas cardiovasculares (circulación, corazón y pulmón) reflejando así una hipertensión arterial. Diabetes, hipertensión y la depresión son las enfermedades que se están presentando en los adultos hombre-mujer” (6).

En la medicina tradicional se utilizan plantas para tratar enfermedades, dentro de las cuales se encuentran el matar ratón para curar el **sarampión**, **varicela** **fiebre**, para la **prevención del covid-19** se utiliza eucalipto, menta, jengibre, canela, panela, miel de abeja, armonización de plantas medicinales y minerales como sal marina. Así mismo hay plantas como Anamú y caléndula que sirven para tratar **dolor de riñón**, para mantener los niveles de **la presión** se utiliza la hoja del bravo, laurel, la pepa del aguacate y la balsamina, para bajar los **niveles de azúcar** se utiliza el laurel y la hoja de guanábana, para curar **el rebote de lombriz** se utiliza ajo, para curar el **espanto** se utilizan plantas como ruda, rama bendita, albahaca, romero, estopa del coco y se finaliza con secreto, para curar **empacho** se utiliza manzanilla, anís diente de león, para curar el **ahogo** se utiliza jengibre, cebolla roja, aceite de tiburón, hojas de gandul, anís y aguardiente, para curar las **hemorroides** se utiliza piedra lisa plateada, para curar el **dolor de estómago** se utilizan cogollos de guayaba, ajo y sal marina y para curar el **dolor de riñones** se utiliza cascarillas de acacia.

Desde la medicina ancestral por parte del Kilombo Yuma se atiende a diario usuarios con alteraciones en salud como matriz caída, niños desencajados, niños con parásitos, dolores musculares, dolores articulares, inflamación de la próstata, infecciones renales, enfermedades respiratorias, diabéticos, hipertensos. En el Kilombo Aroni se atiende los siguientes motivos de consulta: Quistes en los ovarios, dolores articulares y de espalda, esguinces, migraña, estrés laboral, matriz caída, duelos, acomodar bebe atravesado en el embarazo. Y en el Nuevo Kilombo se identificaron los principales motivos de consulta de atención individual: Ojo, parásitos intestinales, gripa, sobijos, heridas.

De acuerdo con los Registros individuales de atención se identifica una gran relación entre las enfermedades registradas en los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización frente a las atenciones con los Centros de práctica de medicina ancestral con una mayor frecuencia en los menores los signos, síntomas mal definidos y las enfermedades transmisibles dentro de las cuales se encuentran las infecciones respiratorias bajas y altas, mientras que en los adultos se observa una mayor presentación las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, diabetes y obesidad.

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta el análisis realizado con los actores claves, se estableció de manera conjunta en el plan de análisis para este documento, se estableció los siguientes núcleos problemáticos en los diferentes momentos de curso de vida, es decir; primera infancia, infancia (0-5 años), infancia (6-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años), vejez (60 años y más) en población negra y afrodescendiente residente en la Ciudad de Bogotá:

Núcleos Problemáticos Frente al Lenguaje Ancestral por Grupo de Edad de las Comunidades Negras y Afrocolombianas de Bogotá.

Primera Infancia

Teniendo presente las edades de primera infancia que van desde los 0 a 5 años, de las comunidades negras y afrocolombianas en la ciudad de Bogotá; se identificó de acuerdo a al análisis realizado por los perfiles ancestrales que con frecuencia tienden a enfermarse por las siguientes casusas:

Tabla 11. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Primera Infancia

Enfermedad común		Causas
Lombrices	→	Madres Desnutridas
Empachado		Mala Higiene
Raquítico		Incorrecta Manipulación de Alimentos

Fuente: Elaboración propia equipo Asís Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como **núcleo problemático la Capacidad del Cuidador**.

El cuidador debe estar capacitado para reconocer las alertas de estas enfermedades y así intervenir a tiempo para acompañar al menor en su proceso de desarrollo.

Objetivo: demostrar la importancia del cuidador, que reconozca los signos de alarma en la primera infancia para minimizar los riesgos de morbilidad-mortalidad en esta población.

Actores claves: los perfiles son los siguientes, sabedores ancestrales, partera, gestor y enfermera que hacen parte de los kilombos de las diferentes localidades.

Los sabedores, autoridades ancestrales afrodescendientes y negros de la ciudad de Bogotá consideran que las personas adultas encargadas de la primera infancia, no solo deben tener una edad adulta, sino que su edad debe estar acompañada de conocimientos, experiencia y elementos que le permitan desempeñarse bien en su arte de cuidador, teniendo en cuenta que están a cargo de una población vulnerable y que depende en todo de ellos. El cuidador debe estar capacitado para saber las alertas de estas enfermedades y así intervenir a tiempo para acompañar al menor y lograrlo sacar de esa condición de enfermedad; para que este crezca en un ambiente sano, con todos sus estadios de desarrollo.

En el análisis realizado por los mayores consideran que el problema encontrado como es la capacidad del cuidador depende también de otros factores como la pobreza de nuestras comunidades; informan que no se puede brindar cuidados de calidad, cuando la familia carece de alimentos, techo y abrigo digno pues no tienen capacidad para tener un buen empleo para sostener a la familia. Solicitan acompañamiento de los programas de ayuda de la alcaldía para que realice un diagnóstico casa a casa de la población afro para que desde el nivel central se generen estrategias que mitiguen el hambre y las necesidades básicas insatisfechas de la población y que aunado a esto se realice la educación que requieren los cuidadores para garantizar una primera infancia sana y sin problemas de salud.

Infancia

En cuanto a los infantes en edades de 6 a 11 años de las comunidades negras y afrocolombianas de la ciudad de Bogotá se identifica que las principales causas de morbilidad a juicio de los perfiles ancestrales son los siguientes:

Tabla 12. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Infancia.

Enfermedad		Causas
Gripa		Calle, Cambio climático
Diarrea		Contagio-varicela
Dolor de estomago		Comidas en los colegios-dulces.

Fuente: Elaboración propia equipo Asís Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como núcleo problemático el Entorno de Vida.

Objetivo: sensibilizar al núcleo familiar al igual que autoridades ancestrales, para que ellos a su vez sean multiplicadores de entornos de vida saludables.

Actores claves: los perfiles son los siguientes, sabedores ancestrales, partera, gestor y enfermera que hacen parte de los kilombos de las diferentes localidades.

El cuidador o las personas que tienen a cargo a los infantes deben tener la capacidad de identificar estas alertas y/o sintomatologías para realizar un adecuado abordaje y ayudar a los menores para recuperar su salud y así crezcan sanos y fuertes logrando su óptimo desarrollo dentro de su ciclo vital.

Los niños en su infancia son personas que atienden y entienden todo lo que el adulto les enseña además ellos están muy compenetrados con su entorno y se vuelven multiplicadores de todo lo que aprenden de sus acompañantes familiares, ya sea en un entorno de familia nuclear o familia extensa (padres, hermanos, tíos, primos) los entornos de vida saludable son réplicas de sus acompañantes las cuales se repiten de generación en generación y según los intereses de los infantes.

En ocasiones los adultos hacen referencia de sus saberes ancestrales y son vivencias que aprendieron en su infancia para proyectar posteriormente en una generación próxima. En los menores de edad estas enfermedades o motivos de consultas están dadas por inadecuadas prácticas de alimentación, falta de consumo de alimentos como verduras, frutas y vegetales, alto consumo de dulces y bebidas azucaradas, cambios bruscos de temperatura, poca ingesta de agua

y alimentos ricos en calcio y hierro. Los sabedores y parteras de la comunidad afrodescendiente y negra de la ciudad de Bogotá dicen que para ayudar a solucionar la problemática de este grupo de edad cual es sus entornos de vida se debe retomar la participación de los entes gubernamentales que evalúen el nivel de pobreza en la que viven nuestras comunidades que los sume en una condición que genera dificultades en el cuidado de los menores ya que se están preocupados por solucionar necesidades básicas insatisfechas como un techo digno y la alimentación.

Adolescencia

De acuerdo al análisis realizado para las edades de 12 a 17 años según el criterio de los perfiles ancestrales, se identificó las siguientes causas.

Tabla 13. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Adolescencia.

Enfermedad		Causas
Suicidio		Padres ausente
Consumo de spa		Rebeldía
Bullying- violencia intrafamiliar		Experimentar-curiosidad
		Amistades

Fuente: Elaboración propia equipo Asís Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como **núcleo problemático las Pautas de Crianza.**

Se debe reconocer estas alertas para hacer un adecuado abordaje, que permita hacer un adecuado a esta población que requiere de una atención importante y acertada por parte del cuidador.

Objetivo: educar al núcleo familiar en cuanto a herramientas que permiten establecer pautas de crianza asertivas para fortalecer la salud emocional de los hijos.

Actores claves: los perfiles son los siguientes, sabedores ancestrales, partera, gestor y enfermera que hacen parte de los kilombos de las diferentes localidades.

Los actores afrodescendientes y miembros del kilombo consideran que nuestros adolescentes están afectados por situaciones como el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas y el bullying y que para encarar esta problemática además de contar con la participación activa de la comunidad afro a través de sus sabedores y comunidad en general, se requiere del concurso

activo y urgente de los entes gubernamentales que son expertos en el abordaje de este tipo de problemáticas; solicitan que en los kilombos del Distrito de Bogotá halla presencia activa de psicólogos conocedores de la problemática de la adolescencia. Que sea prioritario y urgente el abordaje por parte de expertos a la población de adolescentes ya que nuestros mayores por proceder de zonas del país donde este tipo de problemas no se presentaban tan cotidianamente, no cuentan con las herramientas metodológicas suficientes para su abordaje y para dar posibles soluciones que sean efectivas para nuestros adolescentes.

Dicen además los líderes y perfiles ancestrales de la comunidad afrodescendiente y negra de la ciudad de Bogotá, que los afro bogotanos vienen desde el territorio con carencias psicológicas que solo son detectables una vez se accede directamente al núcleo familiar; insisten en que se ha pedido de manera reiterativa de que en los equipos étnicos se cuente de base con un psicólogo ya que los de las subredes tienen otros compromisos y responsabilidades que les impiden cumplir a cabalidad con los requerimientos que se suscitan al interior de los kilombos y que son producto de las necesidades de las familias. Los sabedores y las parteras de los kilombos vienen desarrollando la labor de psicólogos y consejeros en los kilombos, pero solicitan formación y acompañamiento en este sentido para seguir aplicando sus conocimientos a la adolescencia; son enfáticos en aclarar que su forma de abordar a los adolescentes también ha funcionado en el tiempo pues acompañan su terapia con el canto y la música del pacífico como la marimba y el guasa, siendo estos métodos atractivos para la población joven afro de la ciudad de Bogotá.

Juventud

Comprende las edades entre 18 y 28 años; en reunión de análisis con los perfiles ancestrales del equipo ASIS Diferencial, se identificó la siguiente problemática.

Tabla 14. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Juventud.

Enfermedad		Causas
Infecciones de transmisión sexual		Comportamientos sexuales
Embarazo no deseado		No precauciones
Orientación sexual		

Fuente: Elaboración propia equipo Asís Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como núcleo problemático la Configuración de los Estilos de Vida.

De acuerdo al conocimiento de los perfiles ancestrales consideran que los jóvenes negros y afrocolombianos presentan comportamientos inadecuados en cuanto a la vida sexual y la conformación de un proyecto de vida, por lo cual se hace necesario identificar esta problemática para intervenirla de una manera adecuada y eficaz.

Objetivo: identificar los principales vacíos en información y educación por parte de los jóvenes para una correcta toma de decisiones.

Actores claves: los perfiles son los siguientes, sabedores ancestrales, partera, gestor y enfermera que hacen parte de los kilombos de las diferentes localidades.

De acuerdo a los espacios de análisis con los mayores y perfiles ancestrales de los kilombos del Distrito para ayudar a mitigar la problemática en cuanto a la configuración de los estilos de vida de los jóvenes afrodescendientes y negros de la ciudad de Bogotá se concluyó de que el trabajo se debe realizar más que desde el kilombo, es desde la casa, los embarazos no deseados y las enfermedades contagiosas es por la indisciplina de los jóvenes, acompañado a veces por la falta de conocimiento, falta de control familiar, dificultad en inculcar valores y reglas. Se insiste por parte de nuestros sabedores que se debe recurrir para ayudar a subsanar esta problemática a un abordaje desde la familia y se requiere participación de profesionales expertos que ayuden a dar conocimiento de los riesgos a los que se ven abocados los jóvenes al no tomar decisiones acertadas; se hace necesario explicarle a esta población el cuidado del cuerpo, a respetarlo y amarlo, el cuidado de la salud, la planificación de la familiar, la promiscuidad y el uso correcto y adecuado de los métodos de planificación familiar pero desde la institucionalidad.

Dicen los mayores que se debe ayudar a borrar de los imaginarios de los hombres afrodescendientes y negros de la ciudad de Bogotá que el mecho de tener muchos hijos o muchas mujeres es sinónimo de ser más macho. Se entiende por parte de los líderes y perfiles ancestrales que es la educación asertiva la que ayudara para que esta problemática de Las infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y el tema de aceptación y orientación sexual. Se debe enseñar metas a los jóvenes, planificar una familia, construir un plan de vida, donde el joven diga cómo se proyecta, como se ve en el futuro, que lo motiva y tener en cuenta que es un trabajo que se debe iniciar a hacer desde la niñez para que pueda surtir frutos ya en la juventud.

los jóvenes en la ciudad se ven enfrentados a nuevas dinámicas sociales que los llevan a querer a tener nuevos comportamientos y encajar en lo que socialmente es aceptado, la práctica de su sexualidad no puede ser la excepción en los cambios que sufre la población afro a raíz de la salida de su territorio, los jóvenes se ven enfrentados a querer encajar a una nueva cultura y nuevos usos y costumbres que por su edad lo ven adecuado y son vulnerable ante los cambios, es aquí donde cobra importancia el rol familiar para mantener vivo su ancestralidad en todo lo que tiene que ver a las prácticas sexuales.

Adultez

Comprende las edades de 29 a 59 años y de acuerdo a los análisis de los perfiles ancestrales (sabedor y partera) es un grupo poblacional donde convergen muchas causas que conllevan al

deterioro de la salud y trae consigo la constante asistencia a centros médicos y kilombos y se identificaron como las principales problemáticas en salud.

Tabla 15. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Adulthood.

Enfermedad		Causas
Azucar		Tabaquismo
Tensión Alta		Sedentarismo
Derrame		Mala alimentación

Fuente: Elaboración propia equipo Asis Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como **núcleo problemático los Inadecuados Hábitos de Salud.**

Según el análisis realizado por el sabedor y la partera del equipo ASIS diferencial consideran que, de toda la población negra y afrodescendiente del Distrito, es este grupo de edad donde se debe realizar un mayor cuidado con miras a disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad.

Objetivo: adoptar métodos de alimentación balanceada, saludable, sana para alcanzar a tener una vejez libre de tantas enfermedades crónicas.

Actores claves: los perfiles son los siguientes, sabedores ancestrales, partera, gestor y enfermera que hacen parte de los kilombos de las diferentes localidades.

En cuanto a la adultez y el núcleo problemático identificado, inadecuados hábitos de salud; los líderes y perfiles ancestrales de las diferentes localidades de la ciudad de Bogotá y teniendo en cuenta los espacios de análisis generados para la problemática, consideran que la solución de los problemas de salud de la adultez afro de la ciudad de Bogotá no es solo modificar los hábitos inadecuados de salud si no que hay problemas de raíz que son importantes y subyacen como son: la dificultad al acceso a trabajos que ayuden a sostener la familia a su vez poder tener acceso a productos de la canasta familiar variado y nutritivo. en los adultos los factores de riesgos están dadas por las condiciones de sedentarismo, inactividad física, inadecuada alimentación baja en vitaminas y minerales, alto consumo de alimentos ricos en grasa, sal, harinas, azúcares, consumo excesivo de alcohol y tabaco.

Se solicita articulación de los kilombos y las subredes para que haya difusión de información de sensibilización a la población que acude a estos centros donde se indique los perjuicios que

trae el consumo de alcohol, cigarrillo y alimentos insanos. Los líderes dicen que se necesita además que haya disposición y reciprocidad de las familias afro para que pueda haber resultados positivos que redunden en su propia salud.

Se dice también que se debe ir más allá y estudiar las consecuencias que tienen las enfermedades crónicas en los adultos; consecuencias que se vienen dando desde el territorio, se recuerda que desde siempre nuestros mayores por ejemplo han cocinado con leña y esto afecta toda la salud de nuestras familias, estudiar enfermedades prevalentes como la hipertensión, enfermedades respiratorias, artrosis y el glaucoma desde temprano para evitar que aparezca en futuras generaciones; los mayores dicen que la responsabilidad no radica solo en las decisiones de la gente sobre como alimentarse si no también sobre que ofrece la ciudad para que la gente se alimente y sobre que ofrece el sistema de salud para tratar los padecimientos de la población afro y negra de la ciudad de Bogotá.

Las enfermedades adquiridas por la población están muy relacionadas a los cambios que viven cuando salen del territorio, la forma de alimentarse va muy ligado a la cultura, los grandes cambios que sufre la población es en su gastronomía, la vulnerabilidad en la que vive la población hace que no tenga acceso a los productos en la ciudad y esto los obliga a cambiar su forma de alimentarse; en el territorio cultivan sus propios alimentos mientras que aquí los productos en algunas ocasiones los consumen procesados. Los cambios en sus dinámicas de vida hacen también que el sedentarismo se convierta también en un problema de salud o que potencialice otros, mientras en el campo salen todos los días a cultivar y a realizar labores que demandan la realización de actividad física.

Vejez

Comprende las poblaciones de hombres y mujeres en edades de 60 años y más.

Tabla 16. Núcleo problemático enfermedades comunes y sus causas de las comunidades Negras y Afrocolombianas en la Vejez.

Enfermedad		Causas
Enfermedades respiratorias		Soledad
Abandono familiar		Desatención del adulto
Responsabilidades impropias de la edad		Red de apoyo primario

Fuente: Elaboración propia equipo Asís Diferencial 2020. Subred de Servicio de Salud Centro Oriente.

De acuerdo a lo anterior se identificó como núcleo problemático para la Vejez la Inadecuada Red de Apoyo.

Objetivo: recuperar la medicina ancestral en espacios diferente a la tierra de origen para continuar con el legado ancestral que se está perdiendo en otros espacios por opción de vida y desplazamiento territorial.

Los adultos mayores afrodescendientes en la ciudad de Bogotá viven una situación adversa puesto que por lo general son traídos por los hijos para ofrecerles mejoras en su calidad de vida que en su territorio no contaban, pero terminan siendo olvidados en una habitación no por maltrato sino por la dinámica de la sociedad, pues al cuidador le toca salir a trabajar todo el día y no puede estar en casa para propiciar cuidados que el mayor requiere. Todo esto lo que provoca es la aparición de enfermedades como las respiratorias que en la mayoría de los casos no son tratadas a tiempo por no contar con una persona o cuidador que las identifique a tiempo para abordarlas. Los constantes cambios de clima que se presentan en la ciudad de Bogotá les exacerban las afecciones respiratorias, que muchas veces no superan; desde la parte ancestral los negros y afrodescendientes siempre salen de su terruño con toda la familia a empezar de cero en las ciudades y si llega otra familia también le dan alojamiento así queden en hacinamiento porque es parte de las costumbres de los pueblos.

Además, por el hecho de que el adulto mayor permanezca en el domicilio todo el día, se le terminan delegando funciones que no son adecuadas para su edad como labores del hogar y cuidado de menores. El viejo termina siendo cuidador y no cuidado como debería ser; los cambios en los espacios físicos en la ciudad generan una tensión en el estado anímico de las personas. En la cosmovisión de la población afro tienen muy claro que el bienestar del ser es integral y que si emocionalmente las personas tienen bienestar esto les genera bienestar en su estado físico.

Para contrarrestar esta problemática los sabedores y líderes de la población afrodescendiente y negra de la ciudad de Bogotá proponen mesas de trabajo en los kilombos que tengan como centro la familia y que se pueda llegar a través de los kilombos al núcleo familiar para dar a conocer la importancia del papel del adulto mayor en el hogar y la necesidad de brindarle los cuidados necesarios para su edad.

Al analizar la morbilidad en las comunidades negras y afrocolombianas permite identificar que a pesar de ser un grupo diferencial se tienen un comportamiento similar al resto de las demás poblaciones que se encuentra en la Ciudad de Bogotá, sin embargo, la morbilidad en este grupo poblacional está relacionada con factores propios de la etnia lo cual predispone a padecer de enfermedades cardiovasculares en mayor proporción.

Esta relación juega un papel muy importante tanto para la medicina tradicional como para la medicina ancestral ya que se trata de identificar que las consultas están relacionadas con enfermedades que son tratadas desde las practicas ancestrales sino también desde la medicina tradicional a través de medicamentos dándole a cada uno su aporte en pro de la salud de las comunidades negras y afrocolombianas.

La prevención de la enfermedad para las personas entrevistadas en las comunidades Negras y Afrocolombianas se debe enfocar en la promoción de la salud a partir de la educación y practica de hábitos saludables. De igual manera fortalecer los saberes ancestrales y la medicina tradicional con adecuadas prácticas de autocuidado.

“Se debe hacer mucha promoción a la salud, educar, sensibilizar a las personas para que tomen conciencia y empiecen a adquirir buenos hábitos saludables”. (1)

Por lo que se hace necesario fortalecer los hábitos saludables en el hogar, trabajo y cualquier medio de espacio individual y colectivo que permita mejorar las condiciones de salud en las comunidades negras y afrocolombianas contribuyendo así al disfrute de la salud bajo condiciones óptimas de desarrollo.

Desde el contexto social las comunidades negras y afrocolombianas desde sus prácticas gastronómicas se evidencia el consumo de condimentos y grasas naturales (coco) los cuales producen acidez e inflamación del estómago que científicamente se les ha atribuido que son nocivos y perjudiciales para la salud. Los productos consumidos anteriormente eran naturales y en abundancia mientras que actualmente se consumen productos considerados artificiales; la inclusión de otros productos en la canasta familiar tradicional como enlatados, congelados, embutidos y se utilizan caldo rico, ricostillas, maggi y sus derivados para sazonar; marcan un creciente proceso de adaptación alimentaria anómica (pérdida de las costumbres de origen) que, como se mencionó anteriormente, amenaza sus tradiciones culturales y afectan la salud.

4.4 Muerte.

Es un efecto terminal que resulta de la extinción del proceso homeostático en un ser vivo; y con ello el fin de la vida. Dentro de los usos y costumbres de la población negra y afrocolombiana, se encuentran los rituales fúnebres que hace parte del legado ancestral y cultural. Son tradiciones que se han realizado por generaciones en las comunidades, como muestra del afecto, amor y respeto que se le tenía a ese ser querido que ya no está, los colores de la ropa a la hora de asistir a un velorio, entierro o chigualo son importantes, ya que se ha priorizado por décadas en las comunidades negras y afrocolombianas que el color adecuado para asistir a esos rituales es el blanco y el negro, ya que se evidencia pureza en el blanco para el menor de edad y tristeza o luto en color negro para los adultos.

Es un estado parte del ciclo de la vida, que se presenta en el tiempo de ciclo vital, seda antes o después de acuerdo al estilo de vida que tenga la persona. (12)

En estos rituales fúnebres se realizan una serie de cantos, alabaos y chigualos. la tumba se organiza de acuerdo a como se desee para el velorio, después del entierro se realizan unas novenas, que son rezos por durante 6 días consecutivos, al séptimo día de la muerte de la persona se realiza la última noche que es como otro velorio pero sin el cadáver, esto para despedir por completo el alma de ese ser querido, esa última noche los familiares deciden si la hacen toda la noche o media noche, ejemplo si la última noche, es toda la noche a las cinco de la mañana se apagan los bombillos y se empieza a levantar la tumba, la misma persona que la hizo en compañía de familiares, levantar la tumba es ir quitando cortinas, flores y altar que se hizo para ese ser querido, es ahí donde se siente que ese ser querido está dejando su alma aquí en la tierra definitivamente, si la última noche nada más es media, entonces a las 12 de la madrugada se hace todo el proceso de levantar la tumba. Al cumplirse un año de la muerte de ese ser querido se le realiza un cabo de año, que es el mismo ritual que se utiliza para última noche.

“La muerte es un estado y condición donde todos vamos a pasar por ahí, se hace una despedida ya que desde nuestras creencias con esos rituales se permite que la persona reciba una atención, es una ceremonia fúnebre, con cantos y bailes tradicionales”. (13)

“la muerte es la etapa final de la existencia del ser, porque el ser nace, crece se reproduce y muere, es por esta razón que las comunidades negras dentro de su cosmovisión y cosmogonía saben y determinan cada momento para hacer que esa vida que nos toca vivir, sea lo más bonita posible”.(10)

Los **chigualos** o **gualí** son rituales fúnebres, que se le hacen a los menores de 7 años que hayan fallecido, de acuerdo con las tradiciones ancestrales son considerados ángeles, de manera que su velorio o despedida se hace en forma de baile tradicional con los instrumentos de la región pacífica, como acto de alegría por ese angelito que se va a encontrar con Dios, se canta y se baila con el ataúd.

“Es un estado normal, que no lo aceptamos ni entendemos porque cuando es un ser querido y uno sepa que no lo va, a ver más es muy difícil, la muerte hace parte de la vida, entender los planes de Dios se nos dificulta, lo primero que uno dice cuando pasa algo así es ¿porque a mí? Esa pregunta no se puede hacer, ya que con eso estoy diciendo que le fuera pasado a otra persona. Los designios de Dios hay que entenderlos, aunque cuando alguien te arrebató la vida no es Dios el que decidió llevarte si no esa persona con mala intención”. (2).

La percepción de la muerte para las personas entrevistadas es la ausencia y/o pérdida de la vitalidad dejando la vida terrenal para gozar de la vida espiritual, no es un castigo, no se debe considerar como algo malo, es un estado normal relacionada a la voluntad de Dios, a los planes que Dios tiene para cada persona, es un estado del cual se desconoce el día y la hora.

Para los profesionales de salud la muerte es asimilada desde el ciclo de vida que debe cumplirse en el ser humano, de manera que ellos no tienen ese apego tan marcado hacia los rituales, sin embargo para las comunidades negras y afrocolombianas hay una relación de arraigo con estos rituales de acuerdo con sus raíces, usos y costumbres tradicionales, no es fácil para ellos despedir a ese ser querido que se fue y para despedirlo se debe realizar una serie de ritos que se han sostenido en el tiempo y tomado fuerza generacionalmente, rituales que le permiten a la persona fallecida un descanso eterno y que el alma de esa persona pueda descansar en paz.

La muerte es concebida como una celebración, sin dejar de lado los sentimientos que surgen a partir de ella, donde el que muere se encuentra con otro mundo o con una nueva vida de paz y tranquilidad. Esta tradición de rituales que se ha construido a lo largo de la historia no ha cambiado a pesar de que se encuentran en una ciudad como Bogotá, para las comunidades negras y afrocolombianas la muerte se sigue manejando desde su ancestralidad independientemente del lugar donde estén ubicados.

Al hablar de ritual mortuorio se habla desde tres términos claves, velorio, entierro y novenas, evidenciando este acto como una celebración de vida, donde se realiza acompañamiento de familiares y amigos, la muerte está ligada al conocimiento comunitario más que al sentido propio y está relacionada a la existencia de una vida más allá del alcance humano.

En los diferentes espacios de análisis con actores claves se validó la información, suministrada en el primer momento de alistamiento del plan de análisis, donde se logra establecer que las mismas causas de morbilidad corresponden a las mismas causas de mortalidad en las comunidades negras y afrocolombianas. Esto permite analizar que hay una relación directa entre la enfermedad y la muerte, y los factores de riesgo que predispone al padecimiento de estas.

La construcción de la enfermedad y la muerte va acompañada de una sintomatología la cual es utilizada en el diagnóstico y su identificación, la medicina occidental o tradicional valida esta hipótesis, sin embargo, se puede presentar la enfermedad con ausencia o presencia de síntomas las cuales pueden ser tratadas por la medicina tradicional a través de plantas, minerales y la creencia religiosa (sincretismo), tratando al ser humano desde su cosmovisión y lugar de hábitat.

5. CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: SÍNTESIS DE HALLAZGOS Y RESULTADOS DEL PROCESO DE ANÁLISIS.

De acuerdo al análisis realizado en el capítulo IV del presente documento y a la participación de autoridades ancestrales de la comunidad negra y afrodescendiente de la ciudad de Bogotá se llegó a configurar las siguientes conclusiones y recomendaciones.

Recomendaciones para primera infancia y la infancia:

- » Debido a que este grupo es el más pequeño y necesita un apoyo óptimo en todo sentido se sugiere que el ambiente de estos niños sea el más agradable tanto en los espacios que va a habitar como también su dotación en juegos, estimulación adecuada y excelente alimentación, un buen trato. De tal manera que ellos sean las personas más actas en salud mental, adecuados proyectos de vida y multiplicadores de los saberes ancestrales dondequiera que estén.
- » La primera infancia como bien su nombre lo dice son los primeros en recibir una excelente estimulación adecuada pues depende de ella que el adulto logre acoplarse a una sociedad y vivir dignamente y productivamente para una vida contemplativa sana y feliz.
- » Un adulto siempre recuerda su primera infancia con quien vivió, que aprendió, sus experiencias buenas y a mejorar, premios y castigos los cuales multiplica en su día a día en la adultez.
- » Cada persona viene marcada frente a lo que tiene que hacer en este mundo y el excelente acompañamiento en su primera infancia fortalece su hacer dentro de los próximos estadios de desarrollo, complementando así lo que desea hacer en su vida adulta.
- » Los viejos sabedores ancestrales recomiendan que en la primera infancia los infantes tengan lugares adecuados de esparcimiento y desarrollo adecuado para su edad y capacitación de tal manera que sean bendecidos por su formación ancestral y multiplicadores de esta de generación en generación.
- » Los cantos, rondas, juegos rítmicos son esenciales para los grupos de primera infancia pues atreves de ellos es que los niños logran desarrollar su oído para tener buen ritmo, tocar los instrumentos ancestrales como la tambora, el alegre, el llamador y mantener esa alegría frente a la vida y a las adversidades que da el diario vivir.
- » Se recomienda que los cuidadores tengan la mejor disposición para acompañar los infantes e inducirlos a todo lo que ellos deben saber frente a lo ancestral y combinarlo con todo lo que le ofrece el medio día a día. Y así ir creciendo en espiral, pasando de estadio de desarrollo a estado de desarrollo dando continuidad a sus procesos de aprendizaje.
- » Se recomienda que los acompañantes de la primera infancia tengan registro ya sea escritos o en fotos de las actividades que hacen los niños, para que lleven un proceso, y así logren ver los avances de los menores participantes dando cuenta de sus habilidades, destrezas, logró, desarrollo integral.
- » Se recomienda que los acompañantes de la primera infancia tengan un cronograma de actividades a desarrollar el cual puedan estar fortaleciendo año a año dando una mejor calidad en las actividades de formación de los menores.

- » Se recomienda que los padres y familiares de los infantes hagan parte del proceso de formación para dar continuidad en casa de todo lo que hacen los formadores en semana con los niños de primera infancia.
- » Se recomienda que en la primera infancia los padres en casa, sigan con el apoyo en tradiciones ancestrales positivas dando apoyo a un proceso cuando están en sus semanas de receso escolar.
- » Espacios de capacitación escolar desde la primera infancia hasta la profesionalización de las personas negras o afrodescendientes en Bogotá.

Recomendaciones para los acompañantes de adolescentes:

- » Se les recomienda a los acompañantes de los adolescentes que estén bien atentos a los cambios de este grupo por sus edades necesitan mucho apoyo en todas las áreas. Para que logren seleccionar sus amistades, reuniones asertivas que les ayuden a crecer y vivir dignamente.
- » Se les recomienda a las personas que forman el equipo de acompañantes de los adolescentes hacer un registro escrito, fotos, videos autorizados sobre las actividades que se realizan en el día a día con los menores. Mirar logros avances, progresos en todas las áreas.
- » Exaltar los logros y triunfos de los adolescentes periódicamente para así mejorar su productividad en el grupo de trabajo.
- » Realizar permanentemente con los adolescentes talleres, charlas, videos todos enfocados a tener una excelente autoestima para no caer en malas propuestas de amigos entre otros.
- » Se recomienda también que los adolescentes sepan bien la historia de Benkos Bioho un hombre que fue un ejemplo a seguir en cultura por sus estudios y saberes previos, enseñando a su grupo todo lo referente a ser personas prosperas, proactivas, nobles, exitosas con sus familias.
- » Se les recomienda a las acompañantes de los adolescentes tener conocimiento de los saberes previos del grupo, para acompañarlos en sus sueños de querer hacer, querer lograr y profesionalizarse en su arte para vivir dignamente.
- » Para los adolescentes en una forma positiva saber los procesos de formación y legados de los futbolistas afro descendientes de cualquier país como ejemplo de superación y mirar que con un poco de esfuerzo y disciplina todo se puede lograr.
- » Programar talleres de genética donde puedan destacar y reconocer las características y los valores genéticos de cada una de las etnias.
- » Se recomienda que los adolescentes reconozcan el cruce de etnias para formar nuevas familias pues el amor rompe cadenas raciales formando así nuevos hogares, pluriculturales, pluriétnicos.

- » Crear un espacio en los colegios en la catedra de ciencias naturales y ética, religión desde la primera infancia sobre la etnia negra, su composición genética, fisionomía, Anatomía, composición de sus dientes sanos y blancos que se destacan con su excelente sonrisa.
- » Se recomienda presentar permanentemente a las adolescentes múltiples posibilidades de formación profesional para que ellos escojan algo que les guste habilidades y destrezas en que puedan ganarse la vida dignamente.

Recomendaciones para los jóvenes:

- » Se les recomienda a los acompañantes de los jóvenes tener las mejores relaciones interpersonales y laborales con empresas que los puedan apoyar en lo que ellos requieran a nivel laboral, formación académica entre otros.
- » Los jóvenes traen sus saberes previos de su región, las cuales deben ser escuchadas, aprovechadas para fortalecer y enriquecer el grupo de jóvenes.
- » Se le recomienda al equipo de adultos fortalecer el grupo en saberes y procesos interdisciplinarios para apoyarse permanentemente.
- » El grupo de jóvenes debe de estar permanentemente fortaleciendo las experiencias a mejorar de los jóvenes en ámbitos positivos superando traumas y malas vivencias si es necesario hacer ritos de perdón y olvido.
- » Percatarse de que el grupo de jóvenes salga bien capacitado en todo lo pertinente a los consejos ancestrales prioridades y fortalezas del mismo programa.
- » Tomar esta experiencia de saberes ancestrales como una oportunidad de vida, que ayuda a otros a vivir dignamente.
- » Se recomienda tomar esta sabiduría de saberes ancestrales como un conocimiento bendecido por las plantas que nos sana de generación en generación y nos ayuda a curar a otros de manera cíclica.
- » Se recomienda a los jóvenes ser multiplicadores y formadores de los saberes ancestrales para seguir capacitando los diferentes grupos de generación en generación.

Recomendaciones para los adultos:

- » Se recomienda para los adultos multiplicar los saberes ancestrales con seriedad y profesionalismo, haciendo seguimiento, permanente de los procesos enseñados.
- » Se recomienda tener un lugar en la escucha del otro para que se fortalezcan en comunicación, saberes e intercambio de ideas.

- » Los adultos deben de estar capacitándose periódicamente, para tener día a día más fortaleza en la formación integral de sus conocimientos ancestrales.
- » Se recomienda que los adultos deben mantener un lenguaje adecuado y propio de un sabedor ancestral, integro de la formación que está impartiendo.
- » Se recomienda que los adultos ancestrales sean ejemplo de vida, íntegros, capaces de transmitir el saber ancestral de forma profesional.
- » Se recomienda que los adultos estén vestidos adecuadamente para transmitir su saber ancestral. Se recomienda que el lugar donde el sabedor ancestral va a transmitir sus conocimientos sea un lugar adecuado para lo que está formando.

Recomendaciones para el grupo de vejez:

- » Se sugiere que en esta etapa se guarden unas buenas memorias de todos los saberes ancestrales de los viejos para tenerla como un referente de consulta que se utilizara permanentemente con los grupos que viene en formación.
- » Se recomienda grabar audios, guardar escritos de todos los conocimientos que más se puedan de los viejos. Para compartir con los grupos de formación ancestral.
- » Se recomienda tratar con mucho cuidado respeto a los grupos de viejos pues ellos conservan toda la información ancestral. Para multiplicar.

Desde el ámbito social podemos decir:

- » Los diferentes grupos de sabedores ancestrales que acompañan los grupos de primera infancia, infancia, adolescencia, jóvenes, adultos, vejez deben de propender llevar un liderazgo que oriente estos grupos a una adecuada formación. Desarrollo integral, desarrollo holístico según la etapa que este acompañando.
- » Desde un marco social todo lo pertinente a la formación ancestral nos remite a la botánica y la formación en los hogares matriarcados que permanentemente estaban compartiendo su sabiduría no solo en plantas sino también en comestibles y preparación de alimentos con su sazón basada en plantas medicinales y nutricionales.
- » La naturaleza es muy sabia es por esto que creo plantas y personas sabedoras de estos ritos ancestrales para que extiendan sus conocimientos de generación en generación con los diferentes grupos que desean aprender este maravilloso arte de curar y comer, sanar con plantas.
- » La historia nos ha aportado procesos que nos llevan a saber la verdad y las injusticias que sean cometido con el hombre afro descendiente pero su legado ancestral con las plantas

sigue siendo milenario de generación en generación traspasando fronteras, creencias, culturas y edades.

- » El hombre afro en su composición genética además de tener una excelente melanina que es la que protege la piel con su pigmentación negra, posee una adecuada dentición blanca que lo hace sobre salir entre las otras etnias al igual que su cabello, estructura ósea dando formación a esos cuerpos tanto masculinos como femeninos con buenos atributos y voluptuosos cuerpos. Que no pasan desapercibidos a la mirada de los transeúntes. Sin dejar de lado las características faciales inconfundibles y agradables por sus rasgos gruesos. Y para completar el combo la alegría y espontaneidad de toda su gente.
- » La habilidad en los deportes, las artes y las danzas que nos hacen únicos e inconfundibles frente a las otras etnias unas ventajas que hay que compartir de generación en generación con los semilleros de infancia y primera infancia para empoderar a estos infantes, adolescentes, jóvenes, adultos.
- » Para que su autoestima sea la más reforzada a la vez que su ego sea el más óptimo fortaleciéndose día a día y enfrentado una sociedad con la frente en alto sabedores de una historia que se debe llevar y afrontar con dignidad.
- » Por otro lado, es pertinente después de todos estos conceptos tener presente que las comunidades negras necesitan tener espacios donde puedan compartir sus saberes previos de la comunidad afro colombiana como también un museo propio donde se dé cuenta de todo el proceso generacional frente a su cultura, costumbres, juegos tradicionales, gastronomía, manualidades, vestuarios ancestrales tocados (turbantes) y su jerarquía.

Análisis del trabajo de ancestralidad y medicina tradicional:

- » A través de la historia los negros se han caracterizado por curar con plantas y tener escuelas lideradas por las mujeres para enseñar de generación en generación sus saberes ancestrales (curar a través de las bondades de las plantas) la expedición botanica liderada por los europeos acá en Colombia fue un cruce de saberes ancestrales entre las tres etnias (el hombre europeo, el hombre negro y el hombre indígena) estas tres etnias no solo cruzaron conocimiento en la botánica curar con plantas sino que también hicieron escuelas llamadas Kilombos (donde enseñaban sus saberes de medicina ancestral a sus estudiantes hombres y mujeres que a temprana edad aprendieron este don y siguieron transmitiéndolo de generación en generación.
- » El hombre a través de la historia en todos los 5 continentes siempre se ha preocupado por la salud en general de sus habitantes y saber cómo enfrenta sus enfermedades no solo de salud mental si no también físicas.
- » La ciencia a través de la historia nos muestra todo el tiempo que las plantas son curativas y que el hombre por do quiera que vaya lleva sus saberes y los sigue multiplicando de generación en generación.

Las plantas, cultura milenaria que ayuda a vivir sanamente ya sean tomadas, preparadas o en infusión:

- » Colombia por ser un país de tierras tan fértiles es pionero en medicina ancestral y el hombre en su afán de curar se ha dedicado por años al estudio de todas las plantas para ayudar a la medicina ancestral no solo en formación académica si no también con escritos para no dejar morir su legado.
- » Las plantas son sabias y ellas mismas se reproducen en ciertos climas dando sabiduría a los cultivadores para que puedan compartir sus secretos ancestrales y mejorar la calidad de vida del hombre cíclicamente.
- » Todos los hombres nacen libres e inteligentes, pero es en la carrera por el conocimiento y la lucha por la verdad y el tener que el hombre se corrompe e inicia con aires de superioridad, grandeza sabiendo que ante una enfermedad toda somos vulnerables a las enfermedades y al fracaso.
- » Las estructuras físicas tanto del hombre europeo, negro e indígena varían por su composición genética pero internamente las tres etnias tienen los mismos órganos del mismo color y ubicados en las mismas partes dentro de su cuerpo.
- » Los torrentes sanguíneos son iguales y las características de las diferentes composiciones sanguíneas tienen nombres y se clasifican por letras (A positiva, B negativa) pero el color de la sangre sigue siendo el mismo rojo para las tres etnias.
- » No hay sangre pura, no hay etnias superiores solo existe un mestizaje desde antes de Cristo el cual se logra visualizar en la película la guerra del fuego (ver video la guerra del fuego) (la sep. de poder, el ego mal encaminado y las dictaduras hacen que el hombre se crea superior al otro hombre y castigue, mate a sus semejantes y los degrade creyéndose superior al otro.
- » Es por esto que los embarazos tienen los mismos tiempos y su acompañamiento por las parteras es atendido de la misma forma que atienden todos los partos. Sean de mujeres europeas, Indígenas Negras.
- » Todos los bebés nacen de igual forma y traen las características de sus progenitores y su ascendencia no solo en la parte física si no también mapa genético, virtudes, inteligencia múltiples enfermedades.
- » La partería es una ciencia ancestral milenaria que se practica en todo el mundo y las parteras son sabias tienen conocimientos sobre la luna, acomodación del feto según su estadio de desarrollo, con solo ver la formación de la barriga saben que sexo es el bebé que viene en camino y por las lunas predicen de forma asertiva cuál es su proyecto de vida.
- » La ciencia es muy sabia y las sabedoras ancestrales son más sabias aun por que vienen preparadas en la universidad de la vida y se hacen en ese oficio de generación en generación

de hecho hay familias enteras que todas son parteras y se preparan desde pequeñas como sabedoras ancestrales, cultivando ese don ancestral y creciendo cada día en espiral.

- » Las familias que se preparan como sabedoras ancestrales tienen sus espacios y por edades les van enseñando a sus integrantes toda la sabiduría ancestral y la agenda oculta que deben saber leer frente a postura corporal, faciales características de la piel, cabello, dentición para así saber cómo formular y ayudar con las bondades de las plantas. Y no perder su legado de generación en generación.

Recomendaciones para la Secretaría Distrital de Salud, producto de la evaluación realizada.

El día 30/12/2020 se realizó exposición del ASIS Diferencial, con miras a ser evaluado por las autoridades ancestrales, comisión de salud y consultivos donde se recogieron las siguientes sugerencias por parte de los participantes:

- El trabajo para mejorar las condiciones de salud de la población negra y afrodescendientes en la ciudad de Bogotá debe ser desarrollado de manera holística y que cuente con la participación de todas las Secretarías y entidades del Distrito.
- Ayudar a las comunidades negras y afrodescendientes que viven en la ciudad de Bogotá a tener seguridad alimentaria que se ha visto comprometida por la pandemia de covid-19.
- Fomentar en las comunidades negras del Distrito proyectos de emprendimiento que ayude a solventar dificultades económicas de la población.
- Ayudar a la población adulta mayor en todo lo que tiene que ver con manejo del tiempo libre (rondas, juegos) para hacerlos activos e importantes en la sociedad.
- Mostrar la problemática en salud mental generada por el aislamiento obligatorio al que se han visto obligadas nuestras comunidades producto de la pandemia del COVID-19.
- Intervenir para ayudar a disminuir el embarazo a temprana edad producto del aislamiento generado por la pandemia del covid-19.
- Colaboración y sensibilidad por parte de las IPS del Distrito cuando se remita por parte de los kilombos población afro para atención en salud.
- Propender por la continuidad de los contratos de los trabajadores en salud del Distrito (kilombos y más) para evitar cortes en la prestación de los servicios.

Conclusiones

- » La medicina ancestral es un don que se aprendió en cada tribu y se cultiva entre los integrantes de cada grupo de generación en generación.
- » La ciencia siempre ha estado allí con sus conocimientos ancestrales el hombre solo la ha transformado para su beneficio y el de su comunidad.
- » El hombre a través de la historia siempre ha vivido en grupos, guiado por su líder que es el que comparte el saber y lo multiplica en caso de que el no este
- » Los niños son los más acogidos por las mujeres y abuelas para aprender sus legados ancestrales de tal manera que los multipliquen cuando sea el momento
- » Los saberes ancestrales se aprenden de generación en generación y los grupos familiares tienen sus espacios de aprendizaje y practica para proyectarse en un futuro próximo.
- » La sabiduría ancestral es un don milenario que le da poder a la persona que lo está impartiendo y recibiendo. Todo lo que hay en la tierra es transformado por la inteligencia del hombre para mejorar la salud de sus semejantes
- » Los primeros hombres ancestrales aprendieron del ensayo error para ahora ofrecer un excelente servicio en la medicina ancestral.
- » La medicina ancestral sirve para Limpiar el organismo, limpiar el corazón, alimentarse bien, curar el alma, curar el cuerpo, los rezos, sobijos hacen parte de la complementación de la medicina ancestral.
- » La medicina ancestral es un don milenario que se practica de generación en generación. Así como existe el mal existe el bien y la medicina ancestral es la cura para todos estos males.
- » La música y las diferentes manifestaciones culturales también son heredadas del mestizaje de las tres etnias (hombre europeo, hombre Negro, hombre Indígena) en las tres etnias los niños son considerados como vulnerables y se ubican en grupos de aprendizajes liderados por las mujeres, abuelas, bis abuelas.
- » La partería es una ciencia milenaria que se trasmite de generación en generación.

Limitaciones del documento.

En el desarrollo del presente documento se encontraron algunas dificultades que se consideran dejar referenciadas para dar claridad al lector sobre el panorama sobre el cual fue construido y que

- » Aunque se contó con la participación activa de los kilombos del Distrito, hubo dificultad para el abordaje de la información en salud ya que cada kilombo tenía un método diferente de recolectar la misma; situación que generó dificultades en el procesamiento.
- » Solo se pudo encontrar información en salud de los kilombos para el año 2016 y fue la que se utilizó como aporte de los kilombos en el capítulo IV del presente documento.
- » No fue posible contar con información de mortalidad de la población negra y afrodescendiente en Bogotá desde los registros propios de los kilombos.
- » En el capítulo IV de morbilidad, no fue posible realizar comparaciones con otros años ni establecer natalidad, toda vez que no se cuenta con información disponible. La información para el año 2018 se encuentra para el Distrito y no está discriminada por localidades.
- » RIPS: cuando se entregaron las bases por parte de SDS no se estableció fecha de corte de la información para el año 2020.
- » Dificultades con la notificación para el año 2016 por temas político-administrativos.

Referencias bibliográficas

- » Encuesta Multipropósito Principales resultados de la población adulta en Bogotá en términos de su sexo, orientación sexual y aspectos asociados a demografía, composición del hogar, educación, vivienda y salud. Bogotá 2014
- » Urrea Fernando, Viáfara Carlos, Igualdad para un buen y mejor vivir, Colección: Ciencias Sociales Primera Edición, Cali, Colombia, marzo 2016, fecha de búsqueda 15 de julio de 2020. Disponible en, http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/2016_igualdad.pdf
- » Cartografía social. Poblaciones negras y afrocolombianas, percepción territorio y salud. Bogotá DC. Año 2020
- » Echeverry y Jiménez, Estado del arte de la investigación sobre las comunidades de afrodescendientes y raizales en Bogotá (2006), disponible en https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/3_estado_del_arte_de_la_investigacion_sobre_las_comunidades_de_afrodescendientes_y_raizales_en_bogota_d_c.pdf
- » Geertz, C. Interpretación de las culturas. Editorial Gedisa. (1973). Disponible en: <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/geertz-c-1973-la-interpretacion-de-las-culturas.pdf>
- » Alcaldía mayor de Bogotá, plan integral de acciones afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de los derechos de los y las afrodescendientes. Disponible

en https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/COLOMBIA_Plan%20Integral%20de%20Acciones%20Afirmativas%20para%20el%20Reconocimiento%20de%20la%20Diversidad%20Cultural%20de%20los%20Afrodescendientes.pdf

- » Sánchez, j “entre chinangos: experiencias de magia y curación entre comunidades negras del pacífico”. libro, editorial gasmer, Colombia, Quibdó- chocó. . (2002).
- 1. Euskal Estatistika Erakundea. Instituto Vasco de Estadística. Tasa Bruta de Mortalidad. [Internet] [Consultado Noviembre 6 2020]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_163/elem_1453/definicion.html
- 2. La mortalidad del adulto y la superación e investigación en la atención primaria de salud- Revista Archivo Médico de Camagüey- versión on- line AMC Vol.23 no.1 Camagüey ene.- feb.2019. [Internet] [Consultado Noviembre 7 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000100009
- 3. Beatriz Acevedo, líder, sabedora y representante legal de la corporación Asomadere. Kilombo Yumma localidad San Cristóbal y Antonio Nariño
- 4. Angela Mosquera, enfermera del Kilombo Yumma localidad San Cristóbal y Antonio Nariño
- 5. Sánchez, j “entre chinangos: experiencias de magia y curación entre comunidades negras del pacífico”. libro, editorial gasmer, Colombia, Quibdó- chocó. . (2002).
- 6. Entrevistado # 3, sabedor del Kilombo Engativá. 2020
- 7. Ruby Mosquera, líder y sabedora del proceso ASIS DIFERENCIAL Subred Centro Oriente.
- 8. »<https://www.who.int/about/es/>.
- 9. Sevigñe Copete, líder social participante de la comisión de salud.
- 10. Yirlessa Mendoza Cordoba, enfermera del kilombo Flor de Ebano, localidad Engativa y Teusaquillo
- 11. Luis Armando Viveros, Sabedor del kilombo Flor de Ébano, localidad Engativá y Teusaquillo
- 12. Gustavo Makanaki Córdoba. Médico general
- 13. Felipe Santiago Pérez Erazo, docente licenciado en ciencias sociales

