

MIMP

Ministerio de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables



AFROPERUANAS

Situación y marco legal de protección de sus derechos

Salud Sexual y Salud Reproductiva de las mujeres afroperuanas.
Autora: Sofía Carrillo Zegarra
Sofía Carrillo

tomo **4**

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
Carmen Omonte Durand

Viceministra de la Mujer
Marcela Huaita Alegre

Directora General de Igualdad de Género y no Discriminación
Grecia Rojas Ortiz

Directora de Políticas de Igualdad de Género y no Discriminación
Silvia Quinteros Carlos

Directora de Promoción y Protección de los Derechos de la Mujer
Liliana Huayhua Palomino

Edición. Equipo MIMP/DGIGND/DPIGND en orden alfabético:
Selmira Carreón Lozano
Victoria Ponce del Castillo

Con la asistencia de:
Mariela Noles Cotito
Zoila Ortiz Miguel

Elaboración de contenidos
Mónica y Sofía Carrillo Zegarra; Ramón Díaz Vásquez; Cecilia Ramírez Rivas; Rocío Muñoz Flores; Susana Matute Charún.

Corrección de estilo
Gustavo Pérez Lavado

Diseño gráfico
Ninja Gráfico SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2014-10643

Ninja Gráfico S.A.C.
R.U.C. 20538880117
Asoc. Vivi. El Progreso, Mza. Q Lote. 1 Lima - Lima - San Juan De Miraflores
Teléfono: 444 0115

Primera edición. Julio, 2014

Tiraje: 1,000 ejemplares

AFROPERUANAS

Situación y marco legal de protección de sus derechos

CONTENIDOS

1

Presentación
Introducción
Problemática de género y la situación de las mujeres afrodescendientes en el Perú. Análisis y propuestas de políticas públicas.
Resumen del Marco Jurídico Nacional e Internacional



2

Apuntes sobre las mujeres afroperuanas a partir de las encuestas de hogares 2007 y 2011.
Ramón Díaz Vásquez
Anexo: Estadísticas de la población afroperuana según ENAHO 2012



3

La variable étnica en los censos, encuestas y el pueblo afroperuano.
Cecilia Ramírez Rivas
Anexo: Resolución Jefatural de conformación del Comité Técnico Interinstitucional sobre Estadísticas de Etnicidad



4

Salud sexual y salud reproductiva de las mujeres afroperuanas.
Sofía Carrillo Zegarra



5

Representaciones sociales de las mujeres afroperuanas.
Rocío Muñoz Flores
La importancia del discurso
Susana Matute Charún



6

Marco normativo de protección de los derechos de las mujeres afroperuanas



SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES AFROPERUANAS

Sofía Carrillo

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES AFROPERUANAS¹

La defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sigue siendo un gran reto en nuestros países. En el caso de las mujeres afrodescendientes, la situación adquiere particularidades poco analizadas, en virtud de la discriminación agravada definida como interseccional, donde se interconectan el racismo, el sexismo, el machismo y el clasismo. En la exploración desarrollada por el Centro de Estudios y Promoción Afroperuanos (LUNDU), "La salud sexual y salud reproductiva de las mujeres afroperuanas", se presentan algunos alcances en torno a la situación que vive este sector de la población.

Los resultados permiten identificar inputs para iniciar el diseño y la implementación de políticas públicas que logren mejorar la salud sexual y reproductiva (SSySR) de las mujeres afroperuanas, poniendo en la palestra obstáculos y dificultades que persisten a través de la historia.

Introducción

Para analizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres afroperuanas, es necesario hacer un recorrido por la historia. El sistema racista, clasista y machista estructurado en el período colonial estableció parámetros dicotómicos, donde por un lado se las hipersexualiza y convierte en objeto de deseo, y, por otro, se les despoja de su condición humana. Como justificación de la empresa esclavista, el sistema colonial calificó a africanos y africanas como bestias, y es bajo este precepto que se utilizaron todas sus dimensiones corporales. Además de la mano de obra, el usufructo en el ámbito sexual y reproductivo fue un componente central en el éxito de dicha empresa: vientres de reproducción, amas de leche o siervas sexuales son solo algunos ejemplos de esta utilización.

La situación señalada ha generado prejuicios racistas y sexistas que continúan asentados en la sociedad peruana y que afectan de manera agravada a las mujeres afroperuanas, quienes representan uno de los últimos eslabones en la cadena de exclusión social, política y económica del país. Para conocer in situ sus percepciones, se desarrolló una investigación en las

¹Carrillo Zegarra, Sofía. Artículo basado en la investigación elaborada por Mónica Carrillo Zegarra, presidenta de LUNDU. Trabajo de campo a cargo de Sofía Carrillo Zegarra. Estudio desarrollado gracias al apoyo técnico y financiero de Planned Parenthood Federation of America (PPFA).

zonas afrodescendientes de Lima, Callao, Piura (Yapatera) e Ica (Chincha); además de analizar las políticas públicas en el país y reconocer que la perspectiva intercultural del Estado peruano no incluye de manera integral al Pueblo Afroperuano, existiendo avances incipientes en la inclusión de las mujeres afroperuanas como un sector poblacional que afronta particularidades en su contexto, cultura, e incluso por una posible predisposición genética, siguiendo los preceptos de la Organización Mundial de la Salud y las políticas establecidas por la Comunidad Andina y otros países de la región.

A partir de diversos reportes, testimonios y referencias históricas sobre la salud del pueblo afroperuano, el racismo y sexismo y su afectación principalmente a las mujeres afroperuanas, y las políticas públicas de salud sexual y reproductiva implementadas en comunidades de presencia afroperuana, planteamos las siguientes apreciaciones que orientaron la investigación:

a) La perspectiva intercultural de las políticas públicas de salud, nacionales, regionales y locales, no es incluyente con el pueblo afroperuano, es decir, no se le reconoce como un pueblo con limitaciones para el ejercicio del derecho a la salud y con factores de riesgo particulares ante determinadas enfermedades, como consecuencia de la pobreza, la exclusión, el racismo y el sexismo. Este vacío de políticas públicas afecta de manera agravada a las mujeres afroperuanas, principalmente en lo relacionado al ejercicio pleno de

su salud sexual y reproductiva.

b) Los médicos y operadores de salud tienen conocimiento de la predisposición genética de las mujeres afroperuanas a desarrollar enfermedades como la hipertensión, la hiperglucemia, entre otras, por lo que se evidencian prácticas médicas que desarrollan protocolos diferenciados de atención hacia estas; no obstante, ello no es parte de una política pública.

c) Los(as) afroperuanos(as) afrontan problemas de exclusión social, política, económica y cultural, debido a las consecuencias del racismo, el sexismo y la pobreza ocasionados por la esclavitud africana. En este contexto, las mujeres afroperuanas enfrentan situaciones agravadas y diferenciadas respecto a otros grupos étnicos, las cuales limitan y vulneran el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, particularmente en la prevención de embarazos no deseados, de las ITS (infecciones de transmisión sexual) y del VIH.

El objetivo de este artículo es presentar aspectos que consideramos claves para conocer la salud sexual y reproductiva de las mujeres afros, dando cuenta del acceso y calidad de los servicios de SS y SR, en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos, que al fin y al cabo son también parte de sus derechos humanos. Cabe destacar que uno de los mayores escollos para el diseño de políticas públicas es la ausencia de información estadística en torno al Pueblo Afroperuano, lo

que conlleva la invisibilización de sus demandas y necesidades, incluyendo las de las mujeres.

Revisando la historia

Al heredarse la esclavitud por el vientre de la madre —no obstante la presencia de un padre liberto, blanco o de otra raza—, las mujeres esclavizadas utilizaron como estrategia la apelación a una promesa de libertad para su descendencia y para ellas hecha por los esclavistas a cambio de un vínculo sexual. Cuando el sistema colonial se flexibilizó y generó algunos mecanismos de protección legal para esclavizados y esclavizadas, estas interponían denuncias por haber sido presionadas bajo esta promesa. Es decir, irrumpieron en el sistema judicial colonial utilizando estrategias que apelaban a un valor que era inherente a las mujeres blancas y al cual consideraban tenían derecho debido a su condición de cristianas. Este valor era la “salvaguarda del honor” (Del Río, 2008).

A pesar de los mecanismos de defensa utilizados por las esclavizadas, los hombres esclavistas perpetuaron el relacionamiento violento hacia ellas, porque no percibían que su comportamiento sexual iba a tener trabas y consecuencias que afectarían su estatus social (Bastide, 1961). Ellas estaban en el eslabón más bajo de la sociedad: en tanto mujeres, sufrían la injerencia patriarcal.

La violencia de género era

también ejercida por los hombres afrodescendientes, que reproducían los prejuicios del sistema machista y la frustración de no tener derecho y propiedad sobre los cuerpos de sus mujeres e hijas, que eran “administrados” por la empresa esclavista.

Las relaciones de género entre las mujeres y los hombres esclavizados son temas factibles de analizar a partir del protagonismo de las mujeres en la búsqueda y obtención de la libertad, mediante estrategias judiciales que exigían el cumplimiento de una promesa de libertad realizada por los esclavistas o la compra de la libertad a partir del ahorro obtenido por el trabajo extra fuera del yugo de los patrones y patronas.

Desde la flexibilización del sistema judicial colonial, las mujeres esclavizadas tuvieron posibilidad de demandar a sus esposos por agresión. La estrategia era apropiarse de los códigos de honor que estaban diseñados para las mujeres blancas, apelando, entre otros argumentos, a los principios de respeto y de moralidad católica (Hunefeldt, 1992).

Sobre el acceso a los servicios de salud

El pueblo afroperuano acude en menor medida que otras etnias/razas a un establecimiento de salud para recibir atención médica en caso de accidente o enfermedad. El 74.4% de hombres y el 66.5% de mujeres afroperuanas no buscan atención médica ante una

enfermedad o accidente, a pesar de que las distancias para el acceso al establecimiento de salud sean, en algunas comunidades, más cortas que las que deben invertir pueblos de otros orígenes raciales/étnicos. Según los datos obtenidos por la ENCO (2006), la distancia promedio que invierten los usuarios y las usuarias afroperuanas(as) para acudir a un centro de salud en zonas rurales es de una hora, y de veinte minutos en zonas urbanas.

Asimismo, en la investigación se identificaron otros factores que limitan el acceso a los establecimientos de salud, en particular para las mujeres afroperuanas:

- 1) Los centros de salud de las zonas rurales no cuentan con infraestructura y personal necesario para atender casos de parto o de emergencias que requieran atención especializada. Por ello, los(as) usuarios(as) son derivados al hospital ubicado en las capitales de las provincias o de los distritos.
- 2) Es limitado el horario de atención de los establecimientos de salud ubicados en comunidades afroperuanas, por lo cual, luego del horario de atención regular, los(as) usuarios(as) acuden a las capitales de la provincia o del distrito, en un contexto donde usualmente no existe movilidad pública ni privada durante la noche y la madrugada. Esto trae como consecuencia que los(as) usuarios(as) deban invertir recursos económicos no planificados para el transporte.

En el caso de situaciones de emergencia

relacionadas con el embarazo, según las usuarias de Lima, Chincha y El Carmen (Ica), se acude al hospital más cercano utilizando servicios de transporte contratados o que se obtienen por colaboración de amigos y familiares. Destaca como práctica diferenciada el rol de las parteras en los casos de emergencia de parto en la comunidad de Yapatera (Piura), cuyas funciones trascienden la situación de emergencia, lo cual será detallado en líneas posteriores. En el distrito de El Carmen no se han encontrado indicios de esta misma práctica; sin embargo, existen testimonios de la presencia de parteras en la provincia de Chincha, que originariamente son carmelitanas (Guevara, 2008).

Además de estas situaciones, para los y las afros, la probabilidad de acudir a recibir un tratamiento efectivo ante una enfermedad o accidente es menor respecto a lo observado en la población total. Estudios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señalan la importancia de acortar este tipo de indicador a partir de identificar las posibles causas: "Las razones por las cuales los individuos o los grupos asisten tardíamente a las consultas tienen en parte que ver con temas ya mencionados: costos, ubicación y lengua, pero también con la visión del proceso salud-enfermedad y el conocimiento y la información a disposición de esos grupos sobre el papel de la prevención y de la promoción de la salud" (Torres, 2001: 26).

Por otro lado, la relación entre los años

de educación y el acudir a un centro de salud arrojan índices que comprueban que mientras menos educación alcance un(a) ciudadano(a) afroperuano(a), mayor es la posibilidad de que no acceda a una atención en salud. Las mujeres afroperuanas son el sector del pueblo afroperuano que cuenta con los menores niveles de educación, lo que permite inferir que son las más afectadas en el ejercicio del derecho a la salud.

La ficha HIS: una tarea pendiente

La introducción de una variable étnica en la hoja de registro de los usuarios y usuarias de los establecimientos de salud, denominada hoja HIS, es un importante avance en políticas públicas con una real perspectiva intercultural. La política de introducción de esta variable fue aprobada en el año 2010², desarrollándose un programa piloto de implementación en Chincha y Ucayali, para luego ampliarlo a todo el país. El registro de las variables étnico-raciales ha sido ineficiente, pues existe un desconocimiento por parte de los agentes de salud y los(as) usuarios(as) sobre la importancia de estas variables. Las cifras de usuarios(as) registrados(as) como afroperuanos(as) en las diversas regiones no corresponden a la proporción de población afro recogida por el INEI a partir de la ENAHO y la ENCO. Este subregistro denota la ausencia de una efectiva aplicación de esta política. Se encontró una desproporción en

el registro de afrodescendientes atendidos(as) en el sistema de salud, comparado con el número de hogares afroperuanos registrados en distintas regiones y provincias. Según la ENCO (2006), Lima alberga a la mayor cantidad de hogares afroperuanos, seguida de La Libertad; sin embargo, en la ficha HIS, La Libertad aparece solo con 35 personas atendidas, cifra menor que en Ucayali (111) y Cusco (120).

Las consecuencias de las deficiencias de este registro se evidencian en la imposibilidad de obtener información diferenciada por etnia/raza en aspectos específicos de la salud, como la morbilidad y la mortalidad, y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

“En el análisis de las enfermedades, analizamos la edad, el sexo, la procedencia, pero no hemos entrado al aspecto étnico, no teníamos antes esa variable. Pero definitivamente es importante, hay algunas morbilidades que por aspectos teóricos se sabe que tienen influencia por la etnia”.

(Funcionario Público 6. Unidad de Etapa de Vida Adolescente. DIRESA Callao. Callao.)

Por este motivo, para fines de la investigación, además de los resultados de la ficha HIS, se utilizaron como fuentes de referencia los indicadores de las encuestas e informes del MINSA, el INEI y los gobiernos regionales.

²http://www.redperifericaaqp.gob.pe/sites/default/files/u7/pon_lima/valeriano_Luis_-_Estandares_del_sistema_his3.05.pdf

Funcionarios(as) no aplican la ficha HIS a los usuarios(as)

En el trabajo de campo se identificó que en la mayoría de establecimientos de salud no se aplicaba la pregunta de autoadscripción étnica a los(as) usuarios(as), por desconocimiento de la existencia de este protocolo, o por considerar que preguntar sobre la raza o etnia podría herir la susceptibilidad del usuario o la usuaria y hacerlo(a) sentir discriminado(a). Una mínima tendencia de los funcionarios(as) entrevistados(as) consideró que esta política era positiva, reconociendo la necesidad de mejorar su implementación. En algunos casos, se señaló la existencia de una directiva verbal, de colocar la variable 80-MESTIZO, para todas las etnias.

Algunas de las percepciones y acciones del personal de salud que limitan la efectiva aplicación de la variable son:

a) Consideración de que la identificación de las variables étnicas no son importantes y que solo incrementará su carga laboral.

“Me parece que es un dato irrelevante en el Perú”.

(Funcionario Público 1. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-VIH y SIDA. Callao.)

“Esto no ha sido progresivo, de repente hay un código para cada tipo, hay una lista de más de 120 diferencias, no es práctico”.

(Funcionario Público 4. DIRESA Ica. Salud Integral.)

b) Percepción de que la pregunta sobre la autoadscripción étnico-racial puede generar malestar en el usuario o la usuaria al considerar que representaría un trato discriminatorio y negativamente diferenciado.

“Considero que no [es necesaria] porque fuera del origen étnico del usuario tenemos la responsabilidad de brindar la misma atención; eso significaría que deberíamos brindarle una atención especial a un grupo de gente. Todos son iguales y merecen la misma atención”.

(Funcionario Público 7. Director de Salud Integral. DIRESA Ica.)

c) Consideración de que el Perú es un país mestizo y que no se debe hacer énfasis en las diferencias. Por ello, el visibilizarlas podría ser —desde su perspectiva— un acto racista.

“(…)Que dentro de estas personas en pobreza y pobreza extrema existan personas afrodescendientes, es una cuestión circunstancial, no consideramos como algo importante [la diferenciación], ya que en nuestro país conocemos la multirracial”.

(Funcionario Público 1. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-VIH y SIDA. Callao.)

“La atención se hace de manera amplia para toda la población, no priorizamos ni unos ni otros, sino que es igual para todos. Ese es el trato que se le da a la población en general, de cualquier grupo étnico; o sea, el servicio es para todos, el que llegue al establecimiento tiene derecho a una prescripción de la salud como cualquier persona”.

(Funcionario Público 3. Estrategia-VIH y SIDA. DIRESA Piura.)

“Fuera del origen étnico del usuario, tenemos la responsabilidad de brindar la misma atención que se le da al mismo (...) eso significaría que deberíamos brindarle una atención especial a un grupo de gente. Todos son iguales y merecen la misma atención”.

(Funcionario Público 7. Director de Salud Integral. DIRESA Ica.)

d) En algunos casos, la variable étnica es colocada por el personal de estadística que asigna la categoría de mestizo sin ver al usuario o la usuaria.

“Las hojas HIS, directamente no las lleno yo, tampoco, las llena la división de estadísticas e informática”.

(Funcionario Público 1. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-VIH y SIDA. Callao.)

“La incorporación es algo nuevo, tiene un sinnúmero de variedades, pero para fines prácticos usamos dos, lo mestizo, que es la mayoría

de la población, y la de raza negra, que es 80 y 81”.

(Funcionario Público 4. DIRESA Ica. Salud Integral. Julio. El Carmen.)

Limitantes en el personal de salud para la aplicación de la variable étnica en la ficha HIS

A pesar de las percepciones y acciones citadas de los operadores de salud y personal médico, la mayoría de ellos confirma la existencia de enfermedades prevalentes en el pueblo afroperuano y señalan que aplican protocolos diferenciados cuando atienden a personas afroperuanas, tomando en cuenta estas prevalencias.

“Conocemos que hay determinada prevalencia de enfermedades por raza, porque la raza un poquito que tiene menos mezcla que la nuestra, ¿no? Y quizás si haya mucho más directo y uno pueda ver, el tema de hipertensión que está clásicamente descrita en persona de raza negra, tema de diabetes, que también tiene cierta prevalencias, pero es más con ciertos tipos de anemia, una anemia especial”.

(Funcionario Público 1. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva-VIH y SIDA. Callao.)

Salud sexual y reproductiva de las mujeres afroperuanas desde un enfoque de derechos humanos

Limitantes en el personal de salud para la aplicación de la variable étnica en la ficha HIS



Fuente: Estudio Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Pueblo Afroperuano de LUNDU.

A diferencia de otros países de la región, como Brasil, Colombia o Ecuador, en el Perú no existen investigaciones y estadísticas realizadas por el Estado sobre la salud sexual y reproductiva de la población afroperuana, con énfasis en las mujeres.

En el documento “Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina: Aportes para una Relectura desde el Derecho a la Integridad Cultural” (CEPAL), se cita la adaptación del documento “Mujeres Negras e Indígenas alzan su voz” (2006), que plantea una aproximación a la reflexión

en torno a la salud sexual y reproductiva de este pueblo: “En vez de identificar enfermedades y de buscar sus causas, debemos examinar las vidas de las mujeres e identificar lo que nos hace vulnerables. Un enfoque que parta de las necesidades lleva la atención fuera de los proveedores de servicios y hacia las mujeres a quienes sirven, cuestionando la manera en que ellas son tratadas por el sistema proveedor de servicios (...) establece normas mínimas para las intervenciones y las pruebas médicas, y evalúa si las mujeres reciben los servicios adecuados a sus necesidades”.

Las líderes afroperuanas reconocen que las mujeres afroperuanas aún tienen un ejercicio limitado de su salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos.

“Una orientación clara es saber hasta dónde hay que direccionar las políticas estatales, con carácter de especificidad para determinadas poblaciones. Se ha dicho mucho tiempo que las mujeres afrodescendientes son mucho más propensas a los miomas uterinos; si eso es así, me imagino que un interés está orientado a identificar data que me permita generar protocolos de atención, planes específicos para mujeres afroperuanas”.

Funcionaria Pública Afroperuana 3. Lima.

sexualidad de las mujeres afros y de los hombres también. Se exponen a situaciones de las que muchas veces no ejercen control; por ejemplo, la iniciación de las relaciones sexuales en algunas comunidades afros es a muy temprana edad, 11, 12 años, sin protección, vulnerables a mayores enfermedades de transmisión sexual e infecciones de transmisión sexual, VIH y a embarazos no deseados. Se profundiza la exclusión, embarazada a los 12,13 años, ¿qué posibilidades tiene de superar el círculo de pobreza en una comunidad donde no hay empleo, no hay formación, no hay capacitación y son extremadamente pobres?”.

(Funcionaria Pública afroperuana 3. Lima.)

De otro lado, funcionarios(as) públicos(as) que han sido activistas del movimiento afroperuano reconocen que la deficiencia en información estadística es una barrera para conocer las reales condiciones de la salud sexual y reproductiva del pueblo afroperuano.

“Es importante que uno detecte en dónde está la concentración, dónde está la presencia afroperuana, y trabajar con esa, con el ámbito geográfico determinado y vamos a encontrar absoluta correspondencia entre patologías”.

(Funcionario Público afroperuano 2. Lima.)

“Existe una sobredimensión de la

Con respecto a la discriminación racial en los servicios de salud sexual y reproductiva, los(as) funcionarios(as) públicos(as) enfatizan en la atención universal y sin discriminación por etnia y cualquier otra condición. Las usuarias entrevistadas no manifiestan haber sido discriminadas en la atención; sin embargo, hacen referencia al conocimiento de discriminación racial en el trato que recibieron sus madres o personas de generaciones anteriores. Es importante tomar en cuenta que las percepciones de discriminación pueden variar en función del contexto y la cultura y que, por ende, pueden ser normalizadas. Por ejemplo, situaciones de racismo, como tutear a las usuarias afrodescendientes y utilizar el “usted” para personas blancas o mestizas, es

una manera de discriminar, porque no se establece la misma relación de respeto. Reportes de la Defensoría del Pueblo han recogido testimonios actuales sobre discriminación contra mujeres afroperuanas en establecimientos de salud.

Percepciones de los(as) operadores(as) de salud y personal médico sobre la sexualidad, corporeidad del pueblo afroperuano.

Las percepciones sobre el pueblo afroperuano permean las relaciones del personal de salud en la atención de los(as) usuarios(as). A pesar de que dichos profesionales pueden ejercer un trato respetuoso y no discriminatorio, las concepciones respecto a lo afro influyen en sus valoraciones sobre algunas enfermedades o situaciones de riesgo de los(as) usuarios(as) afroperuanos(as).

Estas percepciones están influenciadas por el desconocimiento o mal entendimiento de características culturales afrodescendientes, lo que lleva a naturalizar comportamientos o hechos que son derivados de contextos culturales, económicos, sociales, así como de las estructuras de poder y relaciones de género. Estos explícitos prejuicios racistas y sexistas podrían tener consecuencias nefastas en la calidad de atención y en la perspectiva de prevención de factores de riesgo, particularmente en la salud sexual y reproductiva.

“Los bailes afros... tienen un gran componente sexual. La gente ‘morena’ es caracterizada por tener buen cuerpo, ser esculturales, el bailar, el ritmo, el movimiento de las caderas despierta la sexualidad y eso no es solamente en el baile, es en la esencia de la persona. Es la forma como expresan su sexualidad, es una cuestión inherente. Son gente muy alegre, muy sociable, y eso hace que esas relaciones sexuales se vean a edades precoces por la forma de ser, por el temperamento, por la misma cultura que se desarrolla”.

(Funcionario Público 4. DIRESA Ica. Salud Integral. El Carmen.)

Relaciones interraciales, endorraciales y violencia de género.

Si bien las relaciones afectivas se desarrollan en dimensiones particulares e íntimas que no permiten generalizaciones, por referencias bibliográficas y testimoniales se identifica que las relaciones interraciales tienden a estar permeadas de una tensión y un conflicto racial que pueden desembocar en violencia de género, especialmente si la mujer es la de origen afrodescendiente.

“Te dicen negra de mierda, pa’ que me metí con negra, negra tenía que ser”.

(C. Mujer líder. Lima.)

“Cuando te peleas dicen negra conchade...”.

(M.G. Mujer líder. Lima.)

“El marido de M. es andino, ella es afro. Él le dice negra, negra mona, gorila, a sus hijos mayores que son afros los trata así. Al menor, que ha salido más claro, sí lo trata mejor. Esto es común. Las mujeres se dejan”.

(N. Mujer líder. Chincha.)

“Mi marido que yo tenía me decía negra esclava, yo te he comprado con 13 monedas”.

(D. Z. Mujer líder. Lima.)

“Le dicen negra del diantre, no sirves para nada, no sé por qué tuve que meterme contigo”.

(Mujer adolescente afroperuana 1. Yapatera.)

“La gritan, le dicen negra no sirves para nada, lo que sí veo es que manifiesta con golpes. Dicen esa negra es ‘fácil’, es una ‘trepadora’, con intención de hacerla sentir menos”.

(K.O. Hombre adolescente afroperuano 1. Yapatera.)

De acuerdo a los resultados de la ENCO 2006, los niveles más altos de uniones interraciales heterosexuales ocurren al interior del pueblo afroperuano. Así, mientras las personas que se autoidentifican como parte de algún pueblo indígena (quechua, aymara o amazónico) reportan encontrarse en condición de casados o convivientes con personas que se autoidentifican de modo similar, las personas que se autoidentifican como afrodescendientes

reportan los niveles más bajos de endogamia. Entre ocho y nueve de cada diez personas de origen indígena reportan estar conviviendo o casadas con una pareja de similar origen, mientras que entre los afrodescendientes dos de cada diez mantienen una relación con una pareja de origen afroperuano y tres de cada diez con alguien que se autoadscribecomo mestizo.

La perspectiva sobre las uniones interraciales en las comunidades afrodescendientes ha sido analizada por la investigadora colombiana Mara Viveros, a partir de las ventajas y desventajas que los miembros de estas comunidades encontraban. Viveros señala que las personas más jóvenes se afirman en una elección con libertad, pero que esta podría esconder la necesidad de alejarse de sus tradiciones étnicas; otra perspectiva es la sanción social de parte de la comunidad afro por considerar que estas uniones traicionaban la etnia.

En el Perú, se identifican situaciones complejas ante las uniones interraciales y endorraciales. En cuanto a la unión de las parejas afroperuanas, se evidencian casos de rechazo de la propia familia afro, que considera esto un retraso, originándose situaciones de grave afectación a las relaciones familiares, de pareja y personales, y una posible relación de violencia y subordinación que vulnera sus derechos sexuales y reproductivos (LUNDU, 2008).

En las comunidades afroperuanas, la presión de la familia afro tiene como

consecuencia que los(as) adolescentes y jóvenes no consideren como opción una pareja del mismo origen racial, a pesar de desearlo.

Según los testimonios recogidos, los motivos principales expresados por las familias afroperuanas en contra de las parejas afrodescendientes son:

a) Imposibilidad de “mejorar la raza”, es decir, de que su descendencia sea más “bella” y de rasgos fenotípicos mejor valorados por la sociedad.

b) La supuesta “condena” de su descendencia a perpetuar la situación de racismo, insultos y exclusión debido a las limitadas posibilidades de desarrollo que tienen los afrodescendientes.

afrodescendiente y su familia no quiere. A algunas no les ha interesado, se han ido con sus parejas y se han casado; en cambio, otras le han hecho tanto la guerra que han terminado”.

(Funcionario Público 5. Obstetra. El Carmen.)

“Cuando dos personas afros se van a casar, la gente dice que deben ir sembrando un árbol en el corral o jardín porque como sus hijos van a ser monos, necesitan un árbol para treparse y jugar”.

(Testimonio de C.M. Mujer. El Carmen.)

Hemoglobinas anormales y anemia falciforme

“Hay gente que a sus hijos, a sus nietos, sí los convencían, los animaban a que salgan con gente de otro color, pues ¿no? de otra raza. (...) Bueno, se iban a cumpleaños, a paseos o un fin de semana, ellos, el papá y el abuelo son los que organizaban, invitaban a alguien y se iban (dejándolos solos para que se conozcan) y no invitaban a gente de uno mismo, del mismo color”.

(Funcionario Público afrodescendiente 1. Médico. DIRESA Piura. Dirección Salud de las Personas.)

“Sí, he visto. He podido observar que han habido personas que han venido y están entablado una relación con una persona

Diversos estudios de poca difusión recogen la presencia de hemoglobinas anormales en el pueblo afroperuano, particularmente en Lima. En los documentos citados a continuación se explora la prevalencia de hemoglobinas anormales, pero no se identifican diferencias por cuestiones de sexo. La bibliografía médica señala la existencia de diversos tipos de hemoglobinas anormales, llamadas también falciformes. La primera investigación al respecto data de 1906, la cual fue publicada 51 años después en una separata médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Las hemoglobinas anormales en el pueblo afroperuano también fueron identificadas en una tesis de grado de la Universidad Nacional Mayor

de San Marcos (Piaggio, 1993). Se tomaron 150 muestras de sangre a personas afroperuanas de Lima, sin patología hematológica y transfusión, identificándose seis pacientes anormales, cinco al patrón AVS y 1 al patrón A/C.

Existen indicios sobre la presencia de anomalías en la hemoglobina en la comunidad de Yapatera, según testimonios de los operadores de salud. Los indicadores de los centros de salud de la zona confirman una prevalencia de anemia en mujeres embarazadas en la comunidad afroperuana de Yapatera, ubicada en el distrito de Morropón (Piura), con mayores índices que sus pares de comunidades con mayor mestizaje y presencia indígena. El estudio técnico realizado por el CENSI-MINSA (2012) hace referencia a una tesis de grado del doctor Jorge Celi Ruiz sobre la anemia falciforme en afrodescendientes, realizada para la Facultad de Medicina de la Universidad de Piura. A la fecha, no se ha desarrollado una investigación científica del Ministerio de Salud al respecto que pueda confirmar la prevalencia de estas hemoglobinas anormales.

En El Carmen (Chincha-Ica), el personal médico señala la presencia de mayores índices de anemia en las mujeres afroperuanas, a diferencia de usuarias de otros orígenes étnicos. Lamentablemente, los resultados de la ficha HIS no permiten identificar los índices de mujeres embarazadas

afroperuanas con estas condiciones de salud; sin embargo, si analizamos la información global proporcionada por el Ministerio de Salud, observamos que los índices de anemia de las mujeres embarazadas de los pueblos afroperuanos son más elevados que los de otros pueblos. Los testimonios del personal de salud y de las líderes afroperuanas refuerzan la idea de que existen indicios sobre la presencia de esta recurrencia en las mujeres embarazadas afroperuanas y la necesidad de realizar una investigación científica al respecto.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es considerada, según la literatura científica, una de las enfermedades prevalentes en la población afrodescendiente. En el Perú, la información que se tiene al respecto es empírica, pues se basa en testimonios de médicos, operadores de salud y de la propia población. Las características de esta enfermedad en este grupo étnico, a diferencia de otros, es la aparición en una edad joven, o adulta joven, y no solo en la etapa de adultos mayores. La prevalencia de esta enfermedad no se debe entender solo como una proclividad natural de los afrodescendientes. La propuesta es analizar el contexto cultural, las costumbres y las diferentes variables que llevan a los elevados indicadores de esta enfermedad en la población de origen afro.

Embarazo y mujeres afroperuanas

La hipertensión y anemia son condiciones de riesgo para las mujeres embarazadas, independientemente de las etnias, siendo dos enfermedades por las cuales se establecen protocolos de atención específicos. La literatura médica establece que los afrodescendientes tienen predisposición a estas enfermedades, que pueden afectar de manera diferenciada a las mujeres embarazadas.

Las consecuencias de la hipertensión arterial en la etapa del embarazo son la preeclampsia y la eclampsia. Dicha predisposición afecta directamente la salud de las mujeres embarazadas,

registrándose, según testimonios de las operadoras de salud, un mayor número de mujeres afroperuanas que desarrollan presión alta en el embarazo y que no llegan a una situación crítica debido a la ejecución de medidas preventivas. A pesar de esta situación, no existe un protocolo de prevención de la hipertensión en mujeres afroperuanas antes de estar embarazadas o a partir del inicio de una vida sexual, que pueda llevar a reducir el riesgo de tener preeclampsia durante el embarazo. Según los testimonios de las mujeres afroperuanas entrevistadas, existe en ellas o sus familiares una tendencia a desarrollar hipertensión durante el embarazo o después de este, lo que es considerado como una "herencia familiar"

Hipertensión y preeclampsia



Fuente: Estudio Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Pueblo Afroperuano de LUNDU.



Embarazo adolescente

Según información de la ENCO 2006, el índice de embarazos de mujeres afroperuanas del rango de 12 a 18 años asciende a 4.0%, siendo mayor al quechua (3.5%) y aymara (2.7%), y menor al de la Amazonía (10.1%), al de mujeres blancas (4.3%) y al de mujeres mestizas (3.5%). Al no existir información actualizada, no se puede realizar una comparación de la evolución de este indicador y su correlación con los indicadores actuales. Los índices nacionales de embarazo adolescente al año 2012 presentan un 12.5% de adolescentes embarazadas, existiendo variación en las regiones.

Las cifras registradas por el Centro de Salud del distrito de El Carmen (Chincha-Ica) indican que el embarazo adolescente ha disminuido. Cabe destacar que a pesar de que las

usuarias embarazadas acuden al hospital de la provincia de Chincha para el parto, es usual que el proceso del embarazo sea controlado en el centro de salud de la zona. En octubre del año 2012, El Carmen registra 18 embarazos, de los cuales 5 fueron adolescentes, a diferencia del año 2011, en el que se registraron 12 adolescentes embarazadas (referencia de la Funcionario Público 5. Obstetra. El Carmen).

El personal del área de obstetricia del Centro de Salud El Carmen refiere que esta disminución se debe a un mayor interés de las usuarias por obtener información sobre métodos de prevención del embarazo no deseado, así como de planificación familiar, registrándose experiencias de comunidades que acuden al centro de salud a solicitar campañas para la población. No obstante, se sigue evidenciando que el intercambio de información entre pares (adolescente hacia adolescente) es el espacio más protagónico para compartir las dudas sobre sexualidad.

El MINEDU diseñó e implementó un Plan Piloto en Educación Sexual que consistió en capacitar a docentes, tutores(as) y adolescentes en Educación Sexual Integral, acciones que no han sido sostenibles, identificándose un deficiente nivel de monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos a partir de la intervención. La Educación Sexual Integral es transversal en las áreas académicas y se espera su abordaje también en las horas

de Tutoría. Desde finales de 2012, el Ministerio de Educación inició la reestructuración del Diseño Curricular Nacional. En agosto de 2012, la región Piura lanzó un Programa de Educación Sexual Integral focalizado en el distrito de Querecotillo (Sullana), donde no existe predominancia de población afroperuana.

El trabajo de campo permite reconocer que existen factores de riesgo que se comparten con otras etnias, tales como la desinformación y el machismo; sin embargo, se puede identificar situaciones consideradas como de particular riesgo para las adolescentes afroperuanas en torno al embarazo.

Desde el aspecto de las políticas, se identifican restricciones para el acceso a servicios de salud, tales como:

a) La ausencia de servicios diferenciados. Las campañas de salud son esporádicas y la educación sexual en las escuelas se reduce usualmente a dos charlas al año. La infraestructura de los centros de salud de Yapatera y El Carmen no contempla un espacio privado donde los(as) adolescentes puedan acudir a pedir consejería. De hacerlo, consideran que serán señalados y tachados por la comunidad, porque sería de dominio público que han iniciado una vida sexual.

b) La prohibición de brindar métodos anticonceptivos y preservativos a los adolescentes, de acuerdo con la Ley General de Salud N.º 26842, es un impedimento para la prevención

del embarazo no deseado, según el personal de salud y los líderes afroperuanos. No obstante, el personal de salud señala que obvian este mandato ante adolescentes que ya tienen hijos.

“En Yapatera, actualmente los alumnos tienen una maternidad y paternidad muy precoz. Aquí, si hacemos una encuesta, así no más, grosso modo, podemos decir que los niños ya no culminan secundaria, hay muchas madres adolescentes. Los hombres ya abandonan la secundaria porque una vez que ya tienen que salir a trabajar a los concejos (capital de la provincia) para poder mantener a la familia”.

(Profesora de Yapatera.)

“Encuentro particularidades en el caso de las poblaciones afrodescendientes, no tienen suficiente información en relación a planificación familiar, la gama de métodos anticonceptivos, información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos. Recuerdo en algún momento, hace algunos años, cuando trabajé en Chíncha, en un salón con cuarenta muchachos, y cinco o seis conocían formas de transmisión del VIH, el resto no, o cosas tan dramáticas como pensar que el condón podía ser reusado, o sea de que yo podía tener tres relaciones sexuales en un mismo día con el mismo condón”.

(Funcionaria Pública afroperuana 3.)

Interculturalidad y políticas de salud sexual y reproductiva.

El MINSA ha elaborado distinta normatividad a fin de contar con protocolos y modelos de atención en planificación familiar, parto vertical y demás políticas y acciones orientadas a reducir la mortalidad materna y el embarazo adolescente, bajo la jurisdicción de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva – Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

Sin embargo, el enfoque intercultural se encuentra considerado desde lo indígena andino y amazónico, invisibilizándose lo afroperuano:

“Sabemos que los afros tienen mayor tendencia a la hipertensión, pero la verdad es que no es algo que se vea en el momento de la atención a las mujeres afros gestantes. En zonas como Chulucanas, Ypatera, Las Lomas (...) allí hay más afros, pero sería interesante, ahora que estamos viendo el adecuar el Modelo de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, que incorporáramos este punto, pues si hay algún riesgo mayor de preeclampsia en las mujeres afros, sería bueno considerarlo. Nosotros estamos interesados en ver todo lo que pueda mejorar la salud materna”.

(Funcionario Público 2. DIRESA Piura. Estrategia-Salud Sexual y Reproductiva.)

Los programas de prevención de embarazo no deseado, de ITS y de VIH SIDA no contemplan una perspectiva intercultural incluyente del pueblo afroperuano, que priorice: a) la utilización de imágenes y referencias culturales de los(as) afroperuanos(as) en los mensajes de las campañas de prevención; y b) el confrontar los factores de riesgo y los efectos del racismo y sexismo en el ejercicio de una sexualidad responsable por los(as) afroperuanos(as).

Ante esto, se identifican tendencias dicotómicas en el personal de salud. Por un lado, aquellos(as) que consideran que no se deben realizar campañas diferenciadas porque no existen situaciones particulares de riesgo, e incluso llegan a invisibilizar la existencia física y cultural del pueblo afroperuano; y, por otro, quienes pese a reconocer que hay factores de riesgo particulares, consideran que no es necesario diseñar e implementar políticas públicas diferenciadas.

“La etnia es una condición, pero todos esos factores se interrelacionan; definitivamente no es que es una determinante, sino tienen que ver los otros factores”.

(Funcionario Público 6. DIRESA Callao. Unidad de Etapa de Vida Adolescente.)

A MANERA DE CONCLUSIÓN

a) Sobre disponibilidad de información

Establecer un diagnóstico sobre la salud sexual y reproductiva del pueblo afroperuano, con énfasis en las mujeres afroperuanas, conlleva establecer metodologías que crucen análisis cualitativos y cuantitativos. Las regiones con mayor dificultad para realizar un diagnóstico son Lima y Callao, debido a la dispersión de la población afroperuana y a que los niveles de concentración de la misma no llegan a conformar distritos con una mayoría de presencia afroperuana, que permita utilizar los criterios aplicables a distritos de otras regiones.

La ENCO (2006) y la ENAHO (2004) son herramientas para obtener indicadores sobre el pueblo afroperuano. Sin embargo, estas encuestas no son especializadas en salud y, por ende, la información que proveen es general y no idónea para establecer conclusiones que permitan diseñar políticas públicas específicas sobre salud sexual y reproductiva. Entre la información relevante que proveen estas encuestas identificamos: i) los niveles altos de enfermedades crónicas, ii) el limitado acceso a tratamientos ante la presencia de enfermedades, y iii) las referencias de relaciones interraciales y endorraciales en el pueblo afroperuano, tema útil para entender las relaciones de género y de raza.

b) Sobre la aplicación de la variable étnica en las fichas de atención

La aplicación de la variable étnica en la ficha de registro HIS en los hospitales y centros de salud estatales constituye la política pública más reciente e importante en materia de salud y etnicidad. Esta política no se ha aplicado de manera eficiente debido, entre otras razones, a: i) la ausencia de adecuados mecanismos de monitoreo y evaluación del proceso de implementación de la variable, ii) la poca capacitación del personal de salud para la adecuada implementación de la variable, iii) la tendencia en el personal de salud de considerar que la implementación de la variable étnica no constituye una política importante, iv) la percepción del personal de salud de que la variable étnico racial puede ser discriminatoria, y v) la tendencia en el personal de salud de considerar que la aplicación de la variable étnica incrementaría su carga laboral.

c) Sobre políticas de salud sexual y reproductiva en el pueblo afroperuano

Las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional y regional (Piura, Ica y Lima) no visibilizan la presencia de las mujeres afroperuanas. Existe la tendencia mayoritaria de los(as) funcionarios(as) públicos(as) de no considerar importante el diseño de políticas específicas en salud sexual y reproductiva hacia el pueblo

afroperuano, a pesar de reconocer que hay enfermedades prevalentes.

Al año 2013, no se ha implementado aún una Estrategia Sanitaria para el Pueblo Afroperuano, tema anunciado como prioritario por el MINSA el año 2011. Un importante avance es la realización de un protocolo de investigación sobre enfermedades no transmisibles (CENSI 2012), que será una línea de base para una investigación al respecto a realizarse el año 2013. En este sentido, es un tema pendiente la inclusión de una perspectiva de género en esta investigación y el abordar enfermedades que puedan afectar de manera particular a las mujeres en el ámbito de su salud sexual y reproductiva.

La elaboración de un diagnóstico sobre experiencias de intervención de la sociedad civil y el Estado ante la prevención de VIH/SIDA en el pueblo afroperuano y los pueblos indígenas es un importante avance en la elaboración de líneas de base para el diseño de políticas públicas al respecto. Es un tema pendiente la utilización de los resultados de esta investigación para el establecimiento de políticas específicas en la prevención de VIH/SIDA en el pueblo afroperuano.

d) Sobre el personal de salud y la aplicación de perspectiva étnica en la atención de salud sexual y reproductiva

Aunque no exista un protocolo especial de atención al respecto, el personal de

salud toma medidas particulares de atención a las mujeres afroperuanas para prevenir y tratar la preeclampsia, porque existe el conocimiento —por literatura médica y por experiencias de casos— de la prevalencia de esta condición de salud en mujeres afrodescendientes.

Las limitaciones de las fuentes estadísticas no permiten acceder a indicadores certeros sobre si el embarazo adolescente en las mujeres afroperuanas es mayor que en mujeres de otras etnias. Las referencias del centro de salud del distrito de El Carmen permiten inferir un descenso del embarazo adolescente en dicha comunidad, lo que implicaría una mejora en los niveles de información de métodos de prevención del embarazo en las adolescentes. Resulta importante corroborar esta información y, de ser así, conocer cuáles son las estrategias más efectivas para reducir estos indicadores.

e) Sobre los factores de riesgo para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos

El racismo se intercepta con el sexismo evidenciándose en situaciones de acoso sexual y relacionamiento con los afros desde la consideración de que son hipersexuales y tienen mayor predisposición sexual.

El racismo y el sexismo permean la construcción de las identidades sexuales de hombres y mujeres

afroperuanas, apreciándose situaciones en las cuales adolescentes afroperuanos generan sus identidades a partir de considerar como verdaderos los prejuicios existentes sobre su sexualidad.

f) Sobre la salud materna y el rol de las parteras

El rol de las parteras y su participación de manera paralela o en reemplazo de la atención médica constituye un tema sobre el cual el Estado no ha desarrollado investigación que sirva como línea de base para el diseño de políticas que mejoren la atención a las mujeres afroperuanas embarazadas.

Históricamente, las mujeres afroperuanas de la comunidad de Yapatera han utilizado en mayor medida los servicios de las parteras. En la actualidad, esta preferencia continúa, siendo las parteras importantes actoras en el proceso de embarazo, durante el parto y en el puerperio, con un rol que es paralelo o exclusivo al de la medicina occidental. Sin embargo, no existen políticas eficientes que capaciten a las parteras de las comunidades afroperuanas para mejorar sus protocolos de atención.

g) Sobre el embarazo y el embarazo adolescente

Las campañas de prevención de embarazo no deseado no toman en cuenta los factores de riesgo y las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres afroperuanas. No

obstante, existe la percepción de que los embarazos adolescentes están disminuyendo como consecuencia de las campañas de información. Si bien estas son insuficientes y poco sostenidas, se identifica una demanda de las organizaciones comunitarias en solicitarlas, así como el incremento paulatino de usuarias que acuden a los servicios de planificación familiar.

Los condicionamientos culturales en los pueblos afroperuanos de Yapatera y El Carmen continúan promoviendo la importancia de la realización de las mujeres a partir de ser madres, lo cual normaliza las situaciones de embarazo adolescente en las comunidades.

Son limitados los espacios para acceder a información sobre métodos y conductas que eviten el embarazo adolescente. La Educación Sexual Integral no se ha implementado adecuadamente, reduciéndose a charlas esporádicas los espacios dedicados por la escuela para la orientación de los(as) adolescentes.

Los establecimientos de salud de las comunidades rurales no tienen espacios diferenciados para la consejería de los(as) adolescentes en torno a la salud sexual y reproductiva. Las conversaciones entre pares y charlas programadas por organizaciones de la sociedad civil son los espacios comunes donde los(as) adolescentes comparten o absuelven sus inquietudes con respecto a la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

- BASTIDE Roger "Dusky Venus,Black Apollo" Race (3). 1961
- CENSI. MINSA. Evaluación y asistencia técnica de avances en implementación de la salud intercultural a nivel regional de las enfermedades no transmisibles: acciones de monitoreo, supervisión, evaluación y control de enfermedades no transmisibles.
- DEL RÍO, María Fátima. "Sacudiendo el Yugo de la Esclavitud".
- GUEVARA, Willy. "Informe sobre Etnomedicina Afrodescendiente en Chincha". Unidad de Etnia, Género y Salud, OPS. Documento inédito. 2008
- HUNEFELDT, Christine. "Las Manuelos Vida Cotidiana de una Familia Negra en la Lima del S. XIX: Una reflexión sobre la esclavitud urbana. (Lima, Instituto de Estudios Peruanos".Institute of Latin American Studies, University of London. 1992.
- LUNDU Fotonovela: "Cambio de Piel", Centro Referencial El Carmen. 2006
- Fotonovela: "Una Nueva Vida para Fernando", Centro Referencial El Carmen. 2007
- PIAGGO FERNÁNDEZ, Freddy. "Estudio de Hemoglobinas Anormales en personas de raza negra de Lima Metropolitana". Tesis, UNMSM. 1993.
- TORRES Cristina y BOLT Mónica, "Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad". RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth 22(6), 2007.
- Páginas Web
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/sicklecellanemia.html>
- http://www.ferato.com/wiki/index.php/Anemia_drepanoc%C3%ADtica

MIMP

Ministerio de la Mujer y
Poblaciones Vulnerables



Jr. Camaná 616, Cercado de Lima
Teléfono: 626-1600

www.mimp.gob.pe

