

# Salud en personas mayores afrodescendientes Chilenas

Health in older people of african-descendant in Chile

Samuel Pozo Alfaro<sup>1,2</sup> & Lorena P. Gallardo Peralta<sup>3</sup>

**POZO, S. & GALLARDO, L.** Salud en personas mayores afrodescendientes Chilenas. *J. health med. sci.*, 7(4):249-255, 2021.

**RESUMEN:** Chile recientemente ha reconocido al pueblo tribal afrodescendiente, se trata de un colectivo poco estudiado y con severas desventajas sociales y sanitarias. Este estudio tiene como objetivo describir el perfil de salud y el acceso a servicios sanitarios, junto con analizar la asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y los síntomas depresivos en personas mayores afrodescendientes. Estudio piloto que contó con la participación de 60 personas mayores afrodescendientes, se aplicaron diversas escalas de valoración geriátrica. Los antecedentes de salud indicarían que el 78% es hipertenso, 57% tiene síntomas depresivos, el 30% es independiente en actividades de la vida diaria (AVD), y un 61% tiene riesgo leve de caídas. Respecto al acceso a salud: 84% está inscrito en un centro de salud, el 68% es beneficiario del programa de salud cardiovascular y un 71% está al día con la vacuna preventiva de la influenza. Las variables predictivas de depresión son ser beneficiario del programa de alimentación complementaria y la dependencia en AVD. Este estudio ratifica la relevancia de la inclusión de patologías específicas concorde al perfil epidemiológico de los grupos étnicos-raciales y seguir avanzando en estudios sanitarios específicos en minorías étnicas.

**PALABRAS CLAVES:** Afrodescendientes, salud, acceso a salud, depresión, personas mayores.

## INTRODUCCIÓN

Chile es un país multiétnico teniendo en cuenta que el 9,5% dice pertenecer a un pueblo indígena (Ministerio de Desarrollo Social, 2017) y un porcentaje significativo, aún no confirmado, al pueblo tribal afrodescendiente. Al respecto, el pueblo tribal afrodescendiente chileno fue reconocido por la Ley 21.151 con fecha 09 de abril del 2019, después de una larga lucha que nace el año 2001 con el nacimiento de la primera ONG "Oro Negro" para el desarrollo de este colectivo. Estas primeras acciones buscaban impulsar un reconocimiento político y jurídico, de acuerdo al convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que se materializa actualmente en estadísticas ligadas a las rondas censales para el año 2023 y el desarrollo de políticas públicas específicas para este pueblo tribal.

Los afrodescendientes en América Latina son considerados uno de los grupos étnicos con mayor exposición a riesgo en la salud, lo que está vinculado a procesos históricos de desigualdades sociales (Benavides *et al.*, 2016; Mena-Meléndez, 2020), especialmente, en materia de disparidades socioeconómicas (Díaz Cárdenas *et al.*, 2018) y un exacerbado racismo (Pino *et al.*, 2018) con

las consecuentes brechas en salud. Así, diversas investigaciones, con afrodescendientes latinoamericanos, indicarían mayor prevalencia en enfermedades como anemia falciforme, diabetes, prostatitis, hipertensión arterial, colesterol elevado, problemas coronarios y otros problemas al corazón (Benavides *et al.*, 2016). Inclusive hay una línea de investigación centrada en enfermedades de propensión étnica afrodescendiente, destacando enfermedades como la drepanocitosis y el glaucoma (Ministerio de Salud, 2018).

La necesidad de realizar estudios en salud específicos por grupos étnicos tiene un amplio reconocimiento científico y político (Quispe Vilca *et al.*, 2014; Puello *et al.*, 2016; Anderson *et al.*, 2016; Amores Leime y Pérez Rodríguez, 2017), teniendo en cuenta que la etnia es una determinante de las inequidades en salud. Abundando en esta idea, es necesario disponer datos de minorías étnicas, como los afrodescendientes e indígenas, sobre sus diagnósticos epidemiológicos y con su consecuente diseño de políticas públicas sanitarias que aborden la particularidad de sus necesidades (Juárez-Ramírez *et al.*, 2014), con la consecuente inclusión de

<sup>1</sup>Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile.

<sup>2</sup>Centro de Formación Técnica Estatal Arica y Parinacota, Arica, Chile.

<sup>3</sup>Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

sus propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista contextual y cultural.

En el caso concreto de los afrodescendientes chilenos la falta de reconocimiento histórico y de un abordaje político específico en este grupo, lo sitúa en una situación de vulnerabilidad de salud. Entendida como “la desprotección de ciertos grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud, lo que implica mayores obstáculos y desventajas frente a cualquier problema de salud debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales” (Juárez-Ramírez *et al.*, 2014).

En Chile no existen estadísticas formales y nacionales que incluyan a la población total afrodescendiente, no obstante, sólo se dispone de los resultados emanados de la Primera Prueba de Caracterización de Población Afrodescendiente, realizada por el Instituto Nacional de Estadística en el año 2014, que indicaría un total de 4.800 afrodescendientes en la región de Arica y Parinacota (extremo norte de Chile). Dada la falta de antecedentes de salud de este colectivo, este trabajo tiene como objetivo describir el acceso a servicios públicos y el perfil de salud, y evaluar la asociación entre las variables sociodemográficas, de salud y los síntomas depresivos en las personas mayores afrodescendientes que participaron en un estudio piloto.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, de tipo descriptivo, basado en datos provenientes del Plan de Salud Inclusivo para Abuelos y Abuelas Afrodescendientes implementado por la Ilustre Municipalidad de Arica (IMA) a través de la Oficina de Desarrollo Afrodescendiente (ODAFRO), se trata de un estudio piloto que buscó caracterizar el perfil social y de salud de este colectivo, fue aplicado en la ciudad de Arica y en el Valle de Azapa.

Se contactan a personas mayores afrodescendientes en situación de riesgo social, la participación fue voluntaria y se solicitaba como criterios de inclusión: (a) autoreconocimiento como afrodescendiente, (b) tener 60 o más años, y (c) sin deterioro cognitivo. De esta manera se inicia una intervención, de mayo a diciembre de 2019, que supuso visitas periódicas por parte de profesionales

de la salud con objeto de evaluar la salud física y mental, además, de educar a las personas mayores en entrenamiento físicos y otras medidas de educación para promocionar un envejecimiento saludable. Las variables incluidas en este estudio son las siguientes:

**Variables sociodemográficas:** edad, sexo, escolaridad, actividad/ocupación y zona de residencia.

**Acceso a servicios de salud pública:** inscrito en el Centro de Salud Familiar (CESFAM), programa de atención domiciliaria a personas con dependencia severa, programa salud cardiovascular, programa del adulto mayor, programa de salud mental y programa de atención oftalmológica. Se ha realizado el Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EM-PAM), tiene la vacuna de la influenza al día y recibe mensualmente el programa de alimentación complementaria para el adulto mayor (PACAM).

**Control de signos vitales y antecedentes de salud:** presión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura, saturación y hemoglucotest. Enfermedades crónicas y tratamiento, hospitalizaciones, operaciones, enfermedad de salud mental y ha sufrido una caída en el último año. Mantiene prácticas médicas alternativas.

**Depresión:** Se aplicó el Geriatric Depression Scale (GDS) (Brink *et al.*, 1982), versión original de 30 ítems. Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión, cuyos puntajes de clasificación son: normal (0-10 puntos), depresión leve (11-14 puntos) y depresión severa (>14 puntos).

**Dependencia en actividades de la vida Diaria (AVD):** Se utilizó en Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), se trata de una escala que valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, ir al servicio, traslados, deambular y subir escalera. Cada actividad se le asigna una puntuación (0,5; 1,0; 1,5) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarlo a cabo, obteniéndose una puntuación final de 0-100, cuyas categorías de clasificación son: dependencia total (<20 puntos), dependencia severa (20-35 puntos), dependencia moderada (40-55 puntos), dependencia leve (≥60 punto) e independiente (100 puntos).

**Riesgo de caídas:** Se midió a través del Timed Up and Go (TUG) (Mathias *et al.*, 1986), se trata de un

test clínico ampliamente usado en personas mayores, por su fácil aplicación, que valora el riesgo de caídas. La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros, el tiempo cronometrado para esta prueba indicaría: normal ( $\leq 10$  segundos), riesgo leve de caída (11 a 20 segundos) y alto riesgo de caída ( $> 20$  segundos).

### Análisis estadístico

Para dar respuesta a los objetivos planteados en primer lugar se realizan análisis descriptivos con medidas de tendencia central y frecuencias absolutas. En segundo lugar, se realizan análisis multivariados a través de un modelo de regresión lineal para síntomas de depresión, con la incorporación de cuatro modelos. Modelo 1, variables de control: edad, sexo (1=mujer) y escolaridad (1=con estudios). Modelo 2, beneficios de salud pública: programas de salud (sumario de todos los consultados), EMPAM, vacuna de la influenza y PACAM. Modelo 3, problemas de salud: enfermedades diagnosticadas, número de hospitalizaciones, operado (1=sí) y caídas en el último año (1=sí). Modelo 4, dependencia AVD, incluye la escala de dependencia de AVD. El análisis de datos se realizó a través de los programas SPSS (versión 25).

### Aspectos éticos

Este proyecto fue aprobado por las autoridades de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) a través de la ODAFRO de la IMA (Decreto Alcaldicio N° 11762/2018), junto al apoyo de la Mesa de trabajo con las Organizaciones del Pueblo Tribal Afrodescendiente de la ciudad de Arica y el Valle de Azapa, que supone la incorporación de organizaciones comunitarias del colectivo. Se han seguido todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1964 y la normativa establecida en el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales.

## RESULTADOS

En este estudio piloto participaron 60 personas mayores afrodescendientes, cuyas características sociodemográficas son: la mayoría son mujeres (86%), la edad promedio fue de 72,52 años (DE 8,33), el 38% no tiene estudios o bien no com-

pletó sus estudios de educación básica y el 71% es jubilado o pensionado.

Tabla I. Principales antecedentes de salud de las personas mayores afrodescendientes.

<b>Problemas de salud</b>		
Diabetes		<b>19%</b>
Hipertensión		<b>78%</b>
Cardiovascular		<b>8%</b>
Otros diagnósticos		<b>41%</b>
Mantiene el tratamiento médico de esta enfermedad		<b>90%</b>
Síntomas depresivos	Normal	<b>43%</b>
	Leve	<b>24%</b>
	Severa	<b>33%</b>
Nivel de dependencia AVD	Independiente	<b>59%</b>
	Dependencia leve	<b>25%</b>
	Dependencia total	<b>16%</b>
Riesgo de caídas	Normal	<b>30%</b>
	Leve	<b>61%</b>
	Alto	<b>9%</b>
<b>Otros antecedentes de salud</b>		
Hospitalizado	Media: 4,51	<b>97%</b>
	DE: 2,49	
Operado		<b>92%</b>
Enfermedad mental		<b>32%</b>
Caídas en el último año		<b>52%</b>
Mantiene prácticas médicas alternativas		<b>78%</b>
<b>Acceso a Programas y servicios de salud pública</b>		
Inscrito en Centro de Salud Familiar		<b>84%</b>
Beneficiario en Programa Atención domiciliaria a personas con discapacidad		<b>5%</b>
Beneficiario de Programa cardiovascular		<b>68%</b>
Beneficiario Programa del Adulto Mayor		<b>40%</b>
Programa de Salud Mental		<b>13%</b>
Programa de atención oftalmológica		<b>5%</b>
Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor al día (EMPAM)		<b>60%</b>
Vacuna influenza al día		<b>71%</b>
Recibe mensualmente Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM)		<b>44%</b>

En la Tabla I se describen las principales resultados de salud. Destacar que el 84% está inscrito en un CESFAM, el 68% es beneficiario del programa de salud cardiovascular, un 60% está al día con el EMPAM y un 71% con la vacunación preventiva de la influenza. De las enfermedades crónicas la más frecuente es la hipertensión (78%), el 57% tiene síntomas depresivos, el 59% es independiente en AVD y el 61% tiene un riesgo leve de caídas. Finalmente, el 92% ha sido operado, generalmente por cesarías en las mujeres, y el 78% mantiene prácticas médicas alternativas, como el uso y consumo de hierbas medicinales.

Respecto a las variables predictivas de depresión, los resultados se presentan en la tabla 2. Destacar que ninguna de las variables de control se asocia con la depresión, en el modelo 2 tiene una asociación negativa con depresión el recibir el PACAM ( $\beta=-3,95$ ,  $p=0,05$ ), en el modelo 3 se mantiene el PACAM ( $\beta=-4,12$ ,  $p=0,05$ ) y en el modelo 4 se añade la dependencia AVD con una relación positiva con depresión ( $\beta=0,11$ ,  $p=0,001$ ). El modelo 4 supone un aumento sustancial en la capacidad explicativa de la depresión, con un alto porcentaje de la varianza explicada (42%).

## DISCUSIÓN

El Plan de Salud Inclusivo para Abuelos y Abuelas Afrodescendientes es una de las primeras iniciativas en salud pública específica del pueblo tribal afrodescendiente chileno, que reconoce que este colectivo ha lidiado históricamente con estructuras políticas, económicas y sociales adversas, marcadamente racistas (Benavides *et al.*, 2016; Pino *et al.*, 2018), que desencadenan una vejez con mayor riesgo bio-psico-social. De allí la relevancia en abordar la salud física y mental, de cara a la promoción de un envejecimiento saludable, desde políticas municipales que incorporen el enfoque étnico-racial en la salud (Quispe Vilca *et al.*, 2014).

Los resultados de este estudio piloto muestran una situación grave en términos de salud mental, ya que el 57% de las personas mayores afrodescendientes tiene síntomas depresivos, concretamente, el 24% leves y un 33% graves. La depresión es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más recurrentes en las personas mayores chilenas (Aravena *et al.*, 2020; Nazar *et al.*, 2020), pero notoriamente más alto en minorías étnicas (Gallar-

Tabla II. Modelo de regresión lineal para depresión, muestra pila de personas mayores afrodescendientes chilenas

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	$\beta$	E.T.	$\beta$	E.T.	$\beta$	E.T.	$\beta$	E.T.
<b>Modelo 1: Variables de control</b>								
Edad	-0,05	0,09	-0,01	0,11	0,02	0,11	0,07	0,09
Sexo	-2,63	2,26	-3,06	2,24	-4,12	2,98	0,34	2,45
Escolarización	-2,17	1,70	-1,95	1,78	-1,96	1,91	-2,17	1,49
<b>Modelo 2: Beneficios de salud pública</b>								
Programas de salud			0,19	0,91	-0,05	1,12	1,09	0,90
EMPAM			3,11	1,97	2,73	2,06	1,14	1,63
Vacuna de la influenza			0,90	1,93	0,27	2,08	-0,85	1,63
PACAM			-3,95*	2,02	-4,12*	2,15	-2,84	1,69
<b>Modelo 3: Problemas de salud</b>								
Enfermedades crónicas					0,13	0,76	0,31	0,59
Hospitalizaciones					0,07	0,41	-0,20	0,32
Operaciones					2,72	3,59	0,80	2,82
Caídas en el último año					1,03	1,69	0,76	1,32
<b>Modelo 4: Dependencia</b>								
Dependencia AVD							0,11***	0,01
R2	7%				20%		42%	
Cambio en F	1,68				0,51		33,77***	

E.T.= error típico. \* $p<0,05$ . \*\* $p<0,01$ . \*\*\* $p<0,001$ .

do-Peralta *et al.*, 2019). La depresión es un trastorno complejo de diagnosticar e intervenir por sus múltiples factores asociados, en este estudio hemos confirmado la incidencia directa y significativa de la dependencia en AVD, cuyos hallazgos tienen sentido si consideramos que las personas mayores afrodescendientes han sido validados socialmente por el rendimiento físico en trabajos ligados a un alto esfuerzo físico y al perder esa capacidad funcional en la vejez podría desencadenar episodios de depresión. Ahondando en esta afirmación, aunque no se cuenta con datos oficiales, en Chile la población afrodescendiente se ha vinculado históricamente a trabajos informales y que demandan una alta fuerza física. En el caso de los hombres las actividades laborales más recurrentes eran trabajos que suponían una alta demanda física y con una extensa jornada de trabajo (por ejemplo tareas agrícolas en el valle de Azapa) y las mujeres realizaban diversas labores domésticas y actividades agrícolas y ganaderas en el ámbito del comercio informal. Destacar, igualmente, que las mujeres afrodescendientes padecen en la vejez más problemas de salud, producto de una salud reproductiva y sexual más precaria y riesgosa (Carrillo, 2014).

Todos estos antecedentes demostrarían que la condición de vulnerabilidad de salud de este colectivo no es una condición estática (Anderson *et al.*, 2016), se trata de un cúmulo de procesos sociales cambiantes y determinados por distintos factores, altamente complejos y excluyentes. Por lo cual la inequidad social y de salud en los afrodescendientes se transmite de generación en generación, en caso específico de las personas mayores que hoy tienen edades sobre los 70 años, han experimentado múltiples factores discriminatorios, que los llevaron a sobrevivir a un medio hostil en los ámbitos sociales, educacionales, económicos y políticos que en muchos casos los mantuvo y mantiene bajo la línea de la pobreza en Chile.

Aunque los hallazgos de este estudio confirman resultados positivos en términos de acceso a salud y diversas prestaciones en materia de salud preventiva para personas mayores, resaltando la incidencia preventiva del PACAM en menos síntomas depresivos. Al respecto, este programa permite a las personas mayores, acceder a la entrega de alimentos fortificados con micronutrientes, para mantener y mejorar su estado nutricional y mejorar su calidad de vida. Sin embargo, las políticas en salud carecen de incorporación específica de la perspectiva étnico/

racial para este colectivo (Pino *et al.*, 2018; Quispe Vilca *et al.*, 2014), desestimando la necesidad de abordar aquellas enfermedades de propensión étnica más frecuentes en edades avanzadas (Quispe Vilca *et al.*, 2014), como es el caso de la hipertensión en los afrodescendientes chilenos.

Con todo ello, la población afrodescendiente en Chile, como sucede en otros países de la región (Benavides *et al.*, 2016; Quispe Vilca *et al.*, 2014), se halla en una situación de invisibilidad sistemática que va desde la incipiente ley de reconocimiento legal, pasando por la invisibilización estadística nacional que no permite sistematizar el total de la población, además de inexistentes políticas y acciones afirmativas de corte gubernamental que permitan su reconocimiento étnico-racial.

En Chile en los últimos años se han implementado diversos programas de salud con enfoque intercultural, centrados sólo en los pueblos indígenas, los que han recibido diversas críticas por dicotomizar la salud en un modelo médico occidental (científico) y médico indígena (tradicional) que aumenta el distanciamiento cultural y que se traduce más bien en un enfoque multicultural donde el Estado chileno administra la diferencia cultural sin propiciar el encuentro y el intercambio en igualdad entre culturas diversas (Gavilán *et al.*, 2018).

Podemos extrapolar esta experiencia al grupo étnico afrodescendiente, demostrando la relevancia de la co-construcción de una política en salud, con énfasis en la salud mental, desde los elementos culturales, contextuales y territoriales de los afrodescendientes. En este sentido, podemos mencionar que existen parámetros internacionales que determinan y solicitan los esfuerzos necesarios para que los diversos Estados, validen y se comprometan al desarrollo de políticas públicas integrales, específicamente en el área de salud, como lo establece el Plan de acción de Durban en su apartado II n° 5, exhortando a los estados a la generación de inversión nacional e internacional en temáticas relacionadas a políticas de atención sanitaria para población afrodescendiente. Asimismo, lo determina el convenio 169 de la OIT, ratificado por Chile en octubre del 2008 en su artículo 25, n° 2 y 3, comprometiendo las acciones necesarias para el respeto en la integralidad y cobertura de los servicios sanitarios nacionales para los pueblos indígenas y tribales, incorporando desde el año 2019 al Pueblo Tribal Afrodescendiente Chileno.

Este estudio piloto plantea la relevancia de la incorporación del enfoque étnico-racial en el diseño de programa de salud para afrodescendientes chilenos, al respecto destacamos las cinco áreas de acción de la Política sobre Etnicidad y Salud de la OPS (OPS, 2017) que se transforman en los desafíos de la política sanitaria en Chile: a) avanzar en investigaciones con diversos enfoques metodológicos, b) impulsar políticas que incluyan las necesidades específicas en salud, c) que el contexto de desarrollo de estas políticas sea participativo y que incluya alianzas estratégicas entre actores diversos, d) incluir en las políticas los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria, especialmente, el uso de hierbas medicinales y e) la capacitación de los y las profesionales de la salud para garantizar una salud oportuna, culturalmente pertinente y no discriminatoria.

## AGRADECIMIENTOS

Ilustre Municipalidad de Arica a través de la Oficina de Desarrollo Afrodescendientes (ODA-FRO) de la Dirección de Desarrollo Comunitario, especialmente, a Milena Molina Arancibia encargada de la ODAFRO, quien facilitó el acceso a los datos del estudio piloto.

---

**POZO, S. & GALLARDO, L.** Health in older people of african-descendant in Chile. *J. health med. sci.*, 7(4):249-255, 2021.

**ABSTRACT:** Chile has recently recognized the Afrodescendant tribal people, a little studied group with severe social and health disadvantages. This study aims to describe the health profile and access to health services, and to analyze the association between sociodemographic and health variables and depressive symptoms in older people of African descent. Pilot study with the participation of 60 elderly people of African descent, with the application of several geriatric assessment scales. Health history indicated that 78% are hypertensive, 57% have depressive symptoms, 59% are independent in activities of daily living (ADL), and 61% have a slight risk of falling. Regarding access to health care: 84% are enrolled in a health center, 68% are beneficiaries of the cardiovascular health program and 71% are up to date with the preventive influenza vaccine. The variables predictive of depression are being a beneficiary of the complementary feeding program and dependence in ADLs. Conclusion: This study ratifies the relevance of including specific pathologies according to the epidemiological profile of ethnic-racial groups and to

continue advancing in specific health studies in ethnic minorities.

**KEYWORDS:** Afrodescendants, health, access to health care, depression, elderly people.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amores Leime CA, Pérez Rodríguez GP. La pertenencia étnica y el acceso a los servicios de salud: Caso de indígenas y afrodescendientes ecuatorianos en el periodo 2006-2015. *Rev. Publicando*.2017; 4(11(1):618-3.
- Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*.2016; 388(10040):131-157.
- Aravena JM, Saguez R, Lera L, Moya MO, Albala C. Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: a national cross-sectional analysis. *Int.J. Geriatr. Psychiatry*.2020; 35(7):749-758.
- Benavides M, León J, Espezúa L, Wangeman A. Estudio Especializado sobre Población Afroperuana (EEPA). Lima: GRADE Group for the Analysis of Development, 2016 Disponible en: <https://www.grade.org.pe/publicaciones/estudio-especializado-sobre-poblacion-afroperuana-eepa/>
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening Tests for Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*.1982; 1(1): 37-43.
- Carrillo, S. Salud sexual y reproductiva de las mujeres afroperuanas. Lima: Ministerio de la Mujer y poblaciones Vulnerables, 2014.
- Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Pobreza y salud bucal en comunidades afrodescendientes vulnerables. *Rev Cubana Salud Pública*.2018; 44(3): e411.
- Gallardo-Peralta LP, Sánchez-Moreno E, Rodríguez-Rodríguez V. Strangers in Their Own World: Exploring the Relation Between Cultural Practices and the Health of Older Adults in Native Communities in Chile. *Br. J. Soc. Work*.2019; 49 (4): 920-942. DOI:
- Gavilán V, Viguera P, Madariaga E, Parra MG. Interculturalidad en salud. Análisis crítico de las políticas sanitarias dirigidas al pueblo aymara del norte chileno. *Interciencia*. 2018; 43(5): 322-328.
- Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(4):284-90.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med*.1965; 14: 61-65.
- Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil*.1986; 67(6):387-9.

Mena-Meléndez L. Ethnoracial child health inequalities in latin america: multilevel evidence from Bolivia, Colombia, Guatemala, and Perú. *Ssm: population health*.2020; 12:100673-100673. DOI. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100673>

Ministerio de Desarrollo Social, Chile. Pueblos Indígenas. Síntesis de resultados. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, 2017 Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Casen\\_2017\\_Pueblos\\_Indigenas.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Casen_2017_Pueblos_Indigenas.pdf)

Ministerio de Salud, Costa Rica. Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021. Ministerio de Salud, MOS/OPS, 2018. Disponible en:<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/3909-plan-nacional-de-salud-para-personas-afrodecendientes/file>

Nazar G, Ulloa N, Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Martínez X, et al . Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev. méd. Chile*.2020; 148(7): 947-955.

Organización Panamericana de la Salud. Política sobre Etnicidad y Salud. 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington DC (documento CSP29/7, Rev. 1), 2017.

Pino S, Coates A, Guzmán J, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: Construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Rev. Esp. Salud Pública*.2018; 92: e201809059.

Puello EC, Amador CE, Luna JM. Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*.2016; 48(1): 17-26.

Quispe Vilca R, Cabrera Meléndez J, Quispe Rivadeneyra A. Inclusión de la pertenencia étnica en los registros de salud: derecho a la salud, criterios para su abordaje con los pueblos indígenas y afroperuanos. *Bol - Inst Nac Salud*.2014; 20 (3-4): 50-54.

Dirección para correspondencia:

Lorena Gallardo Peralta  
Facultad de Trabajo Social  
Universidad Complutense de  
Madrid  
ESPAÑA

Email: [logallar@ucm.es](mailto:logallar@ucm.es)

Recibido: 21-07-2021

Aceptado: 03-10-2021