



# La salud materna de mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas

Análisis  
Julio de 2023



***Agradecimientos:***

El presente análisis se elaboró bajo la dirección del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Los autores desean expresar su reconocimiento por las valiosas contribuciones de la organización a este documento y agradecer especialmente el apoyo del grupo de referencia, que incluyó a la National Birth Equity Collaborative, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes, y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).

# La salud materna de mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas

Análisis



# Mensajes clave

## Hallazgos

### Primero:

Las **mujeres y niñas afrodescendientes** en las Américas **se encuentran en situación de desventaja antes, durante y después del embarazo.**

### Segundo:

Las **muerres maternas** entre **mujeres afrodescendientes** son **alarmantemente elevadas**, tanto en términos absolutos como al compararlos con las de mujeres no afrodescendientes y no indígenas de la región.

### Tercero:

El **racismo estructural<sup>a</sup>** y el **sexismo** se **manifiestan de forma evidente** en las disparidades de salud materna que existen **en todos los niveles de ingresos** y en las **fronteras** nacionales y regionales.

## Causas:

### Primero:

Existe **escasez** de recopilación y análisis **de datos de calidad en salud desagregados por raza y género.** Como consecuencia, los malos resultados en salud materna, sexual y reproductiva de las mujeres y niñas afrodescendientes **siguen siendo invisibles** en numerosos países de las Américas.

### Segundo:

Las **políticas, planes y programas** nacionales y locales **pasan por alto** las **vulnerabilidades específicas relacionadas con la salud que enfrentan las personas afrodescendientes.**

### Tercero:

La intersección del **racismo estructural** y el **sexismo** en la prestación de servicios de salud y en la enseñanza de la medicina **constituye un obstáculo para el acceso y provisión de una atención integral de calidad en materia de salud materna, sexual y reproductiva** para las mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas.

## Recomendación:

### A nivel general:

Los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales y los proveedores de atención médica en la región **pueden satisfacer** las necesidades de salud materna, sexual y reproductiva de las mujeres y niñas afrodescendientes si abordan las **causas fundamentales del racismo estructural, el sexismo y la discriminación.**

## Introducción

No dejar a nadie atrás es la promesa central y transformadora de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Representa el compromiso inequívoco de todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas con erradicar todas las formas de pobreza, poner fin a la discriminación y la exclusión, y reducir las desigualdades y vulnerabilidades que hacen que las personas se queden atrás. A pesar de dicho compromiso, la discriminación, el racismo, el sexismo y la intolerancia persisten en todas las sociedades, lo cual se manifiesta en disparidades en los resultados de salud y desarrollo. En el caso de la salud materna en las Américas, la situación ha empeorado desde el 2016. En América Latina y el Caribe, la razón de mortalidad materna (RMM)<sup>b</sup> aumentó un 15% entre 2016 y 2020, mientras que en América del Norte aumentó un 17% en el mismo período. Entre los factores identificados, determinantes de este incremento, se señalan las cada vez mayores desigualdades y la exclusión social. Las mujeres y niñas afrodescendientes se han visto especialmente afectadas.

Este análisis tiene como propósito dar visibilidad a las disparidades en los resultados de salud materna que afrontan las mujeres y niñas afrodescendientes. A medida que nos acercamos al fin del Decenio Internacional de los Afrodescendientes (2015-2024), surge una imperante necesidad de tomar medidas para abordar los resultados adversos de salud materna de las mujeres y niñas afrodescendientes.

## Afrodescendientes en las Américas

En 2015, la población de afrodescendientes en las Américas era de aproximadamente 209 millones<sup>20, 67</sup>, lo que significa que alrededor de uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños, así como uno de cada siete estadounidenses y canadienses, se identificaban como afrodescendientes o negros. El término afrodescendiente hace alusión a los "descendientes de las víctimas africanas del comercio de esclavos transatlántico y del Mar Mediterráneo. Dentro de este grupo también se incluyen aquellos descendientes de las víctimas del comercio de esclavos en África subsahariana", según refiere la definición establecida por el el Grupo de Trabajo de Expertos de las Naciones Unidas sobre los Afrodescendientes. En el presente análisis se empleará el término "afrodescendiente" para hacer referencia a las poblaciones negras y mestizas (mezcla de negros y otra raza) que se identifican como descendientes africanos.

## Objetivo

Las herencias del colonialismo europeo y del comercio de esclavos transatlántico, incluyendo jerarquías racializadas e institucionalizadas, junto con creencias y prácticas basadas en la idea de la inferioridad de las mujeres, presentan una doble carga para las mujeres y niñas afrodescendientes. En este documento se analizan los datos nacionales de salud disponibles para explorar si la intersección del racismo y el sexismo (racismo por motivos de género) impacta en el acceso y resultados en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes en las Américas, y de qué forma lo hace.

## Resumen

Este análisis informa sobre la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes en nueve países<sup>c</sup> de la región de las Américas, a través de cinco indicadores<sup>d</sup>. Entre los indicadores se incluyen la mortalidad materna y diversas medidas relacionadas con la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos, que pueden conllevar consecuencias negativas como la muerte materna.

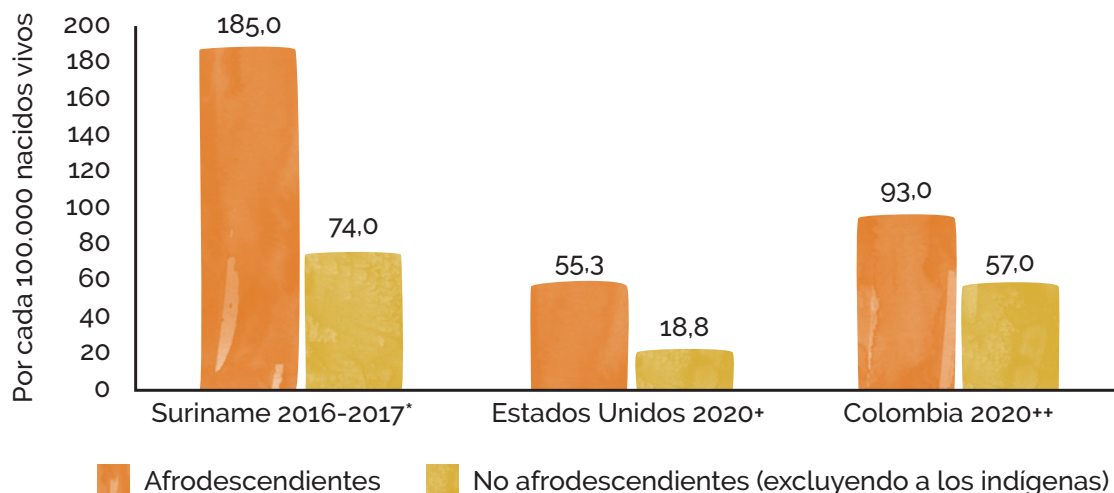
Comparamos los resultados en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes con los de las mujeres y niñas no afrodescendientes, excluyendo a las mujeres y niñas indígenas.

Concluimos que las mujeres y niñas afrodescendientes experimentan disparidades significativas en los resultados en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos en prácticamente todos los países analizados<sup>e</sup>. Los datos disponibles sugieren que, para las mujeres y niñas afrodescendientes, el racismo sistémico y la discriminación por género son los principios rectores fundamentales sobre los que se construyen barreras estructurales para alcanzar el más alto estándar posible de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos.

Recomendamos incrementar y mejorar la desagregación y el análisis de datos por raza y género; la adopción plena de políticas, planes y programas de salud centrados en la equidad y en las personas, con un enfoque especial en la atención primaria en salud en colaboración con la sociedad civil y líderes comunitarios/as afrodescendientes, incluyendo a parteras y curanderas a lo largo de las Américas; adoptar un enfoque interseccional para la salud materna que aborde el racismo y el sexismo, tomando en cuenta su intersección con otros factores como la discapacidad, la ubicación geográfica y el estatus socioeconómico; eliminar las asunciones racistas presentes en los planes de estudio de la carrera de medicina; y promover una mayor presencia de personal médico afrodescendiente para abordar de manera efectiva el racismo estructural y la discriminación en la atención de la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes.

# Muertes relacionadas con el embarazo

Figura 1: Razón de mortalidad materna entre mujeres de 15 a 49 años, por raza y origen étnico



\*Cifra significativa estadísticamente al nivel del 5%

+En los Estados Unidos, la muestra está compuesta por niñas y mujeres de 15 a 44 años.

\*\*Datos preliminares

**Fuente:** Para Suriname (Verschuere et al., 2020), los Estados Unidos (Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, 2020), Colombia (DANE, 2021)

En la Figura 1 se presentan los datos sobre las muertes relacionadas con el embarazo en mujeres y niñas de tres países (Colombia, los Estados Unidos y Suriname), ya que estos, además del Brasil, son los únicos países del estudio que publican datos desagregados por raza relativos a la razón de mortalidad materna (RMM). La RMM entre mujeres y niñas afrodescendientes sobrepasa por mucho la de mujeres y niñas no afrodescendientes en los tres países, especialmente en los Estados Unidos, donde la RMM para mujeres y niñas afrodescendientes es casi tres veces mayor que la de mujeres y niñas no afrodescendientes. En Suriname y Colombia, por otro lado, la RMM entre mujeres y niñas afrodescendientes es 2,5 y 1,6 veces mayor que la de mujeres y niñas no afrodescendientes, respectivamente. Las diferencias entre mujeres y niñas afrodescendientes y no afrodescendientes son estadísticamente significativas.

Las publicaciones sobre las muertes relacionadas con el embarazo demuestran que, en las Américas, las condiciones cardiovasculares (eclampsia, preeclampsia y cardiomiopatía) son las principales causas prevenibles de muerte materna en mujeres y niñas. No obstante, se observa que, entre mujeres y niñas afrodescendientes, estos desenlaces son hasta cinco veces más frecuentes que entre mujeres y niñas blancas. Las explicaciones que se apoyan en los determinantes sociales no logran justificar estas diferencias, ya que persisten a pesar del estatus socioeconómico y la educación. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la tasa de mortalidad relacionada con el embarazo entre mujeres afrodescendientes que han completado educación universitaria o superior es 5,2 veces mayor que la de las mujeres blancas con el mismo nivel educativo.

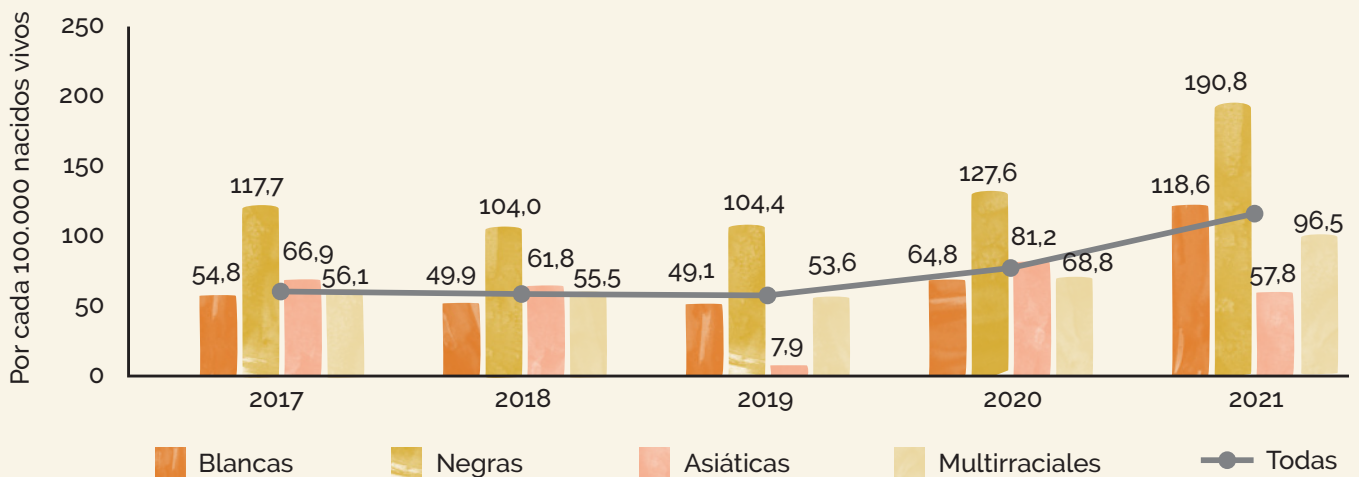


Muertes maternas en los Estados Unidos: **Las mujeres y niñas afrodescendientes no hispanas** tienen **tres veces más probabilidades de morir** durante el embarazo o en los 42 días posteriores al parto que las mujeres blancas no hispanas en los Estados Unidos<sup>20</sup>. **Estas muertes persisten sin importar los niveles de ingresos y educación**, ya que incluso entre las mujeres afroamericanas con educación universitaria, la tasa de mortalidad es 1,6 veces más alta que la de las mujeres blancas con un nivel educativo inferior a la escuela secundaria<sup>54</sup>.

Los estudios también señalan que el racismo y la discriminación por parte de los/as proveedores de servicios médicos aumentan la probabilidad de que las mujeres y niñas afrodescendientes padezcan maltrato en la atención materna. Se ha constatado que el maltrato obstétrico incrementa la RMM y obstaculiza el uso de los servicios de asistencia médica tanto para mujeres y niñas afrodescendientes como para mujeres y niñas indígenas. En un estudio realizado en los Estados Unidos, las mujeres blancas reportaron casi 15% menos experiencias de maltrato en comparación con las demás mujeres.

Al mismo tiempo, también es importante señalar que, en valores absolutos, las mujeres y niñas afrodescendientes de los Estados Unidos presentan situaciones más favorables que las mujeres y niñas no afrodescendientes de Colombia y Suriname. Las diferencias absolutas entre estos tres países ponen de manifiesto posibles desigualdades regionales significativas en materia de asignación y disponibilidad de servicios en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos, incluido el acceso al aborto seguro.

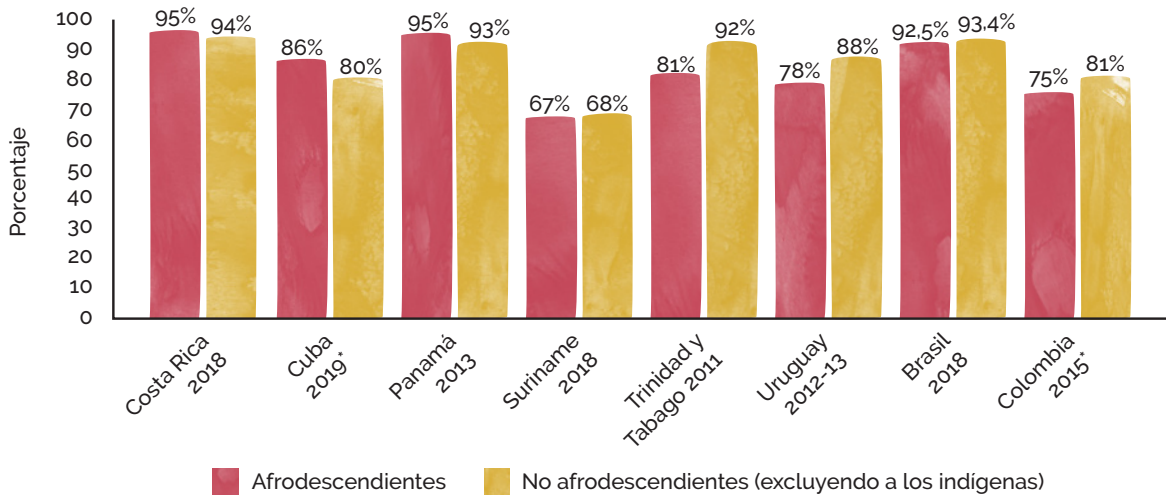
Figura 2: Razón de mortalidad materna desagregada por raza y origen étnico en el Brasil (2017-2021)<sup>9</sup>



Fuente: Los datos de los nacimientos (2022a) y los datos de las muertes maternas (2022b) se obtuvieron del Departamento de Análisis Epidemiológicos y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Brasil.

# Atención prenatal

**Figura 3:** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que acuden a cuatro o más consultas de atención prenatal, por raza y origen étnico<sup>h</sup>



\*Cifra significativa estadísticamente al nivel del 5%

Nota: No se incluyó a los Estados Unidos porque sus datos no eran comparables. Los Estados Unidos declaran un índice adecuado de atención prenatal.

Fuente: Costa Rica (MICS, 2019), Cuba (MICS, 2019), Panamá (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018), Trinidad y Tabago (MICS, 2011), Uruguay (MICS, 2013), Brasil (PNS, 2018), Colombia (EDS, 2015)

Las consultas de atención prenatal apoyan la detección temprana de complicaciones relacionadas con el embarazo que pueden afectar la mortalidad y morbilidad materna. Además, también permiten que los proveedores de salud brinden apoyo adicional a las mujeres con alto riesgo de complicaciones durante el parto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un mínimo de ocho consultas de atención prenatal de rutina; sin embargo, son pocos los países de las Américas que reportan que las mujeres reciban más de cuatro consultas.

En el Brasil, Colombia, Trinidad y Tabago y el Uruguay, las mujeres y niñas afrodescendientes reportan menor

probabilidad de asistir a cuatro consultas de atención prenatal como mínimo. Aunque se observan diferencias numéricas, únicamente los resultados para Colombia alcanzan una significación estadística.

Las mujeres y niñas afrodescendientes suelen enfrentarse a barreras estructurales relacionadas con la ubicación geográfica, acceso al transporte, a seguro médico, y a la escasez de servicios de salud culturalmente apropiados y aceptables. Las experiencias de violencia física y sexual de pareja desproporcionadas pueden reducir la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada.



**Uno se da cuenta de que, cuando una persona de piel más clara acude a los servicios, los profesionales de la salud se toman más tiempo con ellos.**

**Pero cuando una persona negra hace lo mismo, intentan irse rápido.**

**Cuando están dentro, los profesionales sanitarios no examinan a cabalidad a la persona [negra] [de la misma forma que lo hicieron con la persona de piel más clara], ¿entiendes?**

**Por eso hay esta diferencia.**



— Mujer negra (preta) del Brasil<sup>16</sup>.



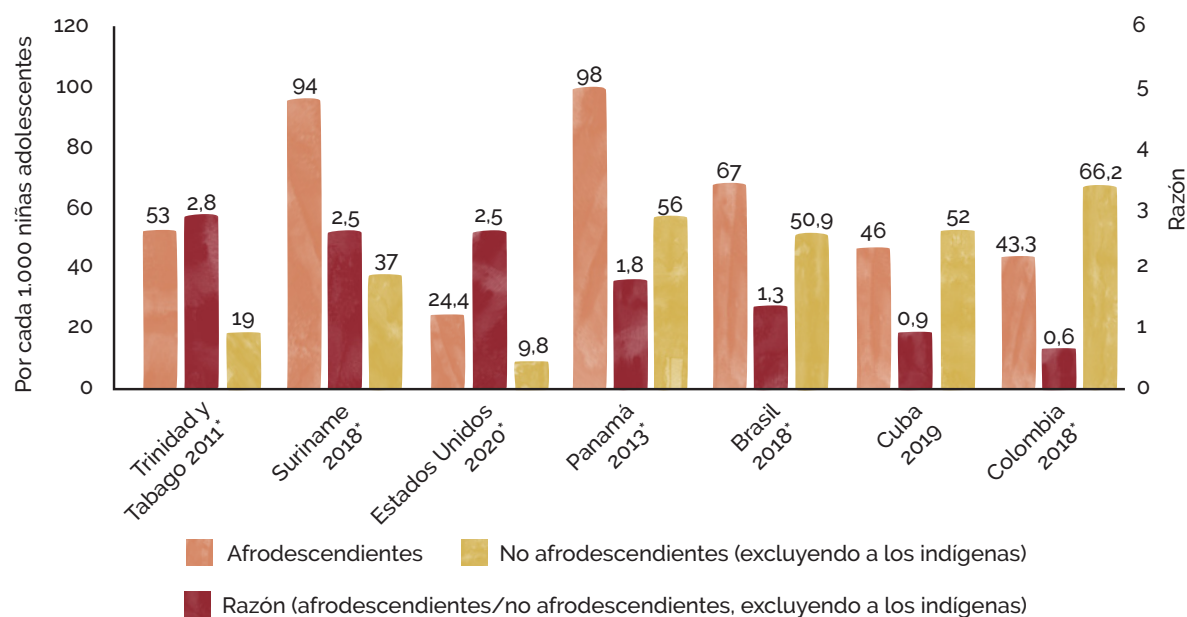
Las mujeres y niñas afrodescendientes en Costa Rica, Cuba, Panamá y Suriname, en comparación con las mujeres y niñas no afrodescendientes, presentan una probabilidad ligeramente mayor de asistir a cuatro o más consultas de atención prenatal. En Cuba, hay disparidades positivas que son significativas desde un punto de vista estadístico entre mujeres y niñas afrodescendientes y no afrodescendientes. Estos resultados divergentes pueden ser indicativos de diferencias regionales. Por ejemplo, en diversos países de América Central, como es el caso de Panamá, las mujeres afrodescendientes presentan mayor tasa de asistencia a instituciones de educación superior, a pesar de enfrentar altos niveles de desempleo y tener sobrerrepresentación en ocupaciones manuales. La educación es uno de los factores relacionados con la alta frecuencia de consultas de atención prenatal.

Además, en muchas comunidades afrodescendientes, principalmente de zonas rurales, se acude tradicionalmente a parteras para recibir atención prenatal. Asimismo, en Cuba se mantiene la tradición de los hogares maternos, los cuales trabajan fundamentalmente en áreas rurales. Tanto las parteras como los hogares maternos cumplen la función de preservar las tradiciones comunitarias y brindar una alternativa al maltrato que las mujeres y niñas de ascendencia africana experimentan en hospitales y clínicas. Si bien muchos países de la región incluyen la atención obstétrica en sus informes de atención prenatal, no aplica para todos los casos.

Por último, es importante tener en cuenta que estos datos no reflejan la calidad de las visitas de atención prenatal, otro gran desafío que puede guardar relación con la baja proporción de mujeres embarazadas que acuden a las ocho visitas recomendadas cuando es posible.

## Partos de adolescentes

Figura 4: Tasa de natalidad en adolescentes (de 15 a 19 años), por raza y origen étnico<sup>1</sup>



\*Cifra significativa estadísticamente al nivel del 5%

Fuente: Costa Rica (MICS, 2019), Panamá (MICS, 2019), Suriname (MICS, 2018), Trinidad y Tabago (MICS, 2011), Brasil (Censo Nacional, 2010), Estados Unidos (Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, 2020), Colombia (Censo Nacional, 2018).

El embarazo y el parto son las principales causas de mortalidad en niñas y mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años. Las adolescentes gestantes enfrentan además un alto riesgo de complicaciones durante el parto, y sus hijos tienen mayor probabilidad de nacer con bajo peso, de forma prematura y con otras condiciones. Además, las adolescentes que dan a luz son más propensas a experimentar consecuencias negativas para su salud física y mental en el futuro, así como a sufrir violencia de pareja y sufrir desempleo.

Aunque se han logrado avances en los últimos dos decenios para reducir el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe, la región aún presenta la segunda tasa más alta de embarazo adolescente a nivel mundial (60,7 nacimientos por cada 1.000 niñas y mujeres jóvenes de 15 a 19 años entre 2015 y 2020). En las Américas también se ha registrado la disminución más lenta en fecundidad adolescente en comparación con otras regiones del mundo. Las niñas afrodescendientes presentan las tasas más altas

de embarazo en la región, junto con las adolescentes de menor nivel educativo, aquellas que pertenecen a los quintiles de riqueza más bajos y las niñas indígenas. La Figura 4 muestra que las desigualdades raciales y étnicas son más profundas en Panamá, Suriname y Trinidad y Tabago, mientras que en Cuba y Colombia las niñas afrodescendientes experimentan menor incidencia de embarazos adolescentes en comparación con otras niñas. Las diferencias reportadas resultan estadísticamente significativas en todos los países, salvo en el caso de Cuba.

Entre los factores que influyen en el embarazo y la maternidad adolescentes cabe destacar el alto desempleo

y el bajo nivel educativo entre las y los adolescentes de las Américas. La discriminación racial y de género en el ámbito laboral, así como el aislamiento geográfico, acentúan aún más esta problemática para las y los jóvenes afrodescendientes. Varios estudios han demostrado que la capacitación en el empleo y el apoyo concreto para continuar con la educación han permitido reducir las tasas de embarazo adolescente en varios países de América Latina, en especial entre las niñas y mujeres jóvenes que aún no han sido madres. Asimismo, los medios de comunicación, como programas de televisión que abordan la realidad del embarazo precoz, han contribuido a disminuir el embarazo entre adolescentes en los Estados Unidos, independientemente de la raza y el origen étnico.



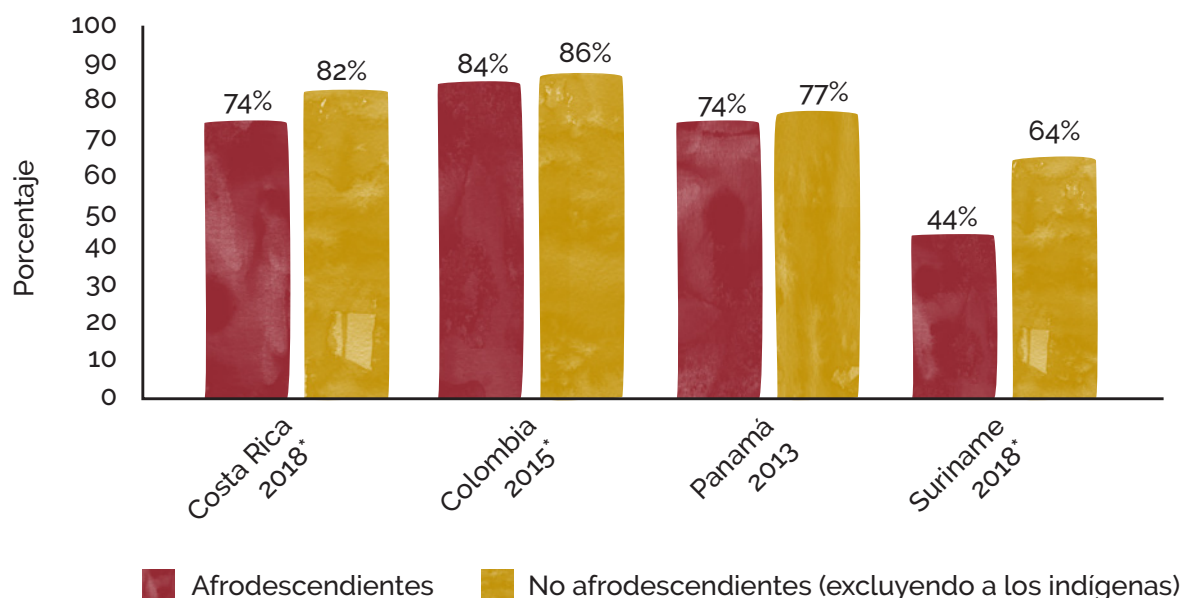
En Panamá, el Grupo de Trabajo de Expertos de las Naciones Unidas sobre los Afrodescendientes expresó su preocupación por la **gran cantidad de niñas que abandonan la escuela debido a embarazos precoces**. Tal problema afecta, en particular, a las niñas indígenas y afropanameñas. Aunque existe una **disposición legal** en Panamá que **estipula que las niñas deben permanecer en el sistema educativo** durante y después del embarazo, el Grupo de Trabajo señaló que **no existe un mecanismo efectivo para garantizar el cumplimiento de dicha ley**<sup>65</sup>.



Fuente: ©UNFPA/Tuane Fernandes

# Planificación familiar

**Figura 5:** Necesidades anticonceptivas satisfechas con métodos modernos para niñas y mujeres de 15 a 49 años casadas o con unión de hecho, por raza u origen étnico



\*Cifra significativa estadísticamente al nivel del 5%

**Fuente:** Costa Rica (MICS, 2018), Colombia (EDS, 2015), Panamá (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018).

Las mediciones de las necesidades insatisfechas de planificación familiar<sup>9</sup> reflejan en qué medida y de qué forma los sistemas de salud garantizan los derechos humanos y respaldan la capacidad de las mujeres para decidir si retrasar o limitar los nacimientos. Las mujeres que informan tener una necesidad insatisfecha de planificación familiar se enfrentan a la posibilidad de nacimientos no deseados o inoportunos, lo cual puede resultar en abortos inseguros que contribuyen a la mortalidad y morbilidad materna.

La Figura 5 muestra que las mujeres y niñas afrodescendientes que están casadas o con unión de hecho presentan una menor probabilidad de reportar que sus necesidades de planificación familiar han sido atendidas. En general, las mujeres con bajos ingresos y niveles más bajos de educación formal carecen de acceso a servicios de planificación familiar. Las mujeres afrodescendientes, quienes están sobrerrepresentadas entre la población pobre, parecen ajustarse a esta generalidad, pues manifiestan

una menor satisfacción de sus necesidades en todos los países analizados. Los únicos resultados que no alcanzaron significancia estadística fueron los de Panamá. El elevado costo de la atención de la salud en la región también puede tener un impacto en el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Dado que los índices de matrimonio son bajos por lo general en algunos países de las Américas y que los hogares encabezados por mujeres solteras son una situación común, los informes que se basan exclusivamente en mujeres casadas o con unión de hecho dejan de lado a muchas mujeres. En los lugares donde se cuenta con información (por ejemplo, en Suriname y Trinidad y Tabago), existe un alto porcentaje de necesidades insatisfechas entre las mujeres solteras.

## Asistencia del parto cualificada

La gran mayoría de los nacimientos en las Américas son atendidos por profesionales de la salud especializados<sup>k</sup>, lo cual constituye un indicador de la disponibilidad de servicios de salud para las mujeres y un logro significativo para la región. No se observa una desventaja específica para las mujeres y niñas afrodescendientes respecto de este indicador. Sin embargo, es importante considerar la calidad de la atención que ofrece el personal que asiste partos como un factor que influye en los resultados de la salud y de los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes, puesto que tienen una mayor probabilidad de padecer maltrato obstétrico y carecer de recursos adecuados de atención posnatal, aspecto que se correlaciona con un incremento de la mortalidad y morbilidad materna.



El grado de **insatisfacción con la calidad de los servicios de salud** en el Brasil es **5,3% mayor entre las mujeres afrodescendientes** que entre las mujeres blancas<sup>47</sup>.

## El racismo y el sexismo sistémicos como determinantes estructurales de la mortalidad materna, la salud materna y la salud sexual y reproductiva

De acuerdo con los datos de nueve países de las Américas, las mujeres y niñas afrodescendientes presentan resultados desfavorables en comparación con sus contrapartes no afrodescendientes en tres de los cinco indicadores de mortalidad materna, y de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos: RMM, tasa de natalidad en adolescentes y planificación familiar. Los resultados de la atención prenatal son mixtos, ya que en la mitad de los países estudiados las mujeres y niñas afrodescendientes tienen peores resultados que sus contrapartes no afrodescendientes, mientras que en la otra mitad presentan resultados ligeramente más favorables. Los resultados para cesáreas y personal de partos calificado para todas las mujeres y niñas estuvieron por encima y por debajo de los estándares de la OMS, respectivamente.

### ¿Por qué las mujeres y niñas afrodescendientes están en desventaja?

Las publicaciones sobre la salud de las mujeres afrodescendientes en las Américas hacen referencia en numerosas ocasiones al modelo de los determinantes sociales de la salud<sup>l</sup> como la principal causa de las desigualdades en materia de salud. Sin embargo,

este modelo no logra explicar la mayoría de las desigualdades en mortalidad materna y salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos, que se comunican en el presente análisis, ya que persisten independientemente del nivel educativo, los ingresos y la ubicación geográfica.

Los estudios que atribuyen las desigualdades en materia de salud únicamente a los determinantes sociales suelen dejar a decisión del lector no capacitado la respuesta al interrogante de por qué las mujeres afrodescendientes, por ejemplo, están sobrerrepresentadas entre las personas pobres y por qué, por lo tanto, experimentan una salud deficiente. Las explicaciones regresivas, propuestas tanto por lectores especializados como por lectores casuales, incluyen la falta de inteligencia (en lo relativo a la capacidad de adoptar comportamientos de búsqueda de atención de salud o para cumplir con la medicación); prácticas culturales erróneas (tal como el estereotipo de considerar las prácticas culturales tradicionales en salud de las personas negras o africanas como "atrasadas") e incluso deficiencias biológicas (considerar el cuerpo de las mujeres negras como extraordinario, enfermo o disruptivo). Este documento desafía la circulación de opiniones desinformadas, racistas y racialistas al presentar datos empíricos sobre la posible causa de las desigualdades en salud antes mencionadas.



**Existen profundos vínculos entre** los avances en el campo de la ginecología y el racismo, **ya que las técnicas quirúrgicas** para realizar cesáreas y reparar la fistula obstétrica se inventaron mediante experimentación **en mujeres africanas esclavizadas** de las que se pensaba que no "percibían el dolor de la misma manera que las blancas". Esta ciencia racializada persiste en la enseñanza médica, puesto que los estudiantes de medicina y los médicos aún expresan la creencia de que "las terminaciones nerviosas de los negros son menos sensibles que las de los blancos"<sup>5</sup>.



El sesgo en la enseñanza médica también se presenta en las descripciones de los **libros de texto sobre el parto**, presentándolo como un **proceso basado** en una morfología pélvica específica que es común **entre las mujeres europeas**, pero que varía ampliamente entre los orígenes étnicos no blancos. Lo anterior implica que otras presentaciones pélvicas son anormales o de alto riesgo. **Como resultado**, la evidencia muestra que el **dolor autodeclarado entre las madres primerizas afrodescendientes se minimiza o ignora por parte de los profesionales de la salud, lo que lleva a que las mujeres afrodescendientes experimenten una mayor mortalidad materna**<sup>40, 65</sup>.

La persistencia de las desventajas a las que se enfrentan las mujeres y niñas afrodescendientes se debe en gran parte a las consecuencias únicas de las creencias racistas y de género que tienen los responsables de la toma de decisiones sobre las mujeres y niñas afrodescendientes. Estas creencias que estigmatizan se basan tanto en la raza como en el género, vinculando ambos a un conjunto proscrito de características indeseables. Por ejemplo, a las mujeres y niñas afrodescendientes se las presenta con el estereotipo de hipersexuales. Como resultado, se sobreestima la edad y la madurez física y sexual de las niñas negras (adultización), lo que lleva a los adultos a castigarlas con más dureza (suspensión escolar, detenciones y encarcelamiento<sup>39</sup>) y a tratarlas con menos empatía, cariño y protección ante la victimización sexual que a las niñas blancas.

Aunque existe cierto debate sobre si el racismo, el sexismo y otras ideologías excluyentes son determinantes sociales o estructurales de la salud (o ambos a la vez), aquí el racismo por cuestiones de género se considera estructural y sistémico, y que subyace en las políticas nacionales, las prácticas institucionales y las creencias de los responsables de la toma de decisiones que definen el bienestar de las mujeres y niñas afrodescendientes. El modelo de los determinantes estructurales de las desigualdades en materia de salud<sup>m</sup> ofrece una explicación más precisa sobre cómo el racismo por cuestiones de género afecta a la mortalidad materna y a la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes.

Las siguientes recomendaciones se centran fundamentalmente en los determinantes estructurales de la salud relacionados con las políticas públicas y la cultura y los valores sociales para explicar las desigualdades apreciadas en estos indicadores de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos.

### Recopilación de datos

Desde la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia de 2001 y la consiguiente Declaración y Programa de Acción de Durban, así como la adopción de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), las políticas y la legislación de varios países de las Américas han incluido disposiciones contra la discriminación y han ordenado la inclusión de variables etnoraciales y de género en los censos y las encuestas nacionales para hacer un seguimiento de las desigualdades por raza. A pesar de estos avances, persiste una brecha a nivel regional en la disponibilidad y calidad de los datos del sector de salud desagregados tanto por raza como por género y sigue

suponiendo un reto, hasta el punto de que algunos países con métodos robustos de recolección y análisis de datos no comunican datos de salud desagregados por raza y género.

La mayoría de los países de las Américas han aprobado el Plan de Acción para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información para la Salud 2019-2023 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El plan tiene como propósito ayudar a los Estados miembros a reforzar los sistemas de información en salud, asegurándose de que también incluyan datos de atención médica en las poblaciones vulnerables.

Esto último requerirá un incremento en la cantidad y calidad de datos desagregados disponibles para el análisis. Según un informe de 2022 sobre los avances regionales en el Plan de Acción, diez países de las Américas informan de que recopilan datos desagregados por edad, sexo y origen étnico a escala nacional y subnacional, y cinco países más esperan hacerlo para el 2023.

Sin embargo, aunque los países mejoren su recopilación de datos desagregados, se necesitan esfuerzos adicionales para ayudar a los países a analizar y notificar de forma regular y sistemática los datos administrativos por raza u origen étnico. Los esfuerzos por mejorar la calidad de recolección de datos subnacionales y administrativos son importantes porque existen errores sistemáticos de asignación racial en los datos de mortalidad que podrían causar una subestimación de la mortalidad materna en determinadas poblaciones, por ejemplo. Se dispone de indicios de que en el Brasil<sup>30</sup> y los Estados Unidos<sup>2</sup>, los médicos forenses suelen cometer errores de atribución racial porque con frecuencia no es posible compartir los datos entre plataformas de datos (por ejemplo, cuando la información del certificado de defunción no puede contrastarse con una licencia de conducción en la que la persona fallecida autoidentificó su raza, el médico forense utiliza su criterio).

El 90% de los planes de salud dan prioridad al logro de la equidad sanitaria, pero **solo un tercio de los 32 planes de salud** encuestados para un estudio de la OPS de 2019 **identificó a los afrodescendientes como una población que experimenta barreras en cuanto a la salud**<sup>44</sup>.



## ¿Por qué las mujeres y niñas afrodescendientes registran peores resultados de salud materna?

### I. Actitudes y comportamientos discriminatorios entre los proveedores de servicios de salud<sup>46</sup>

#### Maltratos obstétricos por parte de los proveedores de servicios de salud

##### + Abusar verbal o físicamente de una embarazada<sup>60</sup>

↳ Aumento de lesiones maternas; aumento de lesiones durante el parto; reducción de la probabilidad de buscar atención postparto; reducción del uso de todos los servicios de salud, no solo los ginecológicos.

##### + Despreciar las creencias tradicionales<sup>60</sup>

↳ Menor aceptación cultural de los servicios de salud; disminución del uso de todos los servicios de salud, no solo de la ginecología.

##### + Rechazar a las mujeres afrodescendientes en el primer hospital al que acuden<sup>10</sup>

↳ Mayores complicaciones obstétricas; reducción en el uso de todos los servicios de salud, no solo los ginecológicos.

##### + Brindar a las mujeres y niñas afrodescendientes un cuidado prenatal, del parto y para recién nacidos menos adecuado y oportuno<sup>10</sup>

↳ Aumento de lesiones y muertes maternas; disminución en el uso de servicios de salud; mayores complicaciones en el parto.

##### + Negar la anestesia a las mujeres afrodescendientes durante el trabajo de parto debido a creencias sobre los afrodescendientes y su capacidad para sentir dolor<sup>10</sup>

↳ Aumento de lesiones maternas; incremento de lesiones durante el parto; reducción de la probabilidad de buscar atención postparto; disminución del uso de todos los servicios de salud, no solo los ginecológicos; aumento en la tasa de cesáreas.

### II. Enseñanza médica con sesgos raciales

#### Contenido curricular erróneo

+ Incapacidad de los afrodescendientes para sentir dolor<sup>59</sup>  
Los afrodescendientes tienen una piel más gruesa y terminaciones nerviosas menos sensibles que los blancos, lo que se traduce en una menor sensación de dolor

↳ Aumento de lesiones maternas; aumento de lesiones durante el parto; reducción de la probabilidad de buscar atención postparto.

+ La sangre de los afrodescendientes se coagula más rápido que la de los blancos

↳ Mayor probabilidad de hemorragia posparto (intervención más lenta para detener la hemorragia); incremento de la mortalidad materna.

+ Los afrodescendientes son más propensos a tener una adicción a las drogas que los blancos

↳ Denegación del servicio y de tratamiento del dolor.

#### Omisiones curriculares

+ Variaciones normales en la forma de la abertura pélvica para las adaptaciones del parto y el nacimiento<sup>5</sup>

↳ Tratar los cuerpos de las mujeres y niñas afrodescendientes como problemáticos; mayor riesgo de intervención obstétrica durante el parto; resultados maternos deficientes.

### III. Políticas de salud

+ Las políticas de salud en la región rara vez mencionan a los afrodescendientes como uno de los grupos que experimentan barreras en lo referente a la salud<sup>44</sup>

↳ Menor incentivo para recopilar datos más precisos sobre los afrodescendientes.

+ Las políticas de salud materna rara vez incluyen indicadores de diferenciación racial en los resultados

↳ Ausencia de intervenciones para mujeres y niñas afrodescendientes e indígenas; falta de iniciativas para hacer frente al embarazo en adolescentes afrodescendientes e indígenas.



## **Políticas, planes y programas**

Las políticas de salud de las Américas también omiten la importancia de la raza y el género como indicadores de vulnerabilidad que pueden mejorarse mediante políticas, planes y programas específicos. Parte de esta negligencia se debe a la falta de datos desagregados en los que basar las prescripciones de las políticas, pero también existe una reticencia a desarrollar planes y programas que aborden las necesidades específicas de los afrodescendientes.

Un estudio realizado por la OPS en 2019 sobre los planes nacionales de salud reveló que el 34% de los 32 países habían incorporado o hecho referencia a la ejecución de estrategias para abordar la discriminación en el sector de la salud. Varios de los planes de salud de estos países también hacían mención a poblaciones específicas que se enfrentan a obstáculos en lo referente a la equidad en materia de salud. Únicamente el 30% de estos 32 países identificaron a los afrodescendientes entre las personas vulnerables.

Aunque el sector de la salud es el más implicado en la mejora de la mortalidad materna y de la salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes, los sectores relacionados con la salud, como la educación y el trabajo, también tienen incidencia, sobre todo en lo relativo al embarazo adolescente. En la actualidad existen pocos datos sobre la medida en que los sectores no relacionados con la salud integran los objetivos sanitarios en sus políticas. Considerando los resultados de los estudios económicos relacionados con el impacto de los programas de capacitación laboral en la reducción de la pobreza y el embarazo en jóvenes de entre 15 y 19 años, se deben realizar esfuerzos para mejorar la comunicación entre los ministerios de educación, trabajo y salud para abordar la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las niñas y las jóvenes afrodescendientes.

Se ha demostrado que la cobertura universal de salud y los modelos de atención primaria de salud<sup>n</sup> aumentan el acceso a la atención médica y mejoran los resultados sanitarios. Los países que comiencen a implementar reformas centradas en la atención primaria de salud en consonancia con las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de la OPS: 40 años de Alma-Ata con el fin de implantar servicios sanitarios que incorporen estas características prioritarias mejorarán su calidad de la atención sanitaria para todos, incluidas las mujeres y las niñas en situación de vulnerabilidad.

## **Enseñanza médica y procedimientos hospitalarios**

Cualquier historia de la medicina occidental estaría incompleta si no se menciona cómo se utilizó a las niñas y mujeres afrodescendientes sin su consentimiento como cuerpos sobre los que desarrollar y probar intervenciones obstétricas<sup>58</sup>. Muchas de las ideas sobre las mujeres negras y afrodescendientes que se defendían en el pasado se siguen enseñando en la educación médica. Y estas ideas se ven reforzadas por las acciones de los proveedores de atención de salud. Algunos estudios demuestran que entre el 50% y el 60% de los proveedores de servicios médicos tienen creencias racistas sobre la biología de las personas negras<sup>23</sup>.

Entre las creencias más extendidas y las correspondientes acciones entre el personal médico se incluye la creencia de que las personas negras son más propensas a consumir drogas y a convertirse en adictos, y que tienen la piel más gruesa (con terminaciones nerviosas menos sensibles) que los blancos, lo que hace que las personas negras reciban menos tratamiento contra el dolor que las blancas<sup>23</sup>; la creencia de que la sangre de las personas negras se coagula más rápido que la de los demás, lo que retrasa sus intervenciones en caso de hemorragia<sup>59</sup>; y la creencia de que las mujeres negras son excesivamente promiscuas y fértiles<sup>61</sup>, lo que conduce a una esterilización no consentida y desproporcionada de las mujeres afrodescendientes<sup>1</sup>.

Los resultados de estas creencias se observan incluso en el tratamiento médico y los resultados que van más allá de la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos. Un estudio de cardiólogos que empleó viñetas de video con guion para controlar las historias médicas y las personalidades de los pacientes concluyó que la raza y el sexo del paciente afectaban a las decisiones de los médicos sobre si remitir o no a los pacientes con dolor torácico para un cateterismo cardíaco y que los resultados negativos son más sorprendentes en el caso de las mujeres negras<sup>61</sup>.

Muchos estudios han demostrado que la concordancia de raza y género entre pacientes y médicos puede tener un profundo impacto en la mejora de la satisfacción del paciente y los resultados de salud. En los Estados Unidos, los afrodescendientes representan el 13,6% de la población. En 2021, representaban el 11,5% de los enfermeros titulados y el 11% de los estudiantes de medicina de primer año (un incremento del 21% en comparación con 2019). Los datos sobre la raza de los profesionales de la salud en el resto de la región de las Américas no son de fácil acceso, pero hay indicios de que en el Brasil, por ejemplo, menos del 20% de los médicos son afrodescendientes, a pesar de que constituyen el 56% de la población.

Un número mayor de graduados afrodescendientes en las facultades de medicina y ciencias de la salud afines contribuirá sin duda a mejorar el bienestar de los afrodescendientes de la región<sup>35</sup>.

# Un llamado a la acción

Las autoridades de salud deben considerar la mortalidad materna entre las mujeres y niñas afrodescendientes de las Américas como una crisis que requiere una solución inmediata. Formulamos las siguientes recomendaciones para reducir la mortalidad materna y garantizar el más alto nivel posible de salud materna para las niñas y mujeres afrodescendientes en las Américas en el corto y mediano plazo. La equidad es la esencia de cada una de estas recomendaciones y, por lo tanto, abordan algunas de las causas estructurales de los resultados en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos que se presentan en este análisis.

## Gobiernos y organizaciones internacionales



**1. Aumentar la disponibilidad y la calidad de los datos estadísticos oficiales desagregados sobre salud materna, sexual y reproductiva.**

Cada política, plan o programa para reducir la mortalidad materna y mejorar los resultados en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas afrodescendientes debe fundamentarse en el análisis de datos sólidos desagregados por raza y género. Aunque en la región se han producido avances importantes para incluir el origen étnico, la raza y el color de la piel como variables en las encuestas de hogares y los datos censales, así como para mejorar la calidad de los sistemas de información de salud, todavía hay muchos países rezagados que, o bien aún no recopilan datos sanitarios desagregados, o bien los recopilan pero no analizan los resultados por raza y género, sobre todo en el ámbito de la salud.

De hecho, de los 15 países considerados para este análisis, el Canadá, la República Dominicana y Venezuela fueron rechazados por falta de datos desagregados por raza. Del mismo modo, se rechazó a Jamaica porque la variable de origen étnico o raza se recopiló, pero no se pudo encontrar en los datos primarios. El Ecuador y el Perú, por otra parte, fueron eliminados del análisis porque la formulación de sus indicadores de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos era incompatible (es decir, no comparable) con la de la mayoría de los países del estudio.

La desagregación de datos por raza y género también es importante para orientar las políticas en sectores adyacentes a la salud, como la educación y el trabajo.



**2. Aplicar un enfoque basado en el ciclo vital a la recopilación de datos, la formulación de políticas y la programación.**

A la hora de diseñar políticas y programas relacionados con la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos, la edad es una variable importante para comprender el riesgo y definir las intervenciones. Los adolescentes constituyen un público importante para el que es clave una política específica relacionada con la capacitación laboral y las iniciativas para reducir el abandono escolar y mejorar la mortalidad materna y los resultados en lo referente a la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos.

Las políticas destinadas a abordar la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos deben tener en cuenta las necesidades específicas de los adolescentes de ambos sexos. Además, aunque la salud y los derechos maternos, sexuales y reproductivos de las adolescentes son una prioridad, las desigualdades en la mortalidad materna aumentan exponencialmente con la edad, especialmente en el caso de las mujeres afrodescendientes. Las políticas, los planes y los programas que buscan mejorar los resultados maternos también deben recopilar datos y proporcionar intervenciones para las mujeres de edad materna avanzada.



**3. Instigar la participación de las mujeres y niñas afrodescendientes en el diseño de las políticas de salud materna y las disposiciones en materia de rendición de cuentas.**

La participación es un principio fundamental de la equidad sanitaria y el derecho a la salud. Cualquier política de salud que tenga el propósito de mejorar los resultados maternos de las mujeres y niñas afrodescendientes debe poner énfasis en la inclusión de estas en el diseño de dichas políticas, en los procesos de toma de decisiones y en la responsabilización de los gobiernos por los resultados.



**4. Fortalecer el sistema sanitario de las Américas en su totalidad mediante la adopción de un modelo de cobertura universal de salud centrado en la atención primaria.**

Una buena prestación de servicios basada en derechos debe ser integral, accesible, aceptable, eficiente y centrada en las personas, y proporcionar al mismo tiempo una cobertura adecuada, continuidad asistencial y atención de calidad, fomentar la coordinación y contar con mecanismos de rendición de cuentas. Aunque muchos países de América Latina y el Caribe están avanzando hacia la atención primaria y la cobertura universal de salud, los Estados Unidos aún deben dar prioridad a la cobertura universal.

Además, es importante respaldar una atención de la salud materna culturalmente apropiada. Según la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, para lograr una salud aceptable se requiere un enfoque urgente con vistas a garantizar el fin de la demonización y el menosprecio de las prácticas de salud indígena y tradicional. Por el contrario, se debe promover un enfoque inclusivo que sea respetuoso y procure comprender y apoyar la integración en la atención primaria de salud, así como el reconocimiento de su importancia<sup>68</sup>.





5. Garantizar que las políticas, los planes y los programas sanitarios y relacionados con la salud aborden los determinantes estructurales de la salud y no solo los determinantes sociales.

Los países tienen la obligación de colaborar con las instituciones de salud para definir estándares de atención y educación médica que respalden el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Las políticas que agrupan a los afrodescendientes y a los pueblos indígenas con otros grupos marginados podrían no tener en cuenta las barreras particulares a las que se enfrentan las mujeres afrodescendientes, muchas de las cuales son perpetradas por la propia comunidad médica y a través de una enseñanza médica con prejuicios raciales<sup>43</sup>.

Las políticas sanitarias y relacionadas con la salud que benefician directamente a las mujeres y niñas afrodescendientes deben abordar las raíces estructurales de las desigualdades. Una política centrada en los determinantes sociales de la salud podría ampliar el alcance de la educación sanitaria o autorizar transferencias en efectivo a las poblaciones que viven en la pobreza, mientras que una política centrada en los determinantes estructurales de la salud tendría un carácter antirracista. Por ejemplo, un plan de salud centrado en los determinantes estructurales de la salud podría asignar fondos a "instituciones sanitarias, consultas médicas y centros médicos académicos para reconocer, abordar y mitigar los efectos del racismo en pacientes, proveedores, graduados médicos internacionales

y poblaciones"<sup>84</sup>. Ambos tipos de políticas y planes (determinantes sociales de la salud y determinantes estructurales de la salud) son importantes para abordar los resultados poco favorables en materia de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos para las mujeres y niñas afrodescendientes.

Para lograrlo, los países tendrán que mejorar la comunicación entre los ministerios de sanidad, educación y trabajo (para empezar) y facilitar la creación de mecanismos de cofinanciación para apoyar la programación destinada a estudiar, reducir y, en última instancia, eliminar las repercusiones negativas del racismo por cuestiones de género.



6. Invertir en aumentar la representación de los afrodescendientes en el personal de salud y de las mujeres afrodescendientes entre los médicos.

Los gobiernos y el sector de la salud deberían crear vías educativas para que los afrodescendientes reciban educación superior en investigación y atención sanitarias mediante la concesión de becas específicas, becas de investigación y préstamos a bajo interés. Los centros sanitarios también pueden ofrecer oportunidades de residencia específicas para egresados en medicina de grupos subrepresentados. Deberían repetirse las experiencias exitosas de capacitación de profesionales médicos en el marco de programas apoyados por la OPS y la OMS teniendo en cuenta la equidad racial y de género.



Fuente: ©UNFPA/Tuane Fernandes

## Sistemas de salud y enseñanza médica



7. Mejorar la recopilación de datos desagregados por raza u origen étnico y género a nivel administrativo para complementar las estadísticas oficiales.

En la medida de lo posible, las bases de datos administrativas locales deben ser compatibles con las herramientas de recopilación de datos nacionales y su calidad debe ser uniforme en todos los centros de salud. Cuando los datos administrativos incluyen la desagregación por raza u origen étnico y género, favorecen la recopilación de datos más precisos sobre las desigualdades sanitarias a escala nacional. Los estudios preliminares sobre la equidad sanitaria en las políticas subnacionales sugieren que los gobiernos locales pueden tener mejores resultados que los nacionales en el desarrollo de políticas y planes, y en la aplicación de programas que recopilen y sean diseñados como resultado del análisis de datos de salud desagregados<sup>44</sup>. Lo anterior es un área a la que se debe prestar atención en futuras investigaciones.



8. Invertir en intervenciones y establecer políticas para frenar el maltrato, las faltas de respeto y los abusos obstétricos.

Según la OMS, el trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud incluye un maltrato físico abierto, profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de la admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables—, y retención de las mujeres y de los recién nacidos en centros de salud

después del parto debido a su incapacidad de pago<sup>64</sup>. Las intervenciones contra el maltrato deben definir los comportamientos y actitudes que deben eliminarse y establecer políticas institucionales acompañadas de sanciones aplicables.



9. Abordar el racismo y las ideologías racistas en los planes de estudios de capacitación en ciencias de la salud, no solo en el contexto de las asignaturas de competencia cultural.

La reforma curricular de la enseñanza de la medicina no solo debe abordar las creencias erróneas y los prejuicios sobre los grupos marginados que futuros profesionales de la salud llevan consigo en su formación, sino también investigar y eliminar esos prejuicios creados y reforzados por la propia formación. La información sobre las diferencias en los resultados o la incidencia de enfermedades en función de la raza debe matizarse con explicaciones sobre la naturaleza no biológica de la raza y el papel del racismo como factor indicador de resultados de salud deficientes. Estas adiciones contribuirán a reducir la propensión hacia la naturalización y la aceptación de las desigualdades sanitarias basadas en la raza con respecto al acceso y los resultados.



## Notas finales

- a. El racismo estructural describe cómo nuestros sistemas están estructurados para crear desigualdades raciales entre la población blanca y las minorías raciales y étnicas, lo que conduce a disparidades raciales en materia de salud.
- b. La razón de mortalidad materna es el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.
- c. Los países son el Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, los Estados Unidos, Panamá, Suriname, Trinidad y Tabago y el Uruguay. Los países se seleccionaron en función de la proporción de mujeres afrodescendientes en su población, la disponibilidad de datos de encuestas nacionales relativamente recientes (de 2010 en adelante), la disponibilidad de datos desagregados por origen étnico, raza o color de piel y la comparabilidad de los indicadores. Se realizaron pruebas t de dos muestras para comparar los resultados entre mujeres y niñas afrodescendientes y no afrodescendientes para cada indicador.
- d. Razón de mortalidad materna: cobertura de atención prenatal (porcentaje) de al menos cuatro consultas; tasa de natalidad adolescente (15 a 19 años), necesidades anticonceptivas satisfechas (15 a 49 años); partos por cesárea (porcentaje); y partos asistidos por personal de partería calificado (porcentaje).
- e. Los resultados que aquí se presentan respaldan las conclusiones de varios informes sobre la salud de los afrodescendientes publicados recientemente por la OPS, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la revista *The Lancet Regional Health*.
- f. El maltrato obstétrico es un patrón de conductas que el personal médico muestra hacia las embarazadas y las madres parturientas en siete dimensiones: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, relación deficiente entre las mujeres y los proveedores, y condiciones deficientes y limitaciones presentadas por el sistema sanitario.
- g. El Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) recopila datos sobre el color o la raza de la población brasileña con base en la autoidentificación a partir de las siguientes variables: blanco (*branco*), negro (*preta*), multirracial (*pardo*), asiático (*amarelo*) e indígena (*indígena*). La categoría negra (afrodescendiente) en el Brasil se refiere a la suma de las personas que se identifican a sí mismas como negros (*preta*) o multirraciales (*parda*).
- h. Consultas de atención prenatal: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en un periodo determinado que recibió atención prenatal cuatro o más veces.
- i. La tasa de natalidad en adolescentes se define como el número de partos de mujeres entre los 15 y 19 años durante los tres años anteriores a la encuesta dividido por las niñas y mujeres jóvenes de 15 a 19 años en el mismo periodo, expresado por cada 1.000 niñas y mujeres jóvenes.
- j. La planificación familiar se refiere al porcentaje de mujeres casadas o con unión de hecho de entre 15 y 49 años con necesidades satisfechas de planificación familiar.
- k. Los asistentes de partos calificados incluyen a los médicos, personal de enfermería y personal de partería.
- l. Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Algunos ejemplos son los ingresos y la protección social, la educación y el desempleo y la inseguridad laboral.
- m. Los determinantes estructurales de la salud incluyen las estructuras y políticas sociales y políticas de un país.
- n. La atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de equidad y solidaridad social y el derecho de todo ser humano a gozar del nivel máximo de salud que se pueda obtener, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- o. Este análisis presenta cuatro limitaciones:
  - i. El análisis que aquí consta solo incluye datos de 9 de los 35 países de las Américas. Son los nueve países que disponían de datos desagregados por raza u origen étnico y género para los indicadores de salud y derechos maternos, sexuales y reproductivos. La pequeña muestra de países pone en evidencia la necesidad de disponer de más datos desagregados de acceso público en toda la región para mejorar la precisión de las conclusiones sobre la salud de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.
  - ii. La mayoría de los datos que figuran en este análisis proceden de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y encuestas demográficas y de salud recientes, pero también incluimos datos de otras encuestas nacionales. La yuxtaposición de datos procedentes de múltiples fuentes puede complicar la comparabilidad entre países.
  - iii. Se utilizaron la raza o el origen étnico y el color de piel autodeclarados para categorizar a la población afrodescendiente. En los países en los que las encuestas solo incluían el origen étnico del cabeza de familia, se asignó la misma categoría a todas las mujeres y niños del hogar. Este indicador puede no ser una medida exacta de la población objetivo. Del mismo modo, encontramos algunas diferencias en los resultados entre grupos afrodescendientes (por ejemplo, entre poblaciones negras (*preta*) y multirraciales (*parda*) en el Brasil) que no hemos incluido en el documento. El análisis de estas diferencias podría brindar información crucial sobre qué poblaciones corren mayor riesgo de obtener resultados maternos deficientes.
  - iv. Mientras que en algunas de las encuestas utilizadas para este análisis, la muestra afrodescendiente supera el millón de observaciones (como el Brasil, Colombia y los Estados Unidos), en países como Cuba y el Uruguay, las muestras están compuestas por menos de 100 personas (véase la Tabla 1). Las variaciones en el tamaño de las muestras pueden influir en los resultados de los indicadores clave y subestimar o sobreestimar la situación de las mujeres y niñas afrodescendientes.

# Bibliografía

- Alonso Paola (2020). Autonomy Revoked: The Forced Sterilization of Women of Color in 20th Century America. Texas Women's University. <https://twu.edu/media/documents/history-government/Autonomy-Revoked--The-Forced-Sterilization-of-Women-of-Color-in-20th-Century-America.pdf>.
- Arias, Elizabeth, Melonie Heron y Jahn K. Hakes (2016). The validity of race and Hispanic-origin reporting on death certificates in the United States: An update. *Vital Health Statistics, series. 2, No. 172*. Washington D.C.: Centro Nacional de Estadísticas de la Salud. [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_02/sr02\\_172.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_172.pdf).
- Ashford, Lori (2003). Necesidad insatisfecha de planificación familiar: enfoques recientes e implicaciones programáticas Washington, D.C.: Population Reference Bureau MEASURE Communication. [https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeed\\_Spanish.pdf](https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeed_Spanish.pdf).
- Asociación de Facultades de Medicina de los Estados Unidos (2021). "2021 Fall Applicant, Matriculant, and Enrollment Data Tables". <https://www.aamc.org/media/57761/download?attachment>.
- Betti, Lisa (2021). "Shaping birth: variation in the birth canal and the importance of inclusive obstetric care". *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, vol. 376 (mayo). <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2020.0024>.
- Boulware, Leigh E. *et al.* (2003). "Race and trust in the health care system". *Public Health Reports*, vol. 118, núm. 4 (julio y agosto). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497554/>.
- Brasil. Ley núm. 12.288 del 20 de julio de 2010. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm).
- \_\_\_\_\_ Ley núm. 39.034 del 3 de mayo de 2018. [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto\\_39024\\_03\\_05\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto_39024_03_05_2018.html).
- Cámara de los Diputados del Brasil (2021). "Mulheres negras são maioria das vítimas de feminicídio e as que mais sofrem com desigualdade social". 30 de noviembre. <https://www.camara.leg.br/noticias/832964-mulheres-negras-sao-maioria-das-vitimas-de-feminicidio-e-as-que-mais-sofrem-com-desigualdade-social/>.
- Castro Arachu, Virginia Savage y Hannah Kaufman (2015). "Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America". *Pan American Journal of Public Health*, vol. 38, núm. 2. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en>.
- Costa, Janaína C. *et al.* (2022). Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children: A cross-sectional analysis of ten Latin American and Caribbean countries. *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 15 (August). [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00162-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00162-4/fulltext).
- Crear-Perry, Joia *et al.* (2021). "Social and structural determinants of health inequities in maternal health". *Journal of Women's Health*, vol. 30, núm. 2 (febrero). <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8882>.
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística de Colombia (2021). "Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19". *Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada*, núm. 9. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>.
- Departamento de Análisis Epidemiológicos y Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, Secretaria de Vigilancia Sanitaria del Brasil (2022a). "Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna". <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.
- \_\_\_\_\_ (2022b). "Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos". <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
- Domingues, Patricia M. L. *et al.* (2013). "Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres". *SciELO*, vol. 22, núm. 2 (junio). <https://www.scielo.br/j/tce/a/c8pbVz3RRYHTNJSDN8wQtYt/?lang=pt>.
- Eze, Emmanuel C., ed. (1997). *Race and the Enlightenment: A Reader*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Fernandes, Karayna G. *et al.* (2017). "Ethnic differences in maternal near miss". *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 296, núm. 6 (diciembre). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918461/>.
- Finlayson, Kenneth y Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Medicine*, vol. 10, núm. 1 (enero). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551970/>.

20. Freire, German *et al.* (2018). Afrodescendientes en Latinoamérica Hacia un marco de inclusión. Washington, D. C.: Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
21. Garraza, Lucas G., Federico Tobar e Iván Rodríguez Bernate (2020). "Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America". *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, núm. 2 (noviembre). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887910/>.
22. Hill, Latoya, Samantha Artiga y Ranji Usha (2022). "Racial Disparities in Maternal and Infant Health: Current Status and Efforts to Address Them", 1 de noviembre. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-maternal-and-infant-health-current-status-and-efforts-to-address-them/>.
23. Hoffman, Kelly M. *et al.* (2016). "Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites". *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 113, núm. 16 (abril). <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113>.
24. Howell, Elizabeth A. (2018). "Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality". *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 61, núm. 2 (junio). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915910/>.
25. Howell, Elizabeth A., y Jennifer Zeitlin (2017). "Improving hospital quality to reduce disparities in severe maternal morbidity and mortality". *Seminars in Perinatology*, vol. 41, núm. 5 (agosto). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735811/>.
26. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2021). "Maternidades y paternidades en la ruralidad", 30 de septiembre. <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/maternidades-y-paternidades-en-la-ruralidad>.
27. Jornalismo TV Cultura (2022). "Menos de 20% dos estudantes de medicina são pretos ou pardos", 15 de febrero. [https://www.youtube.com/watch?v=KsnFDgG3r8g&ab\\_channel=JornalismoTVCultura](https://www.youtube.com/watch?v=KsnFDgG3r8g&ab_channel=JornalismoTVCultura).
28. Kavanagh, Matthew M. *et al.* (2021). Planning for health equity in the Americas: An analysis of national health plans. *Pan American Journal of Public Health*, vol. 45. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53743>.
29. Kearney, Melissa S. y Phillip B. Levine (2015). Media influences on social outcomes: The impact of MTV's "16 and Pregnant" on teen childbearing. *The American Economic Review*, vol. 105, No. 12 (December). <https://www.jstor.org/stable/43821387>.
30. Leal, Maria D. C. *et al.* (2017). "The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil". *Publicação em Saúde Pública*, vol. 24, núm. 33 (julio). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746555/>.
31. Leonardi, Carla (2022). "Mortalidade materna: quais são as principais causas e como evitar", 31 de mayo. <https://bebe.abril.com.br/saude/mortalidade-materna-quais-sao-as-principais-causas-e-como-evitar/>.
32. Menandro, Leila M. T. y Hazel R. Barrett (2022). "Compulsory female sterilisation in Brazil: reproductive rights for whom?". *Critical and Radical Social Work*, vol. 10, núm. 1 (marzo). <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/crsw/10/1/article-p23.xml>.
33. McKinnon, Britt *et al.* (2016). "Comparison of black-white disparities in preterm birth between Canada and the United States". *Canadian Medical Association Journal*, vol. 188, núm. 1 (enero). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695373/>.
34. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2022). "Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %", 29 de junio. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>.
35. Mora, Hector *et al.* (2022). "The National Deficit of Black and Hispanic Physicians in the US and Projected Estimates of Time to Correction". *JAMA Netw Open*, vol. 5, núm. 6 (junio). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792848>.
36. Murad-Rivera, Rocio *et al.* (2018). Determinantes del Embarazo en Adolescentes en Colombia: Explicando las Causas de las Causas. Profamilia. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/07/2018-Murad-Determinantes-del-embarazo-preprint.pdf>.
37. Nascimento, Elisa L. (2007). *The Sorcery of Color: Identity, Race and Gender in Brazil*. Philadelphia: Temple University Press.
38. Novella, Rafael and Laura Ripani (2015). Are You (Not) Expecting?: The Unforeseen Benefits of Job Training on Teenage Pregnancy. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/en/are-you-not-expecting-unforeseen-benefits-job-training-teenage-pregnancy>.
39. Nuamah, Sally (2021). "Public perceptions of Black girls and their punitive consequences". IPR Working Paper Series, núm. WP-20-49. Evanston, I. L.: Instituto Northwestern de Investigación sobre Políticas. <https://www.ipr.northwestern.edu/documents/working-papers/2020/wp-20-49-3rev.pdf>.

40. Owens, Deirdre C. y Sharla M. Fett (2019). Black maternal and infant health: Historical legacies of slavery. *American Journal of Public Health*, vol. 109, No. 10 (October). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727302/>.
41. #Organización Panamericana de la Salud (2018a). *Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care*. Washington, D. C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34958>.
42. \_\_\_\_\_ (2018b). Parte 2: Avance hacia la salud universal basada en la atención primaria de salud. *Informe Anual del Director 2018*. Washington, D. C. <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/es/parte-2-avance-hacia-salud-universal-basada-atencion-primaria-salud/>.
43. \_\_\_\_\_ (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D. C. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-universal-siglo-xxi-40-anos-alma-ata-informe-comision-alto-nivel-edicion-revisada>.
44. \_\_\_\_\_ (2020). Equity in Health Policy Assessment: Region of the Americas. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52931>.
45. \_\_\_\_\_ (2021a). Annual Report 2020. Universal Health and the Pandemic. Resilient Health Systems. Surinam. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54557>.
46. \_\_\_\_\_ (2021b). *La salud de la población afrodescendiente en América Latina*. Washington, D. C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54503>.
47. \_\_\_\_\_ (2022). "Opening Remarks - International Day For People of African Descent Global Webinar 2022". 31 de agosto. <https://www.paho.org/en/documents/opening-remarks-international-day-people-african-descent-global-webinar-2022>.
48. \_\_\_\_\_ (sin fecha). "Atención primaria de salud". <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>.
49. Organización Panamericana de la Salud, 57º Consejo Directivo (2019). "Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2013". 10 de agosto. CD57/9. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51617/CD57-9-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
50. Organización Panamericana de la Salud, 170ª Sesión del Comité Ejecutivo (2022). Plan de acción para el fortalecimiento de los sistemas de información para la salud 2019-2023: Informe de progreso. 13 de abril. CE170/INF/12. [https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-12-c-s-pda-sistemas-informacion\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-12-c-s-pda-sistemas-informacion_0.pdf).
51. Organización Panamericana de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020). "El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe". Reseña Técnica. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
52. Payne, Carolyn y Nicole Fanarjian (2014). "Seeking causes for race-related disparities in contraceptive use". *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 16, núm. 10 (octubre). <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-05/jdsc1-1410.pdf>.
53. Pemberton, Cecile y Joel Joseph (2018). National Women's Health Survey for Trinidad and Tobago: Final Report. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/english/document/National-Women-Health-Survey-for-Trinidad-and-Tobago-Final-Report.pdf>.
54. Petersen, Emily E. *et al.* (2019). "Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007–2016". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, núm. 35. [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm?s\\_cid=mm6835a3\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm?s_cid=mm6835a3_w).
55. Portal de Buenas Prácticas sobre la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente del Brasil (2018). "Mortalidade Materna". <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29923/MORTALIDADE%20MATERNA.pdf?jsessionid=24D6616CB26F1EC07964467828122D25?sequence=2>.
56. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (2017). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>.
57. \_\_\_\_\_ (2021). *Interagency Strategic Consensus for the Reduction of Maternal Morbidity and Mortality: Strategic Guidance for the 2020-2030 Decade*. [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/gtr\\_interagencystrategicconsensus\\_2020\\_2030\\_english.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/gtr_interagencystrategicconsensus_2020_2030_english.pdf).
58. Saad-Haddad G. *et al.* (2016). Patterns and determinants of antenatal care utilization: Analysis of national survey data in seven countdown countries. *Journal of Global Health*, vol. 6, No. 1 (June). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27231540/>.
59. Sabin, Janice y Anthony G. Greenwald (2012). "The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma". *American Journal of Public Health*, vol. 102, núm. 5 (mayo). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483921/pdf/AJPH.2011.300621.pdf>.

60. Savage, Virginia y Arachu Castro (2017). "Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches". *Reproductive Health*, vol. 14, núm. 138. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-017-0403-5.pdf>.
61. Schulman, Kevin A. *et al.* (1999). "The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization". *The New England Journal of Medicine*, vol. 340 (febrero). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199902253400806>.
62. Sebert Kuhlmann A. K. *et al.* (2017). "La violencia de pareja como factor predictivo de la utilización de los servicios de control prenatal en Honduras". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660898/>.
63. Telles, Edward (2014). *Pigmentocracias: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. Chapel Hill: Ediciones de la Universidad de Carolina del Norte.
64. Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (2022). "Concluding observations on the combined tenth to twelfth reports of the United States of America". 21 de septiembre. CERD/C/USA/CO/10-12. <https://www.ecoi.net/en/file/local/2078960/G2249596.pdf>.
65. Naciones Unidas, Departamento de Información Pública y Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2020). *Women and Girls of African Descent. Human Rights Achievements and Challenges*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/WomenAndGirlsAfricanDescent.pdf>.
66. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social (2016). "Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)". 2 de mayo. E/C.12/GC/22. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0SzabooXTdlmnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sUgxqeXOonzmOMzdytOOLx1%2BaoaWAKy4%2BuhMA8PLnWfDj4z4216PjNj67NdUrGT87>.
67. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos*. Publicación de las Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42654-situacion-personas-afrodescendientes-america-latina-desafios-politicas-la>.
68. Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (2022). "Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud". 20 de julio. A/77/197. <https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a77197-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>.
69. Naciones Unidas, Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes (2003). "Identification and definition of 'people of African descent' and how racial discrimination against them is manifested in various regions: Working paper". 28 de enero. E/CN.4/2003/WG.20/WP.3. <https://digitallibrary.un.org/record/486012?ln=en>.
70. Fondo de Población de las Naciones Unidas (sin fecha). "Hoja informativa - Salud y Mortalidad Materna de las Mujeres Indígenas". [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet\\_v20\\_Spanish.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_v20_Spanish.pdf).
71. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (2020). "Latin America and the Caribbean Regional Factsheet". <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/POWW-2019-Fact-sheet-Latin-America-and-the-Caribbean-en.pdf>.
72. U.S. Commission on Civil Rights (2021). *Racial Disparities in Maternal Health*. Washington, D. C. <https://www.usccr.gov/files/2021/09-15-Racial-Disparities-in-Maternal-Health.pdf>.
73. Vedam, Saraswathi *et al.* (2019). "The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States". *Reproductive Health*, vol. 16, núm. 77 (junio). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0729-2>.
74. Verschueren, Kim J. C. *et al.* (2020). "Applicability of the WHO maternal near-miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname". *Journal of Global Health*, vol. 10, núm. 2 (diciembre). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33214899/>.
75. Viáfara-López, Carlos A., Glenda Palacios-Quejada y Alexander Banguera-Obregón (2021). "Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal". *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 45 (julio). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8238259/>.
76. Washington, Harriet A. (2006). *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans From Colonial Times to the Present*. New York: Doubleday.
77. Weiner, Stacy (2021). "Medical schools overhaul curricula to fight inequities", 25 de mayo. <https://www.aamc.org/news-insights/medical-schools-overhaul-curricula-fight-inequities>.
78. Banco Mundial (2018). *Afrodescendientes en Latinoamérica Hacia un marco de inclusión*. Washington, D.C. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
79. \_\_\_\_\_ (2022). "The social and educational consequences of adolescent childbearing", 25 de febrero. <https://genderdata.worldbank.org/data-stories/adolescent-fertility/>.

80. Organización Mundial de la Salud (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: resumen analítico del informe final. Ginebra: Ediciones de la OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>.
81. \_\_\_\_\_ (2009). Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: manual. Ginebra: Ediciones de la OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
82. \_\_\_\_\_ (2010). Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-miss Approach for Maternal Health. Ginebra: Ediciones de la OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221\\_eng.pdf?jsessionid=18208531503CB1A17B15485B663A4D56?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?jsessionid=18208531503CB1A17B15485B663A4D56?sequence=1).
83. \_\_\_\_\_ (2011). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>.
84. \_\_\_\_\_ (2015). "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud". Ginebra. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
85. \_\_\_\_\_ (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Ginebra. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
86. \_\_\_\_\_ (2021). "Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access", 16 de junio. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
87. \_\_\_\_\_ (2022). "Embarazo en la adolescencia", 15 de septiembre. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Consultado el 5 de diciembre de 2022.
88. \_\_\_\_\_ (sin fecha). "Births attended by skilled health personnel". <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/births-attended-by-skilled-health-personnel>.
89. Yearby, Ruqaiyah J. D. (2020). "Structural racism: The root cause of the social determinants of health", 22 de septiembre. <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/09/22/structural-racism-social-determinant-of-health/>.



**Tabla 1:** Porcentaje y tamaño de la muestra de niñas y mujeres afrodescendientes y no afrodescendientes de 15 a 49 años que han dado a luz en los últimos dos años (atención prenatal)

País	Año	Fuente <sup>b</sup>	Información sobre el origen étnico	Mujeres y niñas afrodescendientes		Mujeres y niñas no afrodescendientes (excluyendo a las indígenas)	
				Categorías	Núm.	Categorías	Núm.
Brasil	2019	PNS	Mujer (color de piel)	Negra ( <i>preta</i> ); multirracial ( <i>parda</i> )	1.365.691	Blanca ( <i>branca</i> )	754.281
Colombia	2015	EDS	Mujer	Afrocolombiana; raizal del archipiélago; palenquera de San Basilio	615	Ninguna de las anteriores	5.055
Costa Rica	2018	MICS	Cabeza de familia	Negro/ afrodescendiente; mulata	1.402	Mestiza; blanca	5.158
Cuba	2019	MICS	Cabeza de familia (color de piel)	Negra	77	Blanca, mulata, mestiza, otra	832
Panamá	2013	MICS	Cabeza de familia	Negra/ afrodescendiente	1.504	Otro grupo	4.986
Suriname	2018	MICS	Cabeza de familia	Cimarrona; criolla	553	Indostana; javanesa; origen étnico mixto	396
Trinidad y Tabago	2011	MICS	Cabeza de familia	Africana	170	India; mestiza	229
Estados Unidos <sup>a</sup>	2020	Censo	Mujer	Negra	8.949.510	Blanca, asiática, nativa del Pacífico	52.830.930
Uruguay	2012	MICS	Cabeza de familia	Afrodescendiente o negra	24	Blanca; otra	236

a) La población de la muestra incluye a mujeres de entre 15 y 44 años.

b) EDS: encuesta demográfica y de salud; MICS: encuesta de indicadores múltiples por conglomerados; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde (Encuesta Nacional de Salud); Censo de los Estados Unidos



**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

605 Third Avenue  
Nueva York, NY 10158

Tel.: +1 (212) 297-5000

[www.unfpa.org/es](http://www.unfpa.org/es)

**La salud materna  
de mujeres y niñas  
afrodescendientes  
en las Américas**

Análisis

Julio de 2023

