

# La salud en las comunidades afrovenezolanas. Caso: Chuao estado Aragua

**Cheyla Masín Álvarez**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO. ARAGUA. VENEZUELA  
ARAGUA-VENEZUELA  
cheylamasina@hotmail.com

## Resumen

La salud siempre ha sido motivo de preocupación y con el fin de garantizar este derecho humano fundamental, a través de la identidad étnica afrodescendiente se plantea en esta investigación un conjunto de propuestas para el logro de la salud, haciendo esfuerzos en disminuir las inequidades existentes en la afrodescendencia del continente. Dar revisión a las condiciones de salud, basado en 15 años de investigación documental, así como la experiencia vivencial profesional en Chuao, nos da la expresión de las enfermedades que estos pobladores padecen y cómo a través de este conocimiento se puede lograr la salud para estas comunidades y los afrodescendientes.

**Palabras Clave:** Salud, afrodescendencia, enfermedad, Chuao, etnia.

## Health in afrovenezuelan communities. Case: Chuao, Aragua state

## Abstract

Health has always been a concern, in order to guarantee this fundamental human right, through the ethnic identity of the Afro-descendants, a set of proposals for the attainment of health, with efforts being made to reduce inequities in the Afro-descendants in the American continent. To review the health conditions of Afro-descendants, based on 15 years of documentary research, as well as the professional experience in Chuao, gives us the expression of the diseases these people suffer and how through this knowledge, health can be achieved for these communities and for Afro-descendants.

**Keywords:** Health, afrodescendence, disease, Chuao, ethnicity.

---

Recibido: 21.12.16 /Aceptado: 10.1.17

## 1. Introducción

La identidad étnica es reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como uno de los determinantes sociales de la salud, los grupos minoritarios y altamente vulnerables que conforman estos grupos humanos, dan a través de la historia valía a su ancestría, a su cultura, a su forma de vivir, de sentir; y esto con el fin de superar sus precarias condiciones de salud, con el acceso a los servicios sanitarios que garanticen de alguna manera tan anhelada salud y vida.

Estos grupos étnicos viven a lo largo y ancho del continente tratando de no ser invisibilizados por este fenómeno de mestizaje, de unificación cultural. Ellos se dividen en dos grandes grupos: pueblos originarios y afrodescendientes. Los pueblos originarios, los verdaderos americanos, sociedades plenas y prolíferas, han coexistido por siglos con la tierra americana, estaban a la llegada de los colonizadores y han mantenido su cultura y su identidad étnica, a pesar de la barbarie que nos relata la historia y la apatía hacia su realidad de vida.

El otro grupo étnico, el más numeroso (según las estadísticas triplica a los pueblos originarios), son los afrodescendientes, descendientes de pobladores africanos que fueron arrancados de sus familias, de sus tribus y traídos a América, en uno de los hechos de lesa humanidad más abominables de la historia del mundo, como lo fue la trata negrera trasatlántica en los siglos XVI, XVII y XVIII, para ser comercializados como esclavos para el trabajo fuerte de la tierra, cuyos frutos generaban la riqueza de los colonos. Teniendo que adaptarse a esta nueva realidad de sometimiento, maltrato, tratando de sobrevivir y hacer sobrevivir su identidad, sus recuerdos, su esencia africana. En nuestro continente no se visualizó el origen étnico-racial como barrera a la integración, sino se pensó que con el *blanqueamiento*, el “mestizaje” se creaba uniformidad entre los pobladores de las Américas, y se aspiró a construir una “democracia racial”, solapada con un sin número de manifestaciones discriminatorias y raciales que repetían, de una forma más sutil, las prácticas hechas.

Las estimaciones demográficas de poblaciones de origen o ascendencia africana, ascienden a aproximadamente 150 millones de personas según algunas publicaciones presentadas, es decir, un tercio de la población total de América Latina. La Organización Afro-Americana (AAO) conjuntamente con Infoplance (2000), publicaron sus estimaciones: los países con más de 45% de afrodescendientes en la población son la República Dominicana (más de 84%), Cuba (62%) y Brasil (46%). Los que cuentan entre 40% y 5%

de afrodescendientes son Colombia (más de 21%), Panamá (más de 14%), Venezuela (más de 10%), Nicaragua (más de 9%) y Ecuador (más de 5%). Los países que cuentan con menos de 5% de población afrodescendiente son Paraguay (3,5%), Uruguay (más de 3%), Honduras (2%), Costa Rica (2%), Bolivia (2%) y México (0,5%). Si bien es cierto que ha pasado más de 15 años de estas estimaciones, su proyección a la actualidad, no debe estar alterada significativamente.

Sin embargo, el caso Venezuela se debe mencionar aparte, en las estadísticas oficiales no se recogía el dato de identidad étnica, fue en el censo poblacional del 2011, luego de más de 2 años de debate entre los activistas, defensores de los grupos étnicos y los estadistas, fue que se logró incluir la pregunta: a qué población étnica se pertenecía, no siendo los empadronadores ni población sensibilizada en torno a este aspecto y el dato allí expresado no es significativo a la realidad estadística de los grupos étnicos, que totaliza a los afrodescendientes en 181.144 habitantes, representando sólo el 0,7 % de la población venezolana, muy por debajo a lo que proyecto AAO e Infoplase en el 2000 y lo que las organizaciones defensoras de los derechos étnicos afrodescendientes estiman. En este sentido, García (2005) también lo expresa: “Los ciudadanos venezolanos que se reconocen como afrodescendientes representan alrededor del 30% de la población Venezolana y ellos se ubican en localidades urbanas, sub-urbanas y rurales. Sin embargo, no existe conteo oficial de este segmento de población, por lo que no existe una representación precisa”.

Dejando de esta manera a casi el tercio de la población venezolana, por no contar con estadísticas desagregadas acordes a la realidad, para hacer la evaluación de sus condiciones de salud, reconociendo en ellos su identidad étnica afrodescendiente. Las estadísticas de hechos vitales y la data que recoge el sistema de información de salud, no se dispone de manera actualizada, no se tiene el dato de identidad étnica, pueblo originario o afrodescendiente hasta las expresiones reales comunitarias (comunidad, parroquias, municipios), siendo esto una limitante para la realización de estudios estadísticos en salud más cercanos a la realidad de cada comunidad afrodescendiente. Siendo para los sanitarios, estudiosos de las condiciones de salud importante tener el dato oportuno, actual, veraz y verificable.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos propicia el III Congreso Mundial en contra de la Discriminación, Segregación, Xenofobia y demás formas Conexas de Intolerancia realizada en Durban, Sudáfrica, en el año 2001, este congreso fue el detonante para que América toda, asumiera las reivindicaciones necesarias para disminuir

y desaparecer el racismo, la discriminación y las inequidades existentes entre grupos humanos, situación que aun en la actualidad asume una lucha constante para el logro de la igualdad entre todos los seres humanos. En el artículo 92 de su declaratoria, se insta a los Estados a que recojan, recopilen, analicen, difundan y publiquen datos estadísticos fidedignos a nivel nacional y local que exprese la situación de salud de las comunidades víctimas de discriminación, segregación y xenofobia como lo son las comunidades afrodescendientes.

Los países participantes en la conferencia de Durban, solicitaron a la Organización Mundial de la salud OMS y a la OPS, que promoviera el reconocimiento de la raza, la etnia y el género como factores significativos en el campo de la salud y que desarrollara proyectos para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades en los descendientes de africanos. La OMS (2000) como parte del trabajo de integración y en solicitud hecha durante los preparativos de la Conferencia de Durban, realizó un documento para responder al tema salud que se discutiría en esta III conferencia mundial sobre el tema racial, llamado “Salud y Ausencia de Discriminación”, donde se ratifica la salud como un derecho humano fundamental y la no discriminación en el acceso a la misma. En este documento se definen como factores determinantes de la salud: 1) el acceso a los servicios de salud, incluidos en estos los costos y la ubicación; 2) la sensibilidad cultural hacia los valores propios y el idioma; 3) la calidad de los servicios que se expresa en la diferencia de los indicadores de los grupos mayoritarios y minoritarios; 4) la oportunidad de acceso a los servicios, de los cuales hacen uso de una forma tardía; y 5) la discriminación en los sistemas de salud, donde se debe hacer una sensibilización y capacitación del personal, en relación a los derechos humanos y a la ausencia de discriminación. También se definen en este documento los factores determinantes socioeconómicos: pobreza, condiciones de vida y educación.

La OPS también hizo lo propio y en el 2003, compartió la preocupación expresada por los gobiernos de la región de las Américas, por la pobreza que afecta a muchos grupos minoritarios y orienta algunos esfuerzos a reducir las inequidades en materia de salud, presentando el documento “Grupo Étnico y Salud” allí se hace una evaluación exhaustiva de la identidad étnico/racial como condicionante de la situación de salud de la población. En este documento se expresa que el origen étnico se comporta como una variable independiente en relación al nivel socioeconómico. Igualmente se habla de la ampliación de la mirada de la salud pública, para identificar las áreas de impacto significativo en las condiciones de salud, donde se hace

mención de cuatro áreas importantes: diferenciales de la situación de salud y de la esperanza de vida al nacer, el acceso a los servicios de atención, prevención y promoción de la salud, diferenciales en el momento de la consulta y diferenciales en la calidad de los servicios, esto son considerados indicadores claves para medir iniquidades de salud entre los grupos étnicos/raciales. También en este documento se analizan otros problemas como el alcoholismo, homicidios y suicidios, que tienen que ver con la salud mental y la violencia, encontrándose mayor incidencia de ellos en los grupos étnicos/raciales.

Pero no todo parte de Durban en el 2001, ya investigadores habían demostrado que los grupos étnicos tenían una manera particular de enfermarse y así lo habían demostrado. Trabajos sobre población afrodescendiente como el realizado en Estados Unidos por Nickens (1995) que confirma las disparidades de salud entre diferentes grupos humanos según su origen étnico, sus resultados arrojan que las tasas de mortalidad son más altas en la población afroamericana que en los blancos: las dos primeras causas de muerte en Estados Unidos son cáncer en una relación 2:1 y las enfermedades cardiovasculares en una relación 6:1. También se encontró valores más altos en las tasas de mortalidad del grupo afro por diabetes, homicidio, HIV/SIDA y mortalidad infantil.

El Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (1998) presentó un estudio de la mortalidad infantil en Brasil estimada con datos de 1996, donde se evidencia fuertes disparidades: 62 por 1.000 nacidos vivos para el grupo afro y 37 por 1000 entre los blancos. Por su parte, Torres (2001) produjo el documento: *La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico*, publicado por la OPS, donde se refleja en gran medida las condiciones de salud de los afrodescendientes en los diferentes países del continente. En este documento Torres también hace mención de que las diferencias en la situación de salud de grupos minoritarios como los afrodescendientes está relacionada con factores como el bajo control del sector salud, la organización de los servicios y la poca información que maneja la población de cómo cuidar de su salud.

Paixao (2005) pudo determinar grandes diferencias entre la esperanza de vida al nacer de los negros y blancos en Brasil, la cual se presenta con una diferencia de 7 años menos en los negros en relación a la población blanca, igualmente presentan diferencias en el bajo peso al nacer, con un mayor porcentaje de recién nacidos con menos de 2,5 Kg, para la población negra de Brasil. Todo esto publicado en el libro: *Condiciones de salud de la población negra de Brasil*, editado por el ministerio de salud de ese país. Piffath

(2001) realizó un estudio en los Estados Unidos donde pudo evidenciar la alta incidencia de cáncer en raza negra, más que en blancos, especialmente en cáncer de pulmón, colon-rectal, próstata y en otros tipo como mama, ovario y cervical, las proporciones eran iguales. En cuanto al acceso a los servicios de salud, Bollini y Siem (1995), evidenciaron que en los Estados Unidos, no accedían a los servicios de salud el 16% de la población blanca, el 23% de la población afroamericana y el 26% de los hispanos.

De igual forma podemos referir la situación que vive Haití, el primer país que logró la abolición de la esclavitud en el continente, en 1804. Actualmente considerado el más pobre del continente y el más endeudado según cifras de CEPAL y BM. Según Vargas (2010), presidente del Partido Revolucionario Dominicano, el 80% de la población vive por debajo de los niveles considerados de pobreza extrema. Está formado en su totalidad de afrodescendientes y sus condiciones topográficas lo hacen blanco de constantes movimientos telúricos. Torres (2002) reporta indicadores de salud por debajo de los estándares que dan muestra de su situación: la mitad de los niños del Haití están vacunados y solamente el 40% de ellos tienen acceso a la asistencia médica básica. Incluso antes del terremoto del 2010 casi la mitad de las causas de muertes eran atribuidas al VIH/SIDA, infecciones respiratorias, meningitis y enfermedades de diarrea, incluyendo el cólera y la tifoidea. El 90% de los niños del Haití sufren de enfermedades hídricas y de parásitos intestinales. Aproximadamente el 5% de la población adulta sufre del VIH. Los casos de tuberculosis son de diez veces más altos que el promedio del resto de América Latina. Situación ésta que marca la inequidad existente, ya que todas las enfermedades nombradas son prevenibles, esta diferencia en los indicadores de salud es entonces injusta, innecesaria, inaceptable y evitable. Se necesita mucha voluntad para refundar el país y reconstruirlo desde el caos en el que se encuentra actualmente.

Otra muestra de las inequidades desde la mirada étnica en salud, lo podemos representar en Colombia en el municipio de Chocó con un gran porcentaje de población que se reconoce como afrocolombiana, víctima del terror y la aniquilación de la guerrilla que ha exterminado o secuestrado a la población masculina adulta, ha dejado este municipio con mujeres aterrizadas y a cargo de niños huérfanos, representando la tasa de mortalidad infantil 90 x 1000 NVR y la mortalidad materna en más de 270 x 100.000 NVR, cifras publicada por la Unidad de Género Etnia y Salud (OPS 2005) equiparable con los países de África subsahariana.

En Aragua ha sido muy poco lo que se ha avanzado, algunos aportes aislados de estudios en comunidades de identidad afrodescendiente, pero

sin una visión étnica u holística en el abordaje. Así podemos mencionar a López y Col (1993) quienes realizaron en Aragua el estudio en relación a la Hipertensión arterial HTA, en el cual se trabajó con tres grupos focales, uno de ellos, conformado por pacientes de la comunidad de Cata y Cuyagua. Los resultados demuestran mayor incidencia de HTA en este grupo al relacionarlos con los otros dos.

Palma (2008) realizó estudio sobre incidencia de dermatomicosis en la población de Puerto Colombia (Choroní- estado Aragua) logrando demostrar la gran contaminación existente y las diferentes cepas de hongos que producen daño en la piel de la población de Choroní, tomando muestras en las cercanías del embarcadero a orillas del mar, el río y en lesiones de piel de los pobladores.

Por otra parte, la investigación hecha por Masín (2008) mostró diferencias significativas en las condiciones de salud de la población afro de Chuao al compararla con otra comunidad de similares características, no afro, siguiendo una metodología propuesta por OPS.

Países de avanzada en el continente, como Brasil con su Laboratorio de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e Estatística das Relações Raciais (LAESER), El Sistema de Información en Salud de la Población Afrodescendiente de Ecuador (SISPAE) y la base de datos de comunidades afrodescendiente del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas de Colombia (DANE), dan muestra de ello.

La realidad que por siglos ciñeron a estos pobladores étnicos, han generado inequidades que se reflejan en la calidad de vida, determinando así como viven, de que enferman y de que mueren. Para el abordaje de la realidad de salud (aunque hablaremos de enfermedades), se deben definir las patologías que sufren los pueblos con identidad étnica, las cuales están determinadas por variables que podemos agrupar: carga genética, estilos de vida, actividades laborales, y las complicaciones que puedan ocurrir cuando falta organización y planificación de los servicios de salud.

En Venezuela, para acercarnos a la realidad de salud de las comunidades afrodescendientes, se debe utilizar un recurso estadístico llamado "Proxys geográfico", ya que las estadísticas oficiales están tan disminuidas y no representan la cantidad y la realidad de la población afrodescendiente venezolana. Cuando se tiene información estadística y de investigación, en este caso de una comunidad donde sus pobladores se reconocen como afrodescendientes en más de un 66%, pudiendo evidenciarse de muchas maneras la cosmovisión étnica afrodescendiente expresada en su manifestaciones culturales, rutinas de vida, vestimenta, culinaria, creencias y religión,

nos da la posibilidad de hacer aproximaciones de la salud y las enfermedades de la población afrodescendiente en Venezuela. Es hacer inferencia desde lo ideográfico a lo nomotético, de lo particular a lo general, tratando de expresar de alguna manera la salud de los afrodescendientes y cuáles son las intervenciones necesarias que se deben hacer.

La población histórica de Chuao se presenta como una joya de la cultura afrovenezolana, un asentamiento de esclavos de la época colonial que data de 1568, una comunidad aislada, que tiene acceso a centros poblados sólo por mar, asiento de la más reconocida hacienda de cacao desde la época colonial: La Hacienda Chuao, donde se siembra, cuida y cosecha, reconocido por expertos, el mejor cacao del mundo. Visita obligada de turistas nacionales y extranjeros por su hermosa playa, su refrescante río, su pintoresco pueblo, la amabilidad y estilo de sus pobladores. Chuao, enclavada en las costas del estado Aragua, en el tercer estado con mayor población afrodescendiente en Venezuela, ha sido diana de muchas políticas de Estado, declarada ciudad patrimonial de Venezuela, y siendo sus manifestaciones reconocidas dentro y fuera del país, por lo que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO la ha reconocido como patrimonio inmaterial de la humanidad.

Para poder expresar la salud y su situación en comunidades afrodescendientes haremos una revisión de 15 años de investigaciones sobre el tema salud visto desde las enfermedades que se presentan en las comunidades afrodescendientes, específicamente el pueblo de Chuao y la organización de los servicios de salud como determinantes de estas enfermedades.

## **2. Enfermedades relacionadas con la carga genética**

Aún cuando la población afrovenezolana en la actualidad, contiene en sus genes el resultado del cruce de personas de diferentes orígenes: europeos, pueblos originarios, asiáticos, americanos, prevalece en ella algunas enfermedades relacionadas con la genética, que se ve en mayor proporción en las comunidades aisladas de las costas venezolanas, donde este cruce, para expresarlo de alguna manera, se realiza en menor proporción. Dentro de las enfermedades relacionadas a esta característica genética encontramos:

- **ANEMIA DREPANOCÍTICA:** La anemia drepanocítica o falciforme es una enfermedad genética relacionada con la ancestría africana, que hereda de alguno de sus padres el gen drepanocítico que hace que los glóbulos rojos se hagan duros, pegajosos, tengan forma

de hoz y mueran antes de tiempo, disminuyendo la concentración de los mismos en sangre manifestándose en la hematología como una anemia. Los síntomas que acompañan esta patología hematológica son: decaimiento, palidez cutáneo-mucosa y en ocasiones dolor en algunas partes del cuerpo. Para manifestarse se debe heredar de los 2 padres el gen drepanocítico, sino sólo se es portador para futuras generaciones. Es más común en mujeres que en hombres y durante las edades fértiles de la mujer, donde hay pérdidas sanguíneas menstruales, se hace más manifiesta la sintomatología asociada a la enfermedad.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA:** Se conoce que entre el 40% y el 50% de los pacientes con hipertensión arterial, tiene origen genético. Existe muchos genes que unidos producen en los pacientes hipertensión arterial, uno de los más importantes es el gen que aumenta la presión sanguínea, encontrado frecuentemente en personas cuya ancestría es africana. Según Zenteno y Kofman-Alfaro (2003), la alta prevalencia de hipertensión en sujetos de raza negra, aproximadamente el doble que en blancos, proporción 2:1 y el curso más severo de esta enfermedad en la población afrodescendiente, ha apoyado la hipótesis de que la genética tiene un papel fundamental en la regulación de la presión sanguínea y la hipertensión arterial.

### **3. Enfermedades relacionadas con el estilo de vida**

- **NEOPLASIAS DE VÍAS DIGESTIVAS Y OTRAS NEOPLASIAS:** Las comunidades afrodescendientes de Venezuela, representan los antiguos enclaves de esclavizados africanos, carentes de muchas condiciones de vida como la electricidad, agua potable intradomiciliaria, aunado a los estilos de vida festivos que caracterizan a estos poblados y sus habitantes, donde la ingesta de alcohol desde temprana edad es alta. Allí encontramos una alta prevalencia de neoplasias de vías digestivas (estómago, páncreas, hígado, colon, recto) relacionados con algunos hábitos que han pasado de generación en generación, como los alimentos en conserva y la ingesta de bebidas alcohólicas. En el 2008 se revisaron las estadísticas de mortalidad por neoplasia encontrando una alta incidencia en Chuao, comunidad que para ese entonces no alcanzaba los 1500 habitantes. Se debe esperar 2 casos de neo-

plasia de todo tipo, por cada 1000 habitantes, encontrándose en sólo 3 años de estudio 7 casos (por encima de lo esperado) de las cuales 4 fueron en vías digestivas, 2 relacionadas a la mujer (cáncer de mama y cáncer de útero) y las otras 2 en hombres de la comunidad (cáncer de próstata). Estos resultados corresponden a lo expresado por Nickens (1995), que da una relación de 2:1 para cáncer entre afrodescendientes y blancos. Y Piffath (2001) en relación a los tipos de cáncer reporta un crecimiento entre los negros en relación a los blancos para el cáncer colon-rectal y prostático, también en la población estadounidense. Los hábitos alimenticios de la herencia negroide y esclavizada con condiciones de vida precarias produjo nuevas formas de conservación de alimentos, es típico encontrar en las comunidades costeras afrodescendientes como Chuao, que los productos del mar se “salen” para su conservación, ya que es reciente la llegada de la energía eléctrica a las comunidades, existiendo igualmente fallas y restricciones en el servicio. Por lo que es muy habitual encontrar almacenado el pescado seco salado y otras carnes de casería. Otra de las características en el estilo de vida que puede ser un agravante en estas patologías, es la alta ingesta de bebidas alcohólicas desde temprana edad. Es común ver en las fechas festivas, como durante 2 o 3 días de celebraciones, desde muy tempranas horas del día hasta avanzada la noche, a adolescentes, adultos y ancianos portando entre sus manos alguna bebida alcohólica, causando daño irreversible en el hígado como cirrosis hepática alcohólica. Existen estudios que demuestran la relación existente entre la ingesta de alimentos en conserva, el alto consumo de alcohol y las lesiones neoplásicas del sistema digestivo, estando sus metabolitos relacionados con la formación de células cancerígenas. La Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED (2016) en España, a través de la Facultad de Nutrición y Dietética han publicado la guía: *Alimentación y Cáncer, Prevención y Tratamiento*, donde se menciona a los nitritos y acetaldehído producto del metabolismo de alimentos salados y del alcohol como sustancias cancerogénicas. El alcohol también se relaciona con la disminución de la respuesta inmunológica y el aumento de sensibilidad a sustancias cancerígenas.

- TRASTORNOS ENDOCRINOS METABÓLICOS: Los hábitos alimenticios de comunidades afrodescendientes como Chuao, reflejan una

dieta poco balanceada con alto consumo de hidratos de carbono y grasas saturadas. La obesidad en población joven, con predominio de grasa abdominal, la falta de actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, son algunos de los hábitos relacionados con patologías endocrino metabólicas.

- **SÍNDROME METABÓLICO:** Se encuentra asociado a altos niveles de triglicéridos y bajos niveles de HDL en sangre, glicemias en ayunas superior a 100 mg/dl y cifras tensionales igual o superior a 130/90 mmHg. Aunado al sobrepeso, sedentarismo, hiperinsulinismo y otros hábitos no saludables como hábito tabáquico y alcohólico. Todo esto hace que estos pobladores sean más propensos a sufrir enfermedad cerebro vascular (ECV), trastornos circulatorios, cardiopatías hipertensivas, diabetes mellitus, que pueden acarrear la muerte.
- **HIPERINSULINISMO:** Enfermedad que algunas veces pasa desapercibida y es el preámbulo a desarrollar el síndrome metabólico, que se caracteriza por una resistencia a la insulina, donde el páncreas secreta más insulina de la habitual o la misma no es utilizada de forma efectiva en el metabolismo de la glucosa. El hiperinsulinismo se manifiesta cuando el paciente llega a niveles de sedentarismo y mal nutrición, cursa en la mayoría de las veces con sobrepeso, panículo adiposo abundante en región abdominal, manchas oscuras en la piel de cuello y zonas de pliegue, conocida como acantosis negra; caída de cabello, hirsutismo que es la proliferación de vello facial tanto en hombres como mujeres y trastornos menstruales.
- **DIABETES MELLITUS TIPO 2:** Es una patología que si bien es cierto tiene un componente genético, en población afrodescendiente tiene que ver con la alta ingesta de carbohidratos de la dieta diaria, es muy común ver alimentación con alto contenido de almidones: plátano verde, yuca, papa, arepas, ñame de palo; proteínas cocidas en grandes cantidades de aceite, así como muy poco consumo de frutas, legumbres y vegetales crudos.
- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL:** Es otra patología donde los hábitos alimenticios, en comidas con alto contenido de sal y grasas, que se convierte en un factor determinante al igual que hábitos tabáquicos y alcohólicos.
- **ENFERMEDADES HÍDRICAS.** En Chuao como en el resto de las comunidades costeras afrodescendientes, el agua no sólo es un

regalo de la naturaleza en sus playas, ríos, riachuelos y sistemas de riego para la agricultura, sino también, parte importante de las actividades laborales, lúdicas y de esparcimiento, trayendo consigo enfermedades relacionadas con su ingesta y contacto continuo sobre el cuerpo.

- **SÍNDROME DIARREICO:** El contacto e ingesta de agua no tratada, propia del uso constante de ríos y playas condiciona la aparición de enfermedades diarreicas. Siendo las diarreas la primera causa de morbilidad y la primera causa de mortalidad en niños menores de 5 años, a causa de la deshidratación que esta produce. Las diarreas son en su gran mayoría de origen viral (60%), sin embargo en ocasiones están relacionadas con bacterias o parásitos oportunistas que complican el cuadro.
- **PARASITOSIS:** Los niños y también adultos de las comunidades afrodescendientes como Chuao, presentan altos niveles de parasitosis. En un estudio realizado por Ramos, Huerta y Masín (2011), en escolares de Chuao, se encontró una prevalencia de parasitosis intestinal de 74%, cuando se indagó en ellos sus hábitos higiénicos, expresaron no lavar las manos con frecuencia, ingesta de frutos sin lavarlos, poco uso de calzado y jugar en la tierra. Esta realidad es compartida en todas las comunidades afrodescendientes que se encuentran en el territorio rural.
- **DERMATOMICOSIS:** La constante exposición al agua mantiene humedad sobre la piel, aunado a los hábitos propios de comunidades costeras, poco uso de ropa sobre el dorso, donde no hay secado ni cuidado de la piel, esta humedad constante hace que proliferen los hongos, presentando manchas hipo crómica, pruriginosas; dentro de las dermatomicosis más comunes encontramos la pitiriasis versicolor y la *Candida albicans*, que corresponde a lo encontrado por Palma (2008).

#### **4. Enfermedades relacionadas con la actividad laboral**

- **PATOLOGÍAS OFTALMOLÓGICA:** Una de las actividades laborales más desarrolladas en los pueblos costeros afrodescendientes es la pesca artesanal y el transporte de turistas por vía marítima, donde los pobladores afrodescendientes deben pasar largas jornadas en el mar, a expensa del sol, el agua salada, la brisa marina y el reflejo que ocasiona el sol sobre la superficie del mar. Estas

características hacen que aumenten las patologías oculares por la exposición permanente y sostenida. La falta de humedad en el globo ocular producto del efecto de la brisa marina y el contacto con partículas de arena fina hacen que exista una fricción al parpadeo acular que desencadena en la formación de una inflamación y fibrosis conocida con *Pterigion Ocular* produciendo también *Conjuntivitis* y el *Síndrome de Ojo Seco*. Las *Cataratas* que es la opacidad del cristalino, también es frecuente en las personas con esta actividad laboral ya que la exposición a radiación UV y el reflejo constante del sol sobre la superficie del mar es un condicionante para su aparición.

- **TRASTORNOS MÚSCULO ESQUELÉTICO:** Las actividades laborales con manipulación de carga son muy frecuentes en las comunidades afrodescendiente, movilizar las lanchas, cargar las redes, recoger los peces de las redes. Así como las actividades propias de la agricultura en la siembra y cosecha del cacao, exponen a los trabajadores a la elevación, descenso, empuje y tracción de cargas que muchas veces superan los estándares establecidos de 20Kgs por persona. Se desarrolla ante esta exposición lesiones músculo esquelética que pueden ir desde una mialgia, neuralgia, artrosis de rodillas y codos, tendinitis, hasta una lesión degenerativa crónica de columna (espondilosis y espondilolistesis) o hernias de discos intervertebrales. Siendo lesiones altamente incapacitantes.
- **REACCIONES ANAFILÁCTICAS Y EMPONZOÑAMIENTOS OFÍDICOS:** El trabajo del mar y la tierra exponen a sus trabajadores a picaduras de insectos, roedores y peces que cuentan con algunas toxinas generando reacciones anafilácticas diversas. Los emponzoñamientos por *Bothrops* y *Crotalus* son también parte de los riesgos laborales que se exponen los trabajadores de las haciendas de cacao.

## **5. Enfermedades relacionadas con la organización y planificación de los servicios de salud**

Es difícil pensar que los servicios de salud puedan enfermar a los pobladores de Chuao o de cualquier comunidad afrodescendientes, pero las enfermedades que aquí se han descrito son en su gran mayoría “prevenibles”, es entonces deber del servicio de salud hacer las intervenciones desde los diferentes niveles de Leavel y Clarck, para lograr que no ocurran.

La investigación hecha por Lares, Guerra y Masín (2010), *Equidad con enfoque étnico por parte del personal de salud que labora en la Costa de Oro del estado Aragua*, evidenció que los trabajadores de salud no conocían las principales manifestaciones culturales de la comunidad, desconocían las cinco principales causas de morbilidad, las cinco primeras causas de muerte y el 50% de ellos no vivían en la comunidad. Por lo que entender y comprometerse con la realidad en la que viven y se enferman estas comunidades no era parte de su trabajo diario.

Para concluir, el logro de la salud en las poblaciones afrodescendientes de Venezuela es posible si se sensibiliza tanto a las comunidades como a los trabajadores de la salud, que es posible hacer cambios en los hábitos de vida, en el saneamiento ambiental y los riesgos laborales. La educación, promoción y prevención son prioritarias en las actividades a realizar por los servicios de salud.

En la investigación *Aportes teóricos desde una mirada socio-crítica para la política pública en salud de los afrodescendientes en el estado Aragua*, (Masín, 2014), se demostró que la calidad de los servicios estaba signada por la accesibilidad a los mismos, por lo cual es algo accidentada, debido a las características topográficas de estas comunidades afro en todo el territorio nacional, que limita el acceso a servicios de referencia en salud de segundo y tercer nivel, donde se cuenta con bienes más especializados. Otra de las limitantes en la accesibilidad es los pre-requisitos y los horarios que se establecen sin contar con la dinámica de vida propia de estas comunidades ajenas a las estructuras tradicionales de horario de oficina. La disposición de los trabajadores de la salud, para entender la cosmovisión, vivir con ellos e intervenir, garantizándoles el derecho humano y social fundamental que es la salud, es otra de las limitantes. Muchas veces los limita su actitud ante la cultura, el estilo de vida, los valores y las creencias religiosas que hacen a este grupo poblacional especial y vulnerable.

Es entonces necesario redimensionar la estructura sanitaria y los servicios de salud para que encajen en esta realidad comunitaria, que se repite en todas las comunidades afrodescendientes, con el agravante que es Chuao una de las comunidades afro más privilegiadas por las políticas públicas, nos hace pensar que otras comunidades están en mayor inequidad.

Es un camino que hay que transitar y hacer los ajustes desde la formación del talento humano en salud, los gerentes y los decisores de políticas públicas, para que den esta mirada desde la afrodescendencia, desde la identidad étnica como determinante social de la salud y el derecho universal consagrado en la Constitución Bolivariana de Venezuela, que no sólo nos

reconoce como sociedad multiétnica y pluricultural, sino que expresa que la salud es un derecho fundamental y preocupación expresa del Estado, su logro. Así que manos a la obra, hay que conocer de ellos, de la cosmovisión afro, de los lineamientos internacionales relacionados con la salud étnica, para así educar, promocionar hábitos saludables y prevenir todas las enfermedades, logrando la tan anhelada salud y vida.

## Referencias

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2002). *Declaración y Programa de Acción de Durban*. III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia. Primera Edición, Bogotá Colombia.
- Bollini P, Siem H. (1995). *No real progress towards equito: health of migrants and ethnics minorities on the eve of the years Society Scientific Medical Sep 1995*. Washington D.C. EEUU.
- García. J. (2005). *Afrovenezolanidad e inclusión en el proceso Bolivariano Venezolano*. Caracas Venezuela: Publicación del Ministerio de Comunicación e Información.
- Infoplease y Afro-American Organization AAO (2000). *Censo de los Estados Unidos de América, 1990*. Disponible: [Infoplease.com/ipa/A0855617.html](http://infoplease.com/ipa/A0855617.html). consulta (2007 jun 14)
- Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (1998). *Indicadores y Datos Básicos para a Saudé*. Río de Janeiro. Brasil
- Lares K, Guerra L y Masín C. (2010). *Equidad con enfoque Étnico por parte del Personal de Salud que Labora en la Costa de Oro del Estado Aragua*. Tesis de grado no publicada. Universidad de Carabobo Venezuela
- López, N y Col. (1993). Prevalencia de Hipertensión Arterial y Otros factores de Riesgo para enfermedad Coronaria en el Estado Aragua. 1992-1993. Publicado en: *Avance Cardiológico*. Vol. XV n° 6 año 1995.
- Masín, C. (2008). *Situación de Salud de las Parroquias Chuao y Valle Morín 2005-2007, aproximaciones al enfoque étnico*. Tesis de especialidad no publicada. Universidad de Carabobo.
- Masín, C. (2014). *Aportes teóricos desde una mirada sociocrítica para la política pública en salud de los afrodescendientes en el estado Aragua*. Tesis Doctoral. Logo International University Florida USA.
- Nickens H. (1995). *Race/ethnicity as a factor in hearth and hearth care*. Publicación de la unidad de reclamos de hearth care. Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2001). *Salud y Ausencia de Discriminación*. Serie de publicaciones sobre salud y Derechos Humanos n° 2. OPS/OMS para las Américas. Washington D.C.

- Organización Panamericana de la Salud OPS (2003). *Grupo Étnico y Salud, presentado en la 132ª sesión del Comité Ejecutivo*, punto 4.8 del orden del día. Washington D.C.
- Organización pan-americana de la Salud Unidad de Género, Etnicidad y Salud OPS (2005). *Taller Regional para América Latina y el Caribe. Trabajando para alcanzar la equidad étnica* (Brasília 2004). Washington. OPS. 2005.
- Paixão, M. (2005). *Saúde da População Negra nu Brasil: Contribuições para a Promoção da Equidade Fundação Nacional de Saúde*. Ministério de Saúde FUNASA Brás.
- Palma, R. (2008). *Dermatomicosis influenciada por la contaminación del río Choroni*, Tesis de Especialidad no publicada. Universidad de Carabobo.
- Piffath T, Whiteman M, Flaws y Col. (2001). *Ethnic Differences in cancer mortality trends in the US*, EEUU: Ethn Health.
- Ramos, Huerta y Masín (2011). *Estrategias de promoción y prevención de parasitosis intestinal en la comunidad de Chuao, hacia un medio ambiente sustentable*. Tesis de grado no publicada. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Torres C. (2001). Equidad en salud: Una mirada desde la perspectiva de la etnicidad. OPS/OMS Disponible: [www.revmed.unal.edu.co/equidad/doc/raza 17.pdf](http://www.revmed.unal.edu.co/equidad/doc/raza%2017.pdf). consulta (2007 Abril 20)
- Torres C. (2002). Descendientes de africanos en la región de las Américas y equidad en materia de salud. *Rev. Panam Salud Pública*. [periódico en la Internet]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?> consulta: (2007 Jun 14).
- Vargas, M. (2010). Tragedia Haití oportunidad para cambio, artículo de prensa publicado vía web, disponible en: <http://www.hoy.com.do/el-pais/2010/11/14/309935/Vargas-y-Espinal-dicen-tragedia-Haiti-oportunidad-para-cambio>.