Sinergias

Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

CINCO AÑOS DE SALUD COMO CAMINO AL DESARROLLO

Sinergias
Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

Sinergias
Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

Primera edición: septiembre de 2016

©2016, Sinergias, todos los derechos reservados

Quedan prohibidos, dentro de los límites establecidos en la ley y bajo los apercibimientos legalmente previstos, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, ya sea electrónico o mecánico, el tratamiento informático, el alquiler o cualquier otra forma de cesión de la obra sin la autorización previa y por escrito de los titulares de copyright.

Impreso en Colombia

Diseño editorial y gráfico: Diego Montoya y Eloquentem S.A.S.

Conceptualización: Diego Montoya

Fotografía: Pablo Montoya, Wendy L. Jhonson, Matt Miller y Pablo Martínez

ISBN: 958-56003

Sinergias

Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

CINCO AÑOS DE SALUD COMO CAMINO AL DESARROLLO

ÍNDICE

1 Capítulo

Colombia necesita más Sinergias

Los mil días dorados 8

El reto de la interculturalidad como aliada de la salud pública: Experiencia en el Vaupés 15

Epidemia de cuerdas: dolencia silenciosa de los pueblos indígenas de Colombia 19

Las manos que nos traen al mundo 25

Hacia una nueva vida libre de VIH 32

Capítulo 2

¿Qué opinan los técnicos?

40 Elementos para abrir un debate sobre la efectividad de los proyectos de cooperación en el área de la salud pública

47 Interculturalidad y desarrollo local

49 ¿Cuál fue el balance de los objetivos de desarrollo del milenio en Colombia y qué queda pendiente para la nueva agenda de desarrollo sostenible?

PRÓLOGO

Colombia necesita más sinergias

Hubo un tiempo en que se asociaba la salud con el propósito principal de curar enfermedades, lo que iba de la mano con los avances de la ciencia. Con el paso de los años y gracias al trabajo de múltiples personas e instituciones que le han dedicado su vida a la salud de las poblaciones este concepto cambió sustancialmente. Sinergias hace parte de esta importante transformación que concibe respuestas a los problemas de salud que parten de una mirada amplia —desde la interacción con otros sectores, el fortalecimiento del sistema de salud, las instituciones prestadoras de servicios, las comunidades, las familias y los individuos— como elemento indefectible en el camino al desarrollo equitativo.

Sin duda es un enfoque diferente, donde prevenir enfermedades tiene que estar ligado a su curación, donde ya no se habla de una sola ciencia, sino que se reconocen los saberes ancestrales y las diversas cosmovisiones que hay en un país multicultural como Colombia. Se trata de una forma de velar y trabajar activamente por el bienestar de las personas incluyéndolas y haciéndolas copartícipes, reconociendo su esencia y sus particularidades, y su capacidad para gestionar las transformaciones necesarias para que toda la población acceda a servicios de salud dignos y de calidad y mejore progresivamente su calidad de vida.

Trabajar bajo este enfoque confirma que es posible salvar vidas sin extinguir la riqueza pluriétnica, que se construyan e implementen conceptos de desarrollo establecidos en los espacios locales, que el trabajo mancomunado entre diferentes instituciones y actores del sector salud constituye un camino al desarrollo de Colombia y a la conservación de su patrimonio cultural.

Sinergias trabaja para fortalecer algunos de los campos de la salud más críticos del país. Por ejemplo, como se ve en la publicación, viene fortaleciendo la atención primaria en salud curativa y preventiva promoviendo acciones para mejorar la calidad de la atención materno-infantil y para disminuir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita y brindando apoyo en la formulación e implementación de estrategias de salud sexual y reproductiva. Además, ha abordado temas como la salud mental combatiendo el suicidio indígena en departamentos donde este fenómeno excede varias veces la problemática nacional. De manera similar, viene impulsando la gestión del conocimiento de las instituciones e incide en la formulación de políticas públicas a través del diseño e implementación de protocolos y guías y haciendo aportes para la construcción de modelos de salud que respondan a las necesidades de las comunidades rurales dispersas, muchas veces pertenecientes a minorías étnicas.

Cada una de estas acciones configura una manera de pensar y actuar que hacen de la salud un factor de desarrollo, siempre con un enfoque diferencial.

Colombia necesita más sinergias, que incluyan la integración de enfoques para abordar diferentes condiciones de salud; la integración de sistemas, conceptos y proveedores de cuidados de la salud y la cultura; y la integración de diferentes enfoques para mejorar la equidad y la salud en el camino hacia el desarrollo. Una labor que no solo articule esfuerzos para mejorar la salud, sino que también contribuya a proteger culturas y a potenciar a las múltiples comunidades y etnias del país —muchas de las cuales se encuentran en riesgo de extinción y están ubicadas en las zonas más apartadas—, debe ser apoyada desde todos los ángulos. Solo así el desarrollo —entendido desde las perspectivas locales— llegará a lugares que por su baja densidad poblacional a menudo son olvidados en los esfuerzos público-privados para promover el bienestar de la población.

He sido profesor y mentor de algunos de los miembros de Sinergias en su paso por la Universidad de Washington y en múltiples proyectos desarrollados con ellos en África y de nuestra experiencia de trabajo conjunto resalto en especial su compromiso con las comunidades y con el fortalecimiento de las capacidades institucionales a nivel local, especialmente las del sector público que son las responsables de garantizar los servicios a las poblaciones más necesitadas. Estoy orgulloso del trabajo que han desarrollado y el impacto que han logrado.

Los invito a que sigamos haciendo sinergias y aunar esfuerzos para hacer de la salud un camino al desarrollo. A seguir construyendo un país multicultural donde la equidad y el respeto por las diferencias mejoren la calidad de vida y brinden bienestar a todas las colombianas y colombianos.

Por: Steve Gloyd

Profesor y Presidente Asociado de Educación y Currículo
Departments of Global Health and Health Services
University of Washington, Seattle, WA

Sinergias
Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

1 CAPÍTULO

Colombia necesita más sinergias

Los mil días dorados

Por: Diego Montoya Chica

El mundo ya entiende lo decisivo que resulta para la vida de los seres humanos recibir atención médica de buena calidad durante las etapas de gestación, parto y desarrollo de los dos primeros años de vida. Sinergias, de la mano de Unicef, se internó en la Colombia profunda para trabajar con las instituciones locales y aportar conocimiento técnico y capacidad gestora en relación con los servicios de salud materna e infantil.

"El Hospital Francisco de Paula Santander, en Santander de Quilichao, ahora dispone de un servicio de vacunación permanente", lo que garantiza que los recién nacidos sean vacunados en sus primeras doce horas de vida. Lo que nos cuenta María Elvira Bernal, referente de infancia y adolescencia de la Secretaría de Salud del Departamento del Cauca, no es poca cosa. Todos los centros de salud donde se atiendan partos deberían ofrecer este servicio puesto que, poniendo solamente un ejemplo, para que los neonatos no sean potenciales portadores del virus de la Hepatitis B –que puede ser mortal–, deben recibir la respectiva vacuna pocas horas después de nacer. "Antes, por decir algo, un niño nacía el sábado, la vacuna se le aplicaba el lunes", recuerda Bernal.

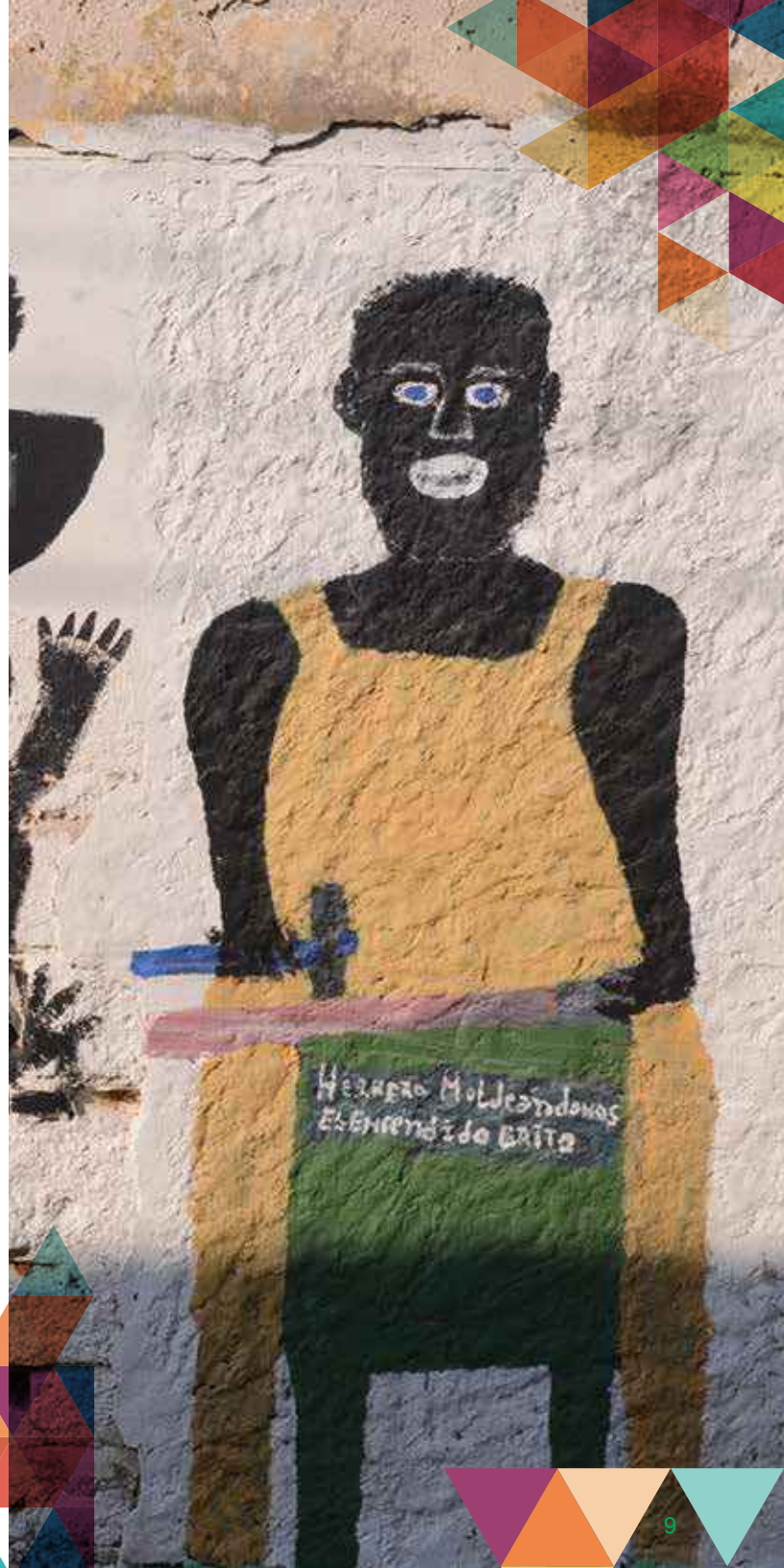
Pero la Hepatitis B es solo una de las mil caras de una problemática que adquiere dimensiones titánicas si se le mira a través del lente de la salud pública: el dilema de la calidad de la atención en salud a madres gestantes y a niñas y niños durante sus primeros mil días de vida. La mejoría de este servicio en Colombia es, precisamente, el propósito de un programa diseñado y ejecutado desde 2011 hasta 2015 por Sinergias en alianza con Unicef, MSD for Mothers y APC Colombia. La iniciativa se puso en práctica en 37 municipios de seis departamentos colombianos: Cauca (con 9 municipios), Bolívar (12), La Guajira (4), Córdoba (8), Putumayo (2) y Chocó (2).

Entre los innumerables frutos de este empeño estuvo la instauración de la oferta de vacunación permanente en el hospital de Santander de Quilichao, de la cual se benefician las decenas de niños que nacen allí cada mes.

¿Los primeros mil días?

La Organización Mundial de la Salud, la ONU, Unicef y demás grandes organismos multilaterales involucrados con el tema médico han identificado a este periodo temprano de la vida de un ser humano como prioritario en términos de cuidados y atención. No es para menos: es en ese momento de nuestra existencia cuando se determina buena parte de nuestro bienestar posterior. Pensemos, por ejemplo, que el 80% de las conexiones neuronales se crea durante esos primeros dos años. Además, los seres humanos no experimentamos un crecimiento tan rápido en ningún otro periodo de nuestra vida.

Aparte de la motivación relacionada con el desarrollo físico de los individuos, en 2011 existían abundantes razones para intervenir, la mayoría de las cuales hoy siguen constituyendo retos magnos. Si bien los entes oficiales y no gubernamentales han aportado esfuerzos importantes, Colombia no ha logrado cumplir los compromisos que adquirió en el año 2000 en el marco de los Objetivos del Milenio, que incluían reducir a niveles específicos la mortalidad materna, la morbimortalidad en menores de cinco años y la transmisión materno infantil del VIH, entre otros indicadores (temas que se amplían en otros artículos de este libro). Adicionalmente, tras hacer un análisis de más de 2.600 historias clínicas reunidas en 23 entidades territoriales entre 2011 y 2012, Sinergias concluyó que solamente el 1% de ellas demostraba la ejecución de todas las acciones establecidas en la Resolución 412 del año 2000 como obligatorias durante el control prenatal.



La estrategia

En 2012, Unicef tenía identificado un grupo de municipios en los cuales eran críticos los problemas relacionados con este tipo de atención, ya fuera porque en aquellos territorios se viviera bajo el influjo de la pobreza o pobreza extrema, por la influencia del conflicto armado interno, por la ausencia de infraestructura y de recurso humano o por la existencia de implacables barreras geográficas. Es importante recalcar, sin embargo, que ver las necesidades y la oportunidad de mejora en cada lugar no es tan obvio ni tan fácil como parece. El criterio social y la medición técnica son indispensables. "Hay casos en que a una madre hay que hacerle un examen médico, pero ella tiene que desplazarse durante horas o días para llegar al hospital", comenta Violeta Chavarro, gestora de proyectos en Sinergias. "Y luego, cuando llega, le mandan la orden para volver al otro día. La mujer no tiene el dinero suficiente para desplazarse y sus capacidades físicas no son las mejores". Ese es un típico caso engañoso a los ojos de la opinión pública: el servicio sí se está prestando, es cierto. No obstante, las condiciones en las que se entrega pueden incluso perjudicar de la salud de la paciente.

Con mapa en mano, Sinergias diseñó entonces un método realista y cuidadoso para entrar en los territorios críticos. Poco a poco y con el músculo gestor que aquello implica, la ONG logró que, en cada municipio, todos los actores interesados en el tema de la salud se involucraran en un diálogo que diera respuesta a las preguntas clave:

¿Qué tan bien o mal se atiende a las madres gestantes o a los niños? ¿Por qué? ¿Qué podría mejorar? ¿Cómo puede contribuir cada cual, desde su orilla, para mejorar el panorama?.

Las respuestas a esas preguntas constituyeron un invaluable semillero de mejoras potenciales específicas. Una de las conclusiones, por ejemplo, fue que los canales de comunicación entre los actores del tema sanitario son insuficientes o inexistentes en muchos municipios. María Elvira Bernal, desde el Cauca, aporta un ejemplo: *"El hospital o la secretaría local puede estar necesitando una ambulancia, pero es la EPS la que la tiene. Antes, no había puntos en común entre esos entes para unir fuerzas. Ahora sí"*.

Identificadas las brechas, se dio inicio a la primera de las tres fases del proyecto, que tuvo lugar desde septiembre de 2012, durante 36 meses. Para comenzar, se diseñó y se puso a andar el primer Plan de Mejoramiento de cada municipio involucrado (10 inicialmente, repartidos en los departamentos de Bolívar, Cauca, Córdoba y La Guajira). Se trata de un documento en el que se consignan metas puntuales y realizables durante los siguientes meses, así como los responsables de cada una de ellas y las fechas estipuladas para su cumplimiento. En otras palabras, una hoja de ruta a la que los municipios pueden hacer un monitoreo autocrtítico y constante. Además, a partir de ese momento se sostuvieron reuniones periódicas de asistencia técnica y capacitaciones cuyo propósito era que el equipo de Sinergias transmitiera a los prestadores del servicio locales conocimientos y herramientas necesarias en dos frentes: el técnico-médico y el relacionado con la gestión de calidad en salud. Más de 500 personas fueron capacitadas durante las sesiones correspondientes a esta primera etapa. Luego, fueron muchas más (ver recuadro de cifras).

La segunda fase, un tanto más corta que la primera (iniciada en septiembre de 2014), se denominó 'de transición' porque implicaba desarrollar nuevos planes de mejoramiento pero, esta vez, con una dimensión departamental. Se le mostraba en detalle a la dirección sanitaria territorial el trabajo realizado durante la primera fase, se le instaba a involucrarse proponiendo nuevos municipios susceptibles de recibir las bondades de la iniciativa y se le empoderaba mediante capacitaciones, acompañamientos, y seguimiento de indicadores para que tomara, poco a poco, las riendas metodológicas del empeño.

Algunas cifras:

943
reuniones de asistencia técnica

A través de estas se han capacitado alrededor de
10.000 personas
de las distintas instituciones de salud de los departamentos priorizados

de ellas, 5.143
han recibido asesoría técnica y entrenamiento en temas de salud materna e infantil (procedimientos médicos)

Y más de 4.700
en temas de gestión de calidad en salud: conceptos básicos de calidad, nuevas guías de control, entre otros

Hasta el 30 de septiembre de 2015 se elaboraron y siguieron 81 planes de mejoramiento, 72 municipales y 9 departamentales

Simultáneamente, el trabajo a nivel municipal continuaba a todo vapor. Tras una evaluación detallada de cumplimiento de los primeros Planes de Mejoramiento, se desarrollaron los segundos con metas nuevas y una que otra preexistente, si esta no se hubiere cumplido a cabalidad durante el primer periodo.

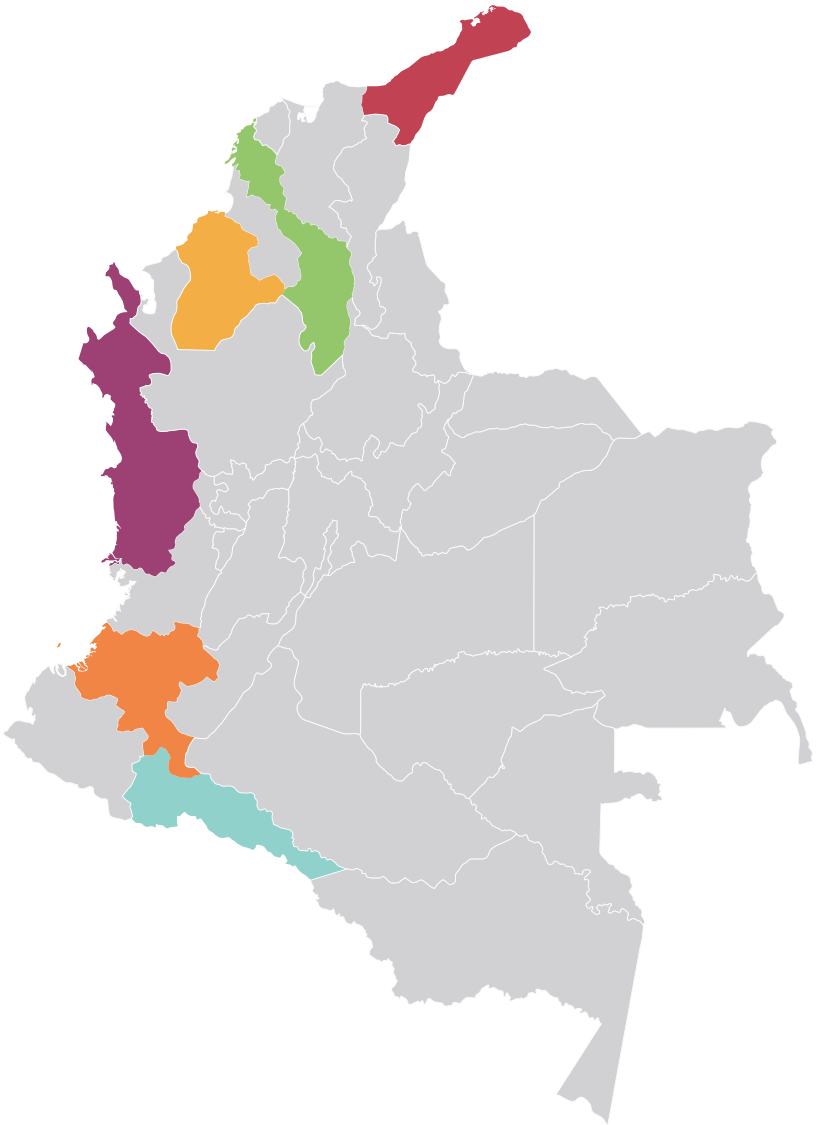
La tercera y última fase, que comenzó simultáneamente con la segunda y que se denominó de 'expansión', implicaba fundamentalmente dos cosas. La primera, elaborar planes de mejoramiento para los municipios recientemente incorporados y otros nuevos para las poblaciones involucradas en fases anteriores. Y la segunda, tal vez de mayor envergadura, asistir a la dirección departamental en su esfuerzo por adherir nuevos territorios a esta iniciativa. Así, se hizo énfasis en lograr un mayor papel protagónico de las direcciones locales de salud con miras a garantizar la sostenibilidad de la iniciativa.

Ciclo de vida del proyecto

Logros de la iniciativa

Sinergias establece que el promedio global de cumplimiento de los Planes pasó de aproximadamente 50% para los primeros a cerca de 80% para los terceros. Estos indicadores son confiables gracias al rigor con el cual está concebida y ejecutada la metodología de seguimiento. Como enfatiza Maria Elvira Bernal, este proyecto ha hecho que se esté aprendiendo a mejorar "la calidad del dato". Se refiere al rigor con el que es concebido el trabajo de registro y análisis de información, que hace parte del ADN de la organización. Gracias tanto a esa obsesión por la precisión como al empeño del recurso humano involucrado, es posible saber –por citar solo un caso–, que en los 10 municipios con los que se comenzó a trabajar en la primera fase, menos de 4 de cada 10 mujeres en control prenatal eran tamizadas para sífilis, VIH y hepatitis B, proporción que subió a 74% (3 de cada 4) gracias al trabajo mancomunado de Sinergias, Unicef y las entidades territoriales. En cuatro municipios este indicador empezó por debajo del 30% y terminó alrededor o por encima del 60% y en otros cuatro alcanzó valores superiores al 85%.

Esta iniciativa logró estimular avances significativos en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para la dupla madre-hijo en los municipios involucrados. Si bien es difícil atribuir la reducción de la mortalidad materna exclusivamente a un proyecto, las estadísticas de los 10 municipios iniciales muestran una mejoría en estas cifras, al pasar de 189,5 a 98,7 muertes materna x 100,000 nacidos vivos entre 2011 y 2013. Asimismo, se pudieron documentar diversos aciertos y problemas en la gestión de la calidad de los servicios de salud de las instituciones participantes, que reflejan en gran medida la realidad de la atención materna e infantil en Colombia.



Los municipios involucrados

BOLÍVAR

1. Mahates
2. Magangué
3. Arjona
4. El Guamo
5. María la Baja
6. San Estanislao
7. Villanueva
8. Turbaco
9. Santa Rosa
10. Distrito de Cartagena
11. Turbana
12. Carmen de Bolívar

CÓRDOBA

13. Puerto Libertador
14. Montelíbano
15. Sahagún
16. Lorica
17. Tierralta
18. Cereté
19. Planeta Rica
20. Ciénaga de Oro

LA GUAJIRA

21. Manaure
22. Dibulla
23. Uribia
24. Maicao

CAUCA

25. Santander de Quilichao
26. Buenos Aires
27. Suárez
28. Puracé
29. Morales
30. Cajibío
31. Silvia
32. Piendamó
33. Totoró

CHOCÓ

34. Istmina
35. Quibdó

PUTUMAYO

36. Orito
37. Puerto Guzmán

*En estos municipios de Putumayo no se dio continuidad al proyecto dada la falta de voluntad de los actores locales para su implementación.

Algunos testimonios

"Sinergias es corazón […] es parquearse bien, hacer el trabajo bien hecho… ayuda constante en el hacer".

Alcira Castro Castro, referente salud sexual y reproductiva, Secretaría Departamental de Bolivar.

"Alcanzamos 90% de cumplimiento del plan, somos referentes y estamos vinculando a nuestros municipios vecinos. Pasamos de tener 50 niños que nacían con bajo peso a sólo 4 niños (…). Ahora tenemos la tranquilidad por el deber cumplido y el impulso para seguir mejorando".

Ruth María López, coordinadora científica del hospital local de Montelíbano, Córdoba.

"Sinergias hace algo diferente para mejorar la situación de salud, fortaleciendo en las instituciones los temas administrativos y los procesos de gestión para mejorar la atención en las gestantes y la relación médico-paciente".

Mayra Vásquez, médica departamento del Cauca.

El reto de la interculturalidad como aliada de la salud pública: Experiencia en el Vaupés

Por: Juan Sebastián Sánchez y Raúl Díaz

Para mejorar el sistema de salud de cientos de comunidades, Sinergias le apostó a la interculturalidad en un proyecto con los pueblos indígenas del Vaupés.

La próxima vez que le digas a alguien que *"parece salido de la selva"* asegúrate de que sea una persona con múltiples saberes sobre diversos temas, como por ejemplo, la salud. La selva del Vaupés, alberga *27 pueblos indígenas, 27 culturas,* distribuidas en más de *200 comunidades* ubicadas en una sola selva: una auténtica reserva de conocimiento para la humanidad en la que Sinergias ha logrado construir mancomunadamente enorme valor para la salud pública.

La historia comenzó en 2012, después de la invitación de la Secretaría de Salud del Vaupés. Partiendo de la preocupación de la institución, Sinergias se comprometió con la meta de poner a dialogar al modelo de salud de la institucionalidad oficial, es decir el del Estado Colombiano, con el del novedoso *Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (Sispi)*, el cual se viene gestando desde 2010 como respuesta de las comunidades indígenas a los vacíos institucionales que las afectan. De esos diálogos surgió un reto inicial: identificar las necesidades sanitarias más apremiantes de esta población. Así arrancó un proceso que desembocó en que muchas comunidades de la zona se interesaran decididamente en la salud pública y en que el Estado reavivara su interés en saldar su deuda histórica con estos grupos, no solo en Vaupés, sino en otros departamentos con condiciones geográficas y sociales similares.

Se trataba de un reto enorme en donde era necesario vencer múltiples prevenciones y obstáculos: a pesar de la naturaleza pluriétnica y multicultural de la Constitución Política de Colombia de 1991, estos ciudadanos y ciudadanas, que han exigido una participación diferenciada en la política nacional bajo la noción de autodesarrollo, se han encontrado con trabas administrativas, burocráticas y culturales en el proceso.

De hecho, a pesar de que la Ley 691 le dio paso a las comunidades indígenas para crear sus propias EPS e IPS con el fin de integrarlas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta ha probado no ser suficiente en regiones específicas como el Vaupés, la Orinoquía, la Amazonía o el Pacífico, entre otras razones por plantear restricciones relacionadas con la cantidad de población necesaria para poder constituir dichas entidades. La exigencia de contar con mínimo *50.000 habitantes* (cuando todo el Vaupés en total tiene *42.817, 62%* de ellos dispersos en área rural) imposibilitó construir una IPS estrictamente indígena y ha obligado a los integrantes de las comunidades a afiliarse a EPS que desconocían sus culturas y saberes.

Aún en este panorama, Sinergias dio un paso adelante para mejorar las cosas: profundizó en la práctica y las interacciones de los agentes de salud con la población y capacitó a auxiliares y promotores de salud de origen étnico indígena quienes, en su calidad de funcionarios del Hospital local de Mitú y de miembros de los asentamientos del área de influencia, se pusieron a la tarea de determinar las insuficiencias del sistema, y lo hicieron, entre otras técnicas, registrando y analizando sus hallazgos en diarios de campo, otorgándoles un papel protagónico en el proceso de investigación y en la construcción del conocimiento propio. Los datos recogidos fueron determinantes, puesto que develaron la cotidianidad de la interacción con individuos y familias, así como el importante papel de los saberes tradicionales en las comunidades.

A partir de estos y otros elementos derivados del trabajo de campo, Sinergias propuso cuatro ejes fundamentales *–cobertura, financiación, prestación y gestión–* para desarrollar un modelo de salud intercultural, de manera participativa con las comunidades, autoridades indígenas, instituciones locales y el Ministerio de Salud. Estos ejes soportaron un diálogo que definió el panorama y las necesidades en términos de acceso, costos, viabilidad, infraestructura, talento humano, insumos y la armonización de los elementos en el sistema, y deben ser tenidos en cuenta tanto por el Sistema General de Salud como por el Sispi para garantizar una prestación de servicios ajustada a las necesidades del territorio.

Los hallazgos hicieron eco a lo largo y ancho del territorio, llamando la atención de diferentes comunidades interesadas en implementar estos procesos de interculturalidad, en busca de evitar uno de los mayores obstáculos en la relación entre las comunidades y el Estado: la imposición de políticas que no incluyen las necesidades reales ni la cosmovisión de los pueblos.

Con miras al futuro

La situación de salud en el departamento del Vaupés es inaceptable (ver infografía) y desafortunadamente este panorama se repite en la mayoría de los territorios dispersos y con población indígena en el país. Es una prioridad que se desarrollen modelos operativos de salud viables, ajustados a las necesidades de estos territorios, y que sean co-construidos con las comunidades para que tengan un verdadero enfoque intercultural. En este sentido, el trabajo realizado por Sinergias brinda elementos claves para lograrlo.

Los frutos de esta experiencia se han presentado en diferentes escenarios y han provocado reacciones positivas, no solamente por parte de la comunidad, sino también por parte del Estado. Por ejemplo, algunos de los procesos interculturales desarrollados por la organización en el departamento se han tenido en cuenta para el desarrollo del modelo diferencial que construye el Ministerio de Salud en la actual política de atención integral en salud para las zonas rurales dispersas.

Sinergias considera que el diálogo intercultural también es un paso esencial para el posconflicto, es la puerta a la construcción de paz y la oportunidad para enriquecer las relaciones entre individuos, familias, colectivos y pueblos. Como sociedad, el reto reside en que ciudadanos y ciudadanas establezcan un diálogo en igualdad de condiciones donde la planeación e implementación de soluciones reflejen la inclusión de posturas diferentes: entender que los principales problemas de salud pública deben ser enfrentados desde la diversidad.

Así es la situación de salud en Vaupés

Indicador	Vaupés	Nacional
Esperanza de vida al nacer (departamentos de la Amazonía)	70,1	75,2
Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas	57,8	27,8
Tasa de mortalidad por afecciones del periodo perinatal por 1000 nacidos vivos	17,7	7,5
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	35,1	14,8
Tasa de mortalidad en población de 5 a 14 años por 100.000	64,9	27,9
Mortalidad materna	58,6	75,6
Cobertura vacuna DPT	75,2	92,2
Incidencia de tosferína por 100.000 habitantes	65,7	0,95
Cobertura vacuna triple viral	68,9	95,2
Incidencia de sarampión por 100.000 habitantes	9,7	1,1
Tuberculosis, todas las formas por 100.000 habitantes	68,1	24,3
Tasa de suicidio por 100.000 habitantes	48,2	5

Epidemia de cuerdas:
Dolencia silenciosa de los pueblos indígenas de Colombia

Por: Carolina Gutiérrez Torres

Las altas tasas de suicidio en las comunidades indígenas colombianas constituyen un fenómeno tan angustiante como poco visible. En 2012, Sinergias encontró en el Vaupés que las cifras oficiales estaban muy lejos de la realidad. Estos hallazgos ayudaron a crear un plan de atención para estas comunidades que será implementado por el Gobierno.

En el Vaupés, la idea del suicidio ronda insistente, acechante, a la comunidad indígena; incluso en los sueños. En una reunión de Sinergias se escucha el testimonio de Gregorio, ex capitán de una comunidad aledaña a Mitú, narrando la historia de un joven que acudió a él atormentado por una pesadilla recurrente: algo o alguien trataba de ahorcarlo. El muchacho aseguraba que, incluso en una ocasión, uno de sus amigos que se había suicidado meses atrás, se le apareció e intentó llevárselo. Una de las mujeres presentes en el taller dice que piensa en la muerte "porque está aburrida", y otro de sus compañeros señala que "como muchas veces no encontramos una solución a nuestros problemas pensamos en quitarnos la vida". Se trata de un drama que ha estado escondido durante mucho tiempo tras el subregistro de las cifras y la ausencia del Estado. Su real magnitud aún no termina de conocerse.

Sinergias llegó a ese pedazo de la Amazonía colombiana en 2012, con un proyecto para mejorar el acceso a servicios de salud materno-infantil, en asocio con la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional y el Ministerio de Salud. El trabajo de campo y las entrevistas con los líderes les revelaron rápidamente a los investigadores que, además de la salud de las mujeres y los niños, había una preocupación más profunda en la comunidad: sus jóvenes se estaban suicidando y nadie entendía qué había detrás de esa situación.

"El suicido es algo que ellos desconocían –explica Pablo Martínez Silva, coordinador de atención primaria en salud de Sinergias–. No aparecía en su conocimiento ancestral. Ellos no tienen una categorización para la gente que se autoinflige. Rápidamente lo relacionaron con lo foráneo. 'Eso no es de nosotros, nos lo trajeron blancos, no lo entendemos; simplemente sabemos que nuestros jóvenes se están muriendo', repetían".

Los jóvenes se estaban suicidando y la mayoría de los casos no eran reportados a las autoridades de salud ni judiciales. Las familias enterraban a sus muertos en sus propias casas sin decir nada, como ha sido siempre: no existen ceremonias ni trámites para la muerte en muchos de los pueblos indígenas del Vaupés. Pero desde 2010, los casos de hombres y mujeres –sobre todo hombres jóvenes– que aparecían ahorcados con las mismas cuerdas con las que suspendían sus hamacas o chinchorros para dormir, empezaron a ser más recurrentes. Ya había motivos para preocuparse.

En los datos oficiales sobre la violencia en Colombia, recogidos en el informe Forensis que entrega cada año Medicina Legal, se señala que entre 2012 y 2014 se registraron 42 suicidios en grupos étnicos (los informes anteriores no hacían distinciones raciales). Los datos recogidos por Sinergias están muy por encima de esa aproximación: sólo en Córdoba, entre 2011 y 2013, se encontraron 44 casos en pueblos indígenas; en el mismo período en Chocó se presentaron 54 y en Vaupés, 57. La asfixia mecánica es el método más repetitivo

entre los suicidas en Colombia. Según este informe, de los 1.878 casos que se presentaron en 2014, el 56% de las personas utilizó "generadores de asfixia" para acabar con sus vidas. La mayoría de los indígenas hacen lo mismo. Con una diferencia "no se cuelgan y se lanzan de una silla; se cuelgan a la altura de ellos y se dejan caer de rodillas. Lo hacen de una manera en la que es muy evidente la voluntad", explica Martínez.

De acuerdo con Nubia Esperanza Bautista, coordinadora del grupo de salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social, existen dificultades en el funcionamiento del sistema de registro en las zonas dispersas "no siempre las muertes son reportadas y no siempre es permitida la necropsia ya que el manejo de los cadáveres es de su total autonomía". Entre la escasa información existente, se encuentra un registro de los intentos de suicidio que también parecería quedarse corto; según el Sistema Integrado de Información para la Salud y la Protección (SISPRO), en 2010 se presentaron apenas 10 casos y en 2013, 29. Las zonas más afectadas son Cauca y Nariño. Luego están Caquetá, Córdoba, Huila y Putumayo.

Empezar a entender

"Me encontraba tomando chicha, y la verdad pasó como siempre. Hubo una serie de reclamos por parte de las personas que me rodean. Mi mamá y mi mujer pelearon, porque ella cuando toma también se pone agresiva. Yo estaba ahí y ambas me reclamaban. Yo cuando me vi tenía la cuerda en el cuello, me vi colgando, y tome consciencia cuando me cortaban la cuerda. No recuerdo nada más". Este es el testimonio de un indígena siriano que ha tenido por lo menos cuatro intentos de suicidio. En su narración hay dos elementos que son recurrentes en las historias suicidas de esta comunidad: el licor y las mujeres.

El alcohol los desinhibe, los provoca, los empuja. Refuerza su creencia de que sus problemas están originados por la maldad, de que la única salida es la muerte. "En los sistemas tradicionales de la Amazonía, cuando aparece un problema hay dos explicaciones: la primera es que hay una persona que le está haciendo a usted la maldad, principalmente por envidia. Y la otra razón es la maldición: un castigo que llega porque usted hizo algo malo, porque rompió las reglas. Con el alcohol se hace más relevante la explicación de la maldad, se entra más en ese juego. La mayor parte de los suicidios son explicados por el alcohol y la maldad", dice Martínez.

A esa primera conclusión llegaron después de un trabajo largo con las comunidades. Durante un año –todo 2013– Sinergias, en convenio con el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se puso a la tarea de desentrañar el mapa del suicidio en los pueblos indígenas del Vaupés.

“Era imposible utilizar la medicina occidental para establecer si, el problema que hacía años había llegado a la comunidad, tenía una explicación psiquiátrica”

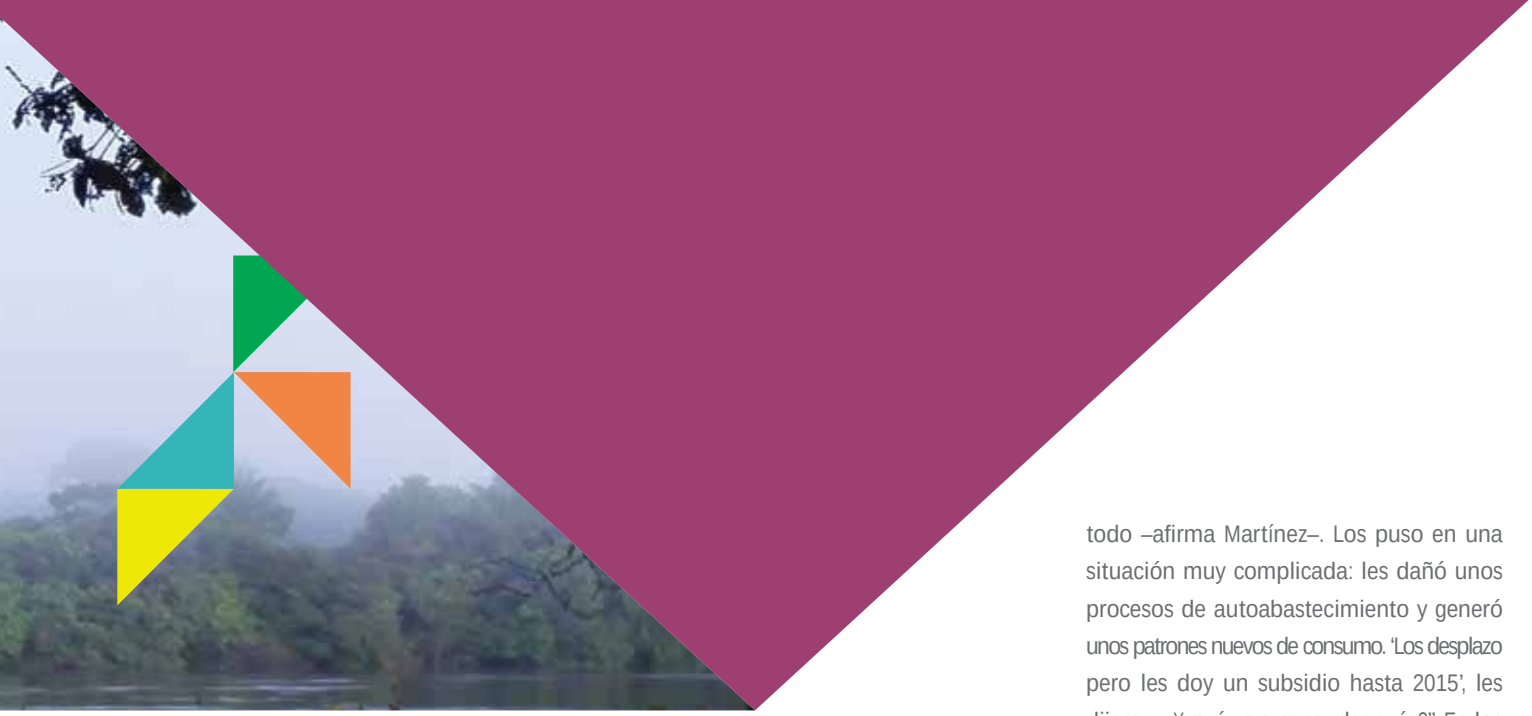
La salud para los indígenas no es algo individual, es algo colectivo. “Los elementos que tenemos nosotros para entender lo mental no captan la idea que ellos tienen, por eso decidimos que había que definir un sistema especial: implementamos metodologías participativas para trabajar con la comunidad, tomamos ideas de autores de la psiquiatría cultural, y desarrollamos un modelo explicativo para comprender cómo ven ellos el suicidio” –explica Martínez–.

Exógenos

Los blancos llegaron a sus territorios a extraer sus recursos naturales, a trabajar en la construcción de hidroeléctricas o en grandes proyectos de infraestructura. Y, además, de su suelo, sus minerales y sus tierras, se están quedando con las mujeres de la región. “Empieza a quedarse una generación de jóvenes sin mujeres. En la cultura indígena el paso de la niñez a la adultez lo marca tener una mujer: si usted no tiene una, no llega a ser auténticamente indígena. Comienza entonces la crisis, aparece la relación de la maldición y la maldad, y empiezan a romperse todos los patrones”, sostiene Martínez.

Este último también asegura que lo primero que provocó la llegada de las empresas y sus proyectos fue la división del pueblo: sólo unos estaban de acuerdo con su presencia. Luego, cuando se percataron de las reales desventajas de la explotación de los recursos sagrados, algunos concluyeron que sus jóvenes se estaban suicidando como una “venganza de los seres de la naturaleza”. La presencia de los nuevos colonos obligó a muchos a desplazarse y a muchos más a cambiar su actividad productiva y sus costumbres. Así lo explica Nubia Esperanza Bautista, quien además se desempeña como médico psiquiatra de la subdirección de enfermedades no transmisibles del Minsalud: “Se dio un fenómeno de aculturación, llegaban a lugares donde no se reconocían y no eran aceptados. Se empezó a propagar un pesimismo por todas estas transformaciones socioeconómicas, y esto va transmitiéndose generacionalmente y de un grupo social a otro”.

A pesar de que en América Latina los índices de suicidio son uno de los menores por continente, la población indígena lidera las tasas entre los diferentes grupos poblacionales. Un estudio de las Naciones Unidas del año 2009 ubica el suicidio de los jóvenes indígenas en un contexto de discriminación, marginación, colonización traumática y perdida de las tradicionales formas de vida.



En la radiografía que armó Sinergias apareció otra problemática muy profunda: el desarraigo de los más jóvenes –que crecieron y fueron educados en internados católicos– hacia su territorio y sus propias familias. "Los fuertes procesos de evangelización y de introducción de las costumbres occidentales los fue alejando de sus tradiciones", señala Adelia Prada, quien ha trabajado por más de 20 años en el departamento. Igualmente, "a pesar de que la llegada de los internados a estas comunidades ha sido vista como una oportunidad de alfabetización, no se ha considerado el peso cultural que tiene estar tantos años bajo unas creencias occidentales. Terminan no siendo ni de un lugar ni del otro, y ahí nace la desesperanza" afirma Bautista. "Cuando acaban sus estudios es muy difícil para ellos encontrar un lugar: por un lado, desaprendieron sus tradiciones y por otro no tienen la posibilidad de continuar con la educación occidental", agrega.

La elaboración del mapa del suicidio indígena llevó a Sinergias también a Córdoba y al Chocó. En el pueblo Emberá de Córdoba aparecieron las mujeres como las principales víctimas del suicidio y los megaproyectos como una de las amenazas más fuertes. "En Tierralta, la reubicación de pueblos indígenas por la construcción de la represa de Urrá fragmentó todo –afirma Martínez–. Los puso en una situación muy complicada: les dañó unos procesos de autoabastecimiento y generó unos patrones nuevos de consumo. 'Los desplazo pero les doy un subsidio hasta 2015', les dijeron. ¿Y qué va a pasar después?". En los Emberá del Chocó se destaca otro enemigo: el conflicto armado que "los ha confinado a territorios muy pequeños y ha generado toda clase de problemas. Continuamente les toca desplazarse. Los paramilitares y las Bacrim consideran como una amenaza a los jaibanás (que son los líderes espirituales que mantienen el orden de la comunidad) y han empezado a matarlos".

Las conclusiones de todo ese trabajo minucioso terminaron recogidas en un informe, en el que además se presenta una propuesta para la atención en salud mental, con énfasis en conductas suicidas, para estos pueblos. El Ministerio de Salud ya tiene en sus manos esta propuesta y, según Nubia Esperanza Bautista, representante del Ministerio, el paso siguiente es entrar a concertar con las comunidades. "Cada una tiene unas particularidades de gobierno, sociales, económicas… es una tarea muy exigente".

Las comunidades, por su parte, se comprometen a buscar espacios para compartir en familia y dedicar más tiempo para escuchar las inquietudes y los pensamientos de sus hijos. Asimismo, resaltan la necesidad de que el Gobierno los apoye en la búsqueda de soluciones para mejorar la situación. Ojalá esta solicitud, al igual que los avances aquí señalados no se queden archivados en los anaqueles de una institución.

Algunas cifras:

Según la Organización Mundial de la Salud -OMS-, cada año se suicidan cerca de **un millón** de personas en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada **100.000 habitantes** (o una muerte cada **40** segundos).

En los últimos **45 años** las tasas de suicidio **han aumentado** en un **60%** a nivel mundial.

El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de **15 a 44 años** y la segunda causa en el grupo de **10 a 24 años**. Estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta **20 veces** más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Hay una tendencia nacional estacionaria en comparación con la **tendencia creciente en los pueblos indígenas.**

En Colombia el promedio general es de **4,33** por cada **100.000 habitantes** y en las comunidades indígenas de **32** por cada **100.000 habitantes.**

Por cada caso de suicidio en Colombia hay **8 casos** en el **Vaupés.**

Entre **2008 y 2012** en **Vaupés**, solo a la **mitad de los casos asociados** a suicidio se les había garantizado el diligenciamiento del certificado de defunción.

Las manos que nos traen al mundo

Por: Mónica Diago

La tradición prevalece sobre la institución en muchas zonas rurales colombianas. Las mujeres indígenas y afro descendientes prefieren dar a luz asistidas por parteras con conocimientos ancestrales, heredados de generaciones previas. El sistema de salud oficial, sin embargo, no reconoce su existencia como proveedoras primarias de un servicio vital.

Pacha Pasmo tiene anotada una cifra precisa: 7.424 niños han nacido en su casa. Hace 28 años se desempeña como partera en el Chocó, específicamente en el municipio de Istmina, donde ha adecuado su casa –un nicho, como allí lo denominan– con tres camas para atender a las mujeres de su región. El oficio lo heredó de su abuela y su suegro, aunque afirma que sin la presencia de una vocación profunda no podría desarrollar esa labor.

"No quiero que la partería se acabe. Quiero enseñársela a la juventud porque, si no, se va muriendo todo lo que hemos aprendido", afirma.

Pacha todavía recuerda el consejo más valioso que le dio su abuela: "lo más importante es estar pendiente de la paciente, ayudarla, no decir nada que la pueda herir. Cuando tienen mucho dolor yo les digo que eso se les olvida cuando el niño nazca, así que tranquilas", sostiene. El trato humano, atento y cordial con que Pacha aborda a cada una de las mujeres que acuden a ella para tener sus hijos es el factor determinante para que las indígenas y afrodescendientes de su región la busquen antes que acudir a un centro de salud. Esto no ocurre solo con ella: "las quejas más frecuentes de las pacientes acerca del sistema oficial de atención están relacionadas con la deshumanización de los servicios", afirma Ana Judith Blanco, coordinadora del área de salud pública de Sinergias. Es común que, cuando las parteras reconocen algún problema que no pueden solucionar durante la gestación o el parto y remiten a las mujeres a los hospitales y centros de salud, estas lleguen en condiciones críticas y por este motivo tanto parteras como pacientes reciben reprendas del personal.

Según el estudio "Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad

perinatal del municipio de Quinchía, Colombia", de Hincapié Valencia, las parteras tradicionales atienden cerca de 30% de los partos que se presentan en las zonas urbanas marginadas y rurales de Colombia; sin embargo, de acuerdo con información brindada por la población y por las mismas instituciones de salud, este porcentaje puede llegar hasta un 60% o más en algunas regiones del país, como es el caso de la región del Pacífico.

No obstante la inmensa utilidad que suponen las parteras para las áreas marginales, no hay legislación que vele por sus derechos ni que regule su actividad. Un único intento tuvo lugar a través de un proyecto de ley presentando en el Congreso de la República –Ley 19 de 2009–, que no solamente reconocía y normativizaba el oficio sino que también le confería a esas mujeres el estatus de proveedores primarios de servicios de salud. Además, hacía mandatorio tanto su registro como su capacitación. Este proyecto de ley, sin embargo, no fue aprobado.

Consciente de esta problemática, Sinergias, en colaboración con la Fundación Panamericana para el Desarrollo (FUPAD), elaboró una propuesta de capacitación para parteras tradicionales del departamento de Chocó, dado que es uno de los territorios con menores cifras de parto institucional y con mayores déficits de calidad en los servicios de atención prenatal y parto. Se pretendía entonces desarrollar herramientas para fortalecer las capacidades de quienes se dedican a esta labor, a través de dos componentes: por un lado, un estudio exploratorio que revelaría las condiciones en las que se desarrolla el oficio, las falencias, necesidades y retos identificados. Y por el otro, un ejercicio de validación de una propuesta para capacitar a hombres y mujeres de dos grupos étnicos diferentes que ejercen la partería y así garantizar su utilidad para mejorar las prácticas empleadas en sus funciones.

"Primero tuvimos que entender cuál era ese conocimiento que tenían las comunidades, y, a partir de este, identificar áreas en las que requerían apoyo", cuenta Ana Judith Blanco. "El propósito fue el de construir una propuesta de capacitación, ajustada a las necesidades de las parteras, entendiendo que muchas de ellas tenían una vasta experiencia pero también dudas que querían resolver y niveles de educación disímiles. Con esto en mente, hicimos grupos focales por etnia, y también hablamos con actores institucionales, con el fin de entender la mejor manera de articular estas dos visiones", sostiene. Este primer acercamiento dejó ver, entre otras cosas, el legado heredado a través de diferentes generaciones de hombres y mujeres capacitados en este oficio. Las parteras acompañaron a sus abuelas, madres, tías o madrinas en el ejercicio de atender partos hasta que tuvieron la experiencia suficiente para liderar la atención ellas mismas, algunas veces en compañía de nuevas aprendices. Pacha, por ejemplo, asistió a varios de los partos de su abuela, hasta convertirse en una de las más experimentadas de la zona. En la actualidad, recibe hasta tres nacimientos diarios en compañía de Arnolfa, una indígena a la que entrenó para tener un apoyo en su trabajo. Esta última es una de las cuatro hijas no biológicas que Pacha ha acogido. "Algunas mujeres a las que ayudo quieren regalar los hijos cuando han parido. Entonces yo les digo que me los regalen, que yo los puedo criar".

Lo que se encontró

La labor de las parteras empieza desde la identificación del embarazo. Prestan a las madres soporte físico y emocional durante todo el periodo de gestación y les administran medicamentos naturales o tradicionales –ver recuadro– o simplemente las escuchan y las aconsejan basadas en su amplia experiencia.

Contrario a lo que sucede en una institución oficial de salud, donde se le obliga a la mujer que está dando a luz a permanecer en una posición horizontal –y donde incluso se le reprime por intentar adoptar otras posturas–, en el nicho de Pacha las mujeres se pueden acomodar en una posición más amable. Allí, se les permite acurrucarse o ponerse de rodillas, agarrarse de un lazo, viga o bejuco, estar en posición vertical. La paciente que lo desee puede acostarse o intercambiar posiciones según le sea más cómodo.

Hay que ver la sabiduría y la delicadeza con que abordan, por ejemplo, los dolores del parto: para aliviarlos, realizan masajes cuidadosos, promueven caminatas cortas y pronuncian palabras tranquilizadoras.

Dentro de las falencias que se encontraron en los procedimientos efectuados por las parteras está, por ejemplo la ausencia de insumos y dotación –en algunos casos, por ejemplo, no cuentan con utensilios siquiera para el pinzamiento del cordón umbilical–. La falta de medicamentos es otra cara de esa misma moneda: "a veces, las personas no tienen cómo conseguir cosas esenciales como la oxitocina. Y como solo la venden con fórmula médica, entonces es más difícil. Además acá es muy cara", comenta Pacha.

Por otra parte, la comunicación entre las parteras y el personal de salud es muy débil. Aunque algunas de ellas involucran a la enfermera de la comunidad desde el inicio de la atención o incluso acompañan a la gestante al centro de salud cuando identifican factores de riesgo, otras sostienen continuos enfrentamientos con el personal institucional. Es común que este último exprese desacuerdos con el conocimiento popular y que por eso atribuya a su práctica las altas cifras de morbimortalidad materna y neonatal en Chocó.

La Secretaría de Salud Departamental sostiene que desde la década de los 80 se incluía la capacitación de parteras tradicionales en los Planes Operativos Anuales de inversión en salud pública. Uno de los objetivos primordiales de estas acciones educativas era mejorar la calidad de la atención en el parto, especialmente en aspectos relacionados con los hábitos de limpieza. La formación también involucraba a enfermeras del puesto de salud para que la atención fuera articulada y, así, se minimizaran los riesgos durante cada procedimiento. No obstante, este trabajo no tuvo continuidad y durante los últimos años la posición del Ministerio de Salud ha sido contraria a la capacitación de este personal.

Tras conocer el panorama descrito, el equipo de Sinergias realizó un piloto de capacitación en el Municipio del Medio Atrato, Corregimiento de Pune al que asistieron 48 parteras del Litoral de San Juan, Istmina, Tadó y Yuto, pertenecientes a las comunidades afrocolombianas y de los pueblos indígenas Emberá y Wouanaan. La sesión se compuso de charlas, discusiones grupales, juegos de rol, análisis de casos e incluso prácticas con el modelo 'mamá Natalie', muñeco simulador de parto. Uno de los resultados más valiosos de la experiencia es una cartilla o guía práctica para parteros y parteras con ilustraciones e indicaciones de suma utilidad. El material es fundamentalmente didáctico y aborda temas clave que tienen que ver con la anatomía de la mujer gestante, con el procedimiento de asistencia a los nacimientos y con el periodo posparto. "Algo tan sencillo como la medición de los signos vitales o la frecuencia respiratoria son conceptos que muchos parteros no manejan y que son claves a la hora de identificar algún riesgo. Por esto fue uno de los primeros temas abordados", afirma Blanco. Mujeres como Pacha Pasmo identifican en la cartilla una guía para trasmitir los conocimientos a nuevos aprendices.

Temas abordados en la guía práctica para parteros y parteras

	Tema	Contenido
1	Papel partería en comunidad Chocó	• Funciones de la partera en la comunidad: consejería, identificación de riesgos, canalización a servicios de salud, atención de parto y recién nacido, remisión oportuna en caso de complicaciones, remisión del recién nacido a registro y vacunas si es atendido en casa. • Interacciones con los servicios de salud. • Ruta de manejo de la gestante. • Historia ejemplarizante.
2	Factores de riesgo en la gestante	• Factores de riesgo en el embarazo.
3	Trabajo de parto normal	• Reconocimiento anatomía del aparato reproductor de la mujer. • Descripción de parto normal (3 periodos). • Parto limpio.
4	Alteraciones del trabajo de parto	• Presentaciones anormales. • Parto obstruido. • Manejo del parto en pelvis.
5	Evaluación y manejo del recién nacido	• Pinzamiento oportuno del cordón umbilical. • Profilaxis ocular. • Reconocimiento de inadecuada adaptación neonatal. • Remisión del recién nacido a vacunación y registro.
6	Hemorragia post-parto	• Cuidados de la puérpera y vigilancia inicial. • Reconocimiento de la hemorragia y manejo inicial.
7	Preeclampsia	• Reconocimiento de los signos de preeclampsia y eclampsia.
8	Sepsis	• Reconocimiento de signos de sepsis y las causas más comunes: endometritis y mastitis.

Los retos en el camino

Una de las conclusiones de la experiencia es que el trabajo con estas comunidades debe tener mayor continuidad, visibilidad y apoyo del Estado. Como afirma Blanco, "en la medida en que el sistema de salud las reconozca y entienda que son agentes claves para la salud de las mujeres colombianas, podrá haber cambios significativos en esta materia. Debemos aspirar a una regulación que garantice un parto limpio y sin riesgos. Hay que tratar de sensibilizar a los actores de salud y abordar esta realidad, en lugar de deslegitimarla". En las gráficas de ésta y la siguiente página se resaltan aspectos críticos de los informes internacionales sobre el estado de la partería en el mundo. En el primero, se destacan recomendaciones para los gobiernos y en el segundo, mensajes clave sobre la importancia y efectos de la partería. Es importante tener en cuenta que muchos de los países que han reducido considerablemente sus tasas de mortalidad materna han dado un papel relevante a la partería, profesionalizando esta labor y aclarando sus competencias dentro del sistema de salud; de esta manera se ha garantizado que las gestantes sean acompañadas por personal debidamente entrenado. Colombia debe construir sobre estas experiencias con el fin de mejorar la salud materna y neonatal especialmente de las zonas rurales dispersas, donde los cuidados tradicionales aún son la única opción.

Recomendaciones para los gobiernos

El estado de las parteras en el mundo 2011. Cuidar la salud, salvar vidas, coordinado por Unfpa, OMS, International Confederation of Midwives en el 2014 a 73 países de los 75 países de bajos ingresos y de medianos ingresos.

1. Reconocer la partería como profesión distinta y de importancia medular para la provisión de servicios de salud materna y neonatal.
2. Promover la partería como carrera y establecer condiciones de servicio apropiadas.
3. Posibilitar que los órganos nacionales encargados de la reglamentación se ajusten a las competencias esenciales establecidas por la ICM y dar publicidad a los programas de educación en partería.
4. Incluir la partería y las parteras en los planes de salud materna y neonatal, con cálculo de costos, y armonizar los recursos humanos para los planes de salud.
5. Aumentar la disponibilidad y la distribución de establecimientos que ofrezcan atención obstétrica y neonatal de urgencia y efectuar inversiones en salas de maternidad conducidas por parteras, y en mecanismos de remisión de pacientes y de comunicación.
6. Asegurar que existan competencias, instrumentos y procedimientos para la gestión apropiada de los recursos humanos.
7. Efectuar inversiones en la recopilación activa de datos y el seguimiento del personal que practica la partería o atiende la salud materna y neonatal.
8. Crear altos puestos de partería a nivel político y nacional e involucrar parteras en las decisiones pertinentes de política, la planificación y ejecución de programas y su seguimiento y evaluación.

Mensajes principales del informe

“El estado de las parteras en el mundo 2014.

Hacia el acceso universal a la salud”.

01

Los países luchan por ampliar y prestar servicios de partería equitativos, pero los datos integrales, desglosados, para poder determinar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del personal en partería no están disponibles.

02

Las parteras que cuentan con la educación y la reglamentación adecuadas conforme a las normas internacionales pueden proporcionar el 87% de los servicios esenciales de atención requeridos por mujeres y recién nacidos.

03

La legislación, reglamentación y licencias de partería permiten a las parteras prestar la atención de alta calidad para la cual han sido formadas y así proteger la salud de la mujer. La atención de partería de alta calidad para mujeres y recién nacidos salva vidas y contribuye a fomentar familias saludables y comunidades más productivas.

04

Invertir en la partería es una opción óptima:

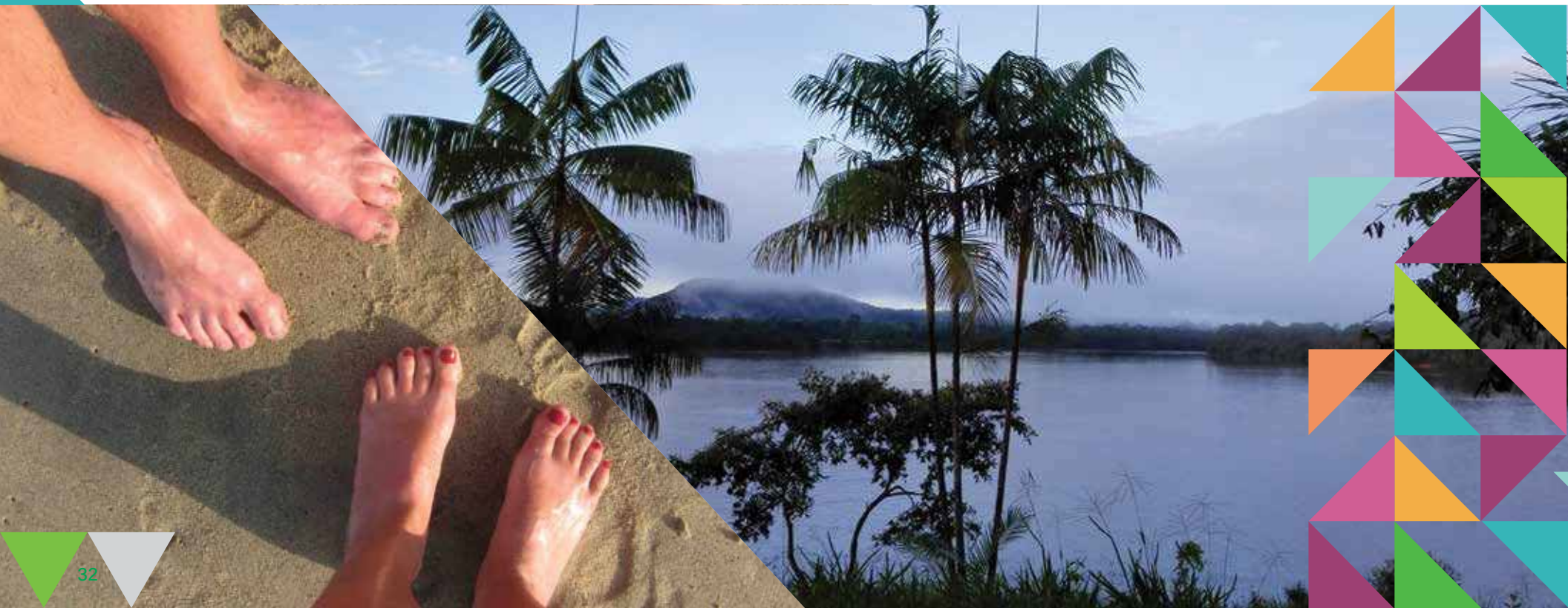
Invertir en educar más parteras que sean después empleadas para prestar servicios en la comunidad podría generar una rentabilidad de tamaño 16 veces mayor a la inversión realizada, en términos de vidas salvadas y ahorro en cesáreas evitadas, y es una opción óptima en la atención primaria de salud.

Invertir en parteras libera a los médicos, enfermeras y otros cuadros de profesionales para que se centren en otras necesidades de salud. Esto contribuye a alcanzar la cobertura universal, generando un círculo virtuoso al reducir infecciones y eliminar las muertes maternas y neonatales evitables.

Hacia una nueva vida libre de VIH

Por: Camila Pinzón

Ya existe tanto el conocimiento como las herramientas necesarias para eliminar la transmisión del VIH de las madres gestantes a sus bebés. No obstante, los niveles de transmisión no se han reducido lo suficiente. ¿Por qué?



Para muchos, la primera incógnita es la siguiente: ¿una mujer gestante con VIH le puede transmitir la enfermedad a su hijo? La respuesta es afirmativa. El bebé puede contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana ya sea durante la gestación, el parto o el periodo de lactancia. Entonces, viene la segunda pregunta: ¿se puede evitar que el virus se transmita?

Por fortuna, la respuesta también es positiva. Hace pocos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirmó la posibilidad de eliminar por completo la transmisión del virus del VIH de madre a hijo/a. Esta es una gran noticia para el mundo, pues constituye uno de los mayores logros posibles en la salud pública y un paso grande hacia una población libre de epidemias. Cuba, por citar un ejemplo, es hoy uno de los pocos países con cero casos de transmisión materno infantil (TMI).

Cada año, 1.4 millones de mujeres con VIH quedan embarazadas en el mundo. El riesgo de que sus hijos sean VIH positivo es de 15% a 45% si no reciben el tratamiento adecuado para evitarlo, pero se reduce a 1% si la mujer en efecto accede a la atención apropiada durante el embarazo, el parto y el postparto (ver recuadro Los cinco pasos).

Sin embargo, la realidad no es tan alentadora como promete la investigación médica: únicamente el 57% de estas madres tiene acceso a los tratamientos y medicamentos necesarios, por lo que todavía el número de casos de niños/as que nacen con VIH es un problema mayor de salud pública en todo el mundo.

Para 2015, la meta mundial a la que se buscaba llegar era de menos de 40.000 niños/as infectados por año. Desde 2009, el número de casos de TMI ha ido disminuyendo: pasaron de ser 400.000 niños infectados en 2009 a 240.000 en 2013. Una reducción significante, fruto de invaluables esfuerzos. Sin embargo, el camino por recorrer aún es largo.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del año 2000, Colombia se comprometió a lograr para 2015 que la transmisión materno infantil del VIH fuera de 2% o menos. La meta podría haber sido factible, si se hubieran implementado la atención oportuna y detección temprana, un adecuado control prenatal, el tratamiento durante el embarazo, las condiciones especiales de atención a un parto con riesgo de trasmisión y los cuidados requeridos en los primeros meses del recién nacido. Todas estas medidas están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), por lo que bastaría con ponerlas en marcha responsablemente. No obstante, varias metas quedaron rezagadas, especialmente el ODM 6. Aunque la transmisión materno infantil pasó de casi 6 casos por 100 embarazadas con el virus en 2008 a 4.6, aún duplica la meta que era 2%.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha liderado la construcción de herramientas de direccionamiento y de apoyo a la gestión, así como también ha impulsado la elaboración de una estrategia nacional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Esta estrategia está siendo desarrollada desde 2010 por Sinergias y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en una alianza que busca, fundamentalmente, fortalecer los procesos de seguimiento, monitoreo, evaluación y generación de evidencia para contrarrestar este mal.

"La idea es que se haga todo un proceso de trabajo desde el Gobierno Nacional, junto con las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)", declara Rosalina Sánchez, asesora técnica de salud sexual y reproductiva de Sinergias. "También es necesario que la sociedad se apodere de este proceso, al igual que la mujer y su entorno familiar", afirma Sánchez.

En primera instancia, la organización buscó a 2.344 niños/as expuestos al VIH entre 2003 y 2009 de quienes no había seguimiento alguno, por lo cual se desconocía su situación virológica. Se revisaron 2.651 historias clínicas para estudiar la calidad de los controles prenatales, y se cubrieron 305 municipios, 22 departamentos, 5 corregimientos y 4 distritos. Adicionalmente, se capacitó y entrenó a varios profesionales de la salud.

FASE 1

Año: junio - noviembre de 2010.

Departamentos (7): Antioquia, Atlántico, Bolívar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Valle del Cauca.

Distritos (3): Barranquilla, Santa Marta y Cartagena.

Se escogieron por: tener el mayor número de casos (52%) con niños/as expuestos al VIH sin seguimiento.

Logros: se cerró el 75% de los casos. Se incrementó de 30% a 70% los casos con información completa de seguimiento.

FASE 2

Año: marzo de 2011 - mayo 2012.

Departamentos (20): Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Cauca, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Risaralda, Santander, Valle del Cauca y Vaupés.

Distritos (3): Barranquilla, Santa Marta y Cartagena.

Se escogieron por:

1). Tener el mayor número de casos de mujeres y niños/as sin seguimiento.

2). Eran silenciosos en notificación de casos de VIH en mujeres y manejaban mayores índices de vulnerabilidad.

Logros: se cerró 88% de los casos. Se incrementó de 56% al 95% los casos con información completa de seguimiento.

FASE 3

Año: septiembre 2012 - febrero 2013.

Departamentos (6): Risaralda, Valle del Cauca, Tolima, Cesar, Magdalena y Córdoba.

Distritos (3): Bogotá y Santa Marta.

Logros: se cerró el 95% de los casos.

Los hallazgos: El trabajo de campo también ayudó a identificar las barreras de acceso a la atención adecuada, entre las que se destacan las siguientes:

- Las mujeres con VIH no están accediendo oportunamente a los servicios de atención integral para el cuidado y tratamiento de su enfermedad.
- Se está incumpliendo la norma técnica, el acceso y la utilización de los servicios; no a todas la mujeres se les practica la prueba del VIH.
- La formación de los profesionales de la salud es insuficiente para brindar asesoría a las mujeres.
- Hay desarticulación al interior y entre las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Las mujeres no están acudiendo a los controles por varias razones:

  Económicas: las madres gestantes no pueden pagar por el transporte hasta los puntos de atención.

  Geográficas: las enormes distancias que deben recorrer y el escaso medio de transporte complican la asistencia al centro de salud. Muchas veces este último se encuentra a cientos de kilómetros del lugar donde viven y el trayecto es a pie, en bus o en lanchas.

  Socioculturales: el desconocimiento de la utilización de los servicios le impide a las gestantes hacer uso de sus derechos públicos, y las condiciones en las que viven complican un adecuado tratamiento.

  Organizacionales: las condiciones administrativas de las instituciones en muchas ocasiones en vez de proveer y agilizar los procesos, los complican y obstruyen.

  Políticas: el marco normativo y técnico que regula la prestación de servicios tiene varios vacíos que perjudican al paciente.
- Las mujeres no afiliadas reciben menos intervenciones.
- Los indicadores nacionales muestran las cifras más altas en las entidades territoriales en mayor situación de pobreza y con una doble afectación humanitaria –conflicto armado y desastres naturales–.

Adicionalmente, se encontró información sobre la condición final de la mayoría de niños/as con respecto al VIH, y se ayudó a canalizar al sistema de salud a muchas de estas mujeres y a sus hijos que se encontraban sin atención. Asimismo, se visibilizó la importancia de ofrecer a las mujeres una atención integral que no se centre únicamente en la infección, sino que las contemple como individuos en ejercicio de sus derechos de vivir y gozar buenos servicios de salud pública.

El tratamiento contra la transmisión materno infantil del VIH no se puede ver como una posibilidad únicamente para los países ricos. El costo-efectividad no puede ser la única medida con la que se evalúen las intervenciones en salud pública. La investigación en VIH en los países en desarrollo debe incluir un componente de justicia social.

"A mí me diagnosticaron VIH en el primer trimestre del embarazo. Recibí tratamiento durante toda la gestación y luego, cuando tuve a mi bebé, no le di nunca leche materna. Ya cuando le hicieron los exámenes salió negativo", declara una de las mujeres beneficiarias de la estrategia, quien hoy nos puede contar su caso con una sonrisa.

La investigación de Sinergias constituye una de las bases de datos y de información más extensas y exhaustivas del país con respecto a este tema.

Actualmente, es un referente nacional sobre los aspectos centrales de la salud pública en relación con la población con VIH y su transmisión.

Cada año,

1.4 MILLONES

de mujeres con

VIH

quedan embarazadas en el mundo.

La transmisión materno infantil del VIH en Colombia

se ha **reducido** desde **2008**; sin embargo, sigue estando muy lejos del

2%

o menos que busca alcanzar.

Los cinco pasos

Además de tener un control prenatal de calidad con diagnóstico oportuno se deben seguir los siguientes 5 pasos:

Tratamiento Antiretroviral durante la gestación

Iniciar lo más rápido posible después del diagnóstico.

01

Tratamiento antiretroviral

Al momento del parto.

02

Parto por cesárea

En los casos indicados. cortar inmediatamente el cordón umbilical, succionar secreciones y bañar con agua caliente y jabón.

03

Profilaxis al recién nacido

Administración de antiretrovirales por 42 días y examen de carga viral al mes de nacido.

04

Suplementación con fórmula láctea

E inhibición de la producción de la leche materna.

05

2 CAPÍTULO

¿Qué opinan los técnicos?

Elementos para abrir un debate sobre la efectividad de los proyectos de cooperación en el área de la salud pública

Por: Ana Judith Blanco Rojas

La ayuda que es impulsada por intereses geopolíticos, que se malgasta en remunerar a asesores caros, que sirve para crear un sinfín de estructuras paralelas que únicamente rinden cuentas a los donantes y no a los ciudadanos, y que es diseñada por "expertos" de otros lugares e impuesta sin las debidas consultas o la participación de los afectados tiene escasas posibilidades de ser eficaz.

(Oxfam, 2010).

Los programas de reestructuración y el debilitamiento de las instituciones del Estado

En las últimas décadas, quienes trabajamos en el área de la salud pública hemos sido testigos del debilitamiento de las entidades del Estado y la degradación de los servicios públicos, debido en parte a la falta de inversión básica del Estado, a problemas de corrupción y a una priorización improcedente. Menos aludidas, pero con implicaciones directamente atribuibles al detrimento en las acciones de salud para los colectivos, son las medidas de austeridad diseñadas para reducir el gasto público en servicios sociales.

Estas medidas, mejor conocidas como los programas de ajuste estructural (o de reestructuración), promovidos por el Fondo Monetario Internacional y por el Banco Mundial desde la década de los ochenta, incentivaron –por no decir obligaron– a los países de ingresos bajos y medios a implementar medidas de austeridad en las que se limitaba el gasto del sector público para hacer frente a la creciente crisis de la deuda externa que experimentaban estos países. Como resultado, los Ministerios tuvieron que reducir considerablemente sus presupuestos totales y la asignación de recursos para personal y programas de salud pública. Esto disminuyó sustancialmente su capacidad para proporcionar la infraestructura y los servicios necesarios para dar cumplimiento a su misión, comprometiendo además su habilidad para establecer su propia agenda para el desarrollo (y no la promovida por los financiadores).[1,2,3,4]

En Colombia esta situación no ha sido ajena. Desde entonces se observa que gran parte de la financiación de los programas de salud pública se canaliza a través de agencias de cooperación y de organizaciones no gubernamentales, mientras que los fondos para el sector público son cada vez más limitados, así como su capacidad de acción. El dinero que otrora era administrado y operado directamente por el Ministerio de Salud pasó a tener una intermediación administrativa y técnica por parte de las agencias de cooperación, que a menudo decidían cuáles eran las problemáticas más relevantes a intervenir y quiénes debían operar los proyectos en el territorio nacional.

De acuerdo con una consultora que trabajó durante esta época en la Secretaría de Salud Distrital, "las reformas estructurales dentro del sector salud deterioraron la atención primaria y los programas de prevención, lo que afectó directamente la relación del Estado con sus ciudadanos. Esta situación disminuyó la credibilidad en el Ministerio de Salud que pasó de ser un organismo con gran potencial técnico a uno burocrático y administrativo. Además, con la eliminación de los promotores de salud, se perdió el acceso de las comunidades a la atención primaria. El sistema de salud perdió el enlace directo con la comunidad".

El incremento de las ONG

La vinculación de las ONG con los movimientos sociales ha sido explícita y directa, y se encuentra debidamente referenciada desde los años setenta en documentación afín a los temas de promoción y desarrollo.[4] Posteriormente, en la década de los noventa se observó un aumento inusitado de las ONG (de 6.000 a 26.000 a nivel mundial), que muchas fuentes vincularon con la implementación de las reformas estructurales.[5] Al reducirse la oferta de servicios públicos, salió a flote el argumento de que las ONG podían tener ''ventajas comparativas'' en la prestación de servicios y en la ejecución de proyectos, presumiéndose que podían llegar a las comunidades más pobres, de manera más eficiente y sin los problemas derivados de la corrupción.[3] Hoy en día es innegable que los sectores que más influyen, de forma directa e indirecta, en las decisiones del gobierno y en las políticas públicas son las agencias de cooperación, las ONG y los tanques de pensamiento.[6]

Las primeras generaciones de ONG en el país se plantearon llenar los vacíos que por su inoperancia el Estado era incapaz de cumplir a cabalidad a nivel social. Su accionar fue en un primer momento asistencialista y posteriormente intervencionista, con el fin de promover el llamado desarrollo propio.[6] Desde su inicio, se vincularon con agencias de desarrollo y otras organizaciones de los países del norte a través de una relación que implicaba la canalización de recursos financieros y una visión compartida de justicia social, solidaridad y corresponsabilidad para cumplir las exigencias de planificación y gestión de los proyectos.[4]

Este modelo ha cambiado y hoy en día el perfil de los proyectos está virado a ejercicios muy puntuales, con tiempos de ejecución bastante reducidos e intermitentes en el tiempo, lo que ha suscitado grandes críticas y cuestionamientos sobre el impacto de estas acciones en el bienestar de las comunidades "beneficiarias". Con frecuencia se escucha que las ONG son presionadas por los donantes para producir resultados rápidos, en el corto plazo. Muy a pesar de sí mismas, el archivo de las ONG está conformado principalmente de informes de proyectos sobre acciones verticales con limitado o ningún plan para la expansión o la sostenibilidad y, en general, muy poca intención de integración con los sistemas de salud locales.[7]

Sinergias no ha estado exenta de estas cuitas. A la fecha, cuenta con un record de 18 meses en su proyecto más duradero y un promedio de 6 meses y medio para su consolidado de intervenciones. A pesar de haber hecho un par de trabajos que, suman-

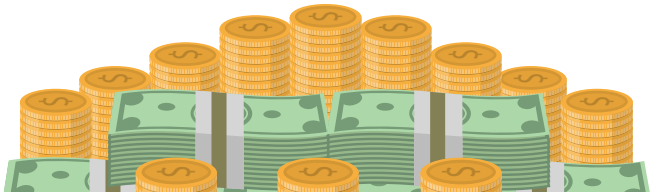
do tiempos, lograron alcanzar los tres años de ejecución, las brechas entre el inicio de una y otra vigencia afectaron sustancialmente la continuidad de las acciones, lo que inevitablemente repercutió en el impacto esperado, así como en la credibilidad de los actores involucrados.

El papel de las agencias multilaterales de cooperación

Igualmente, el quehacer y las prioridades de las agencias de cooperación han cambiado en las últimas décadas. De acuerdo con un consultor de múltiples agencias de las Naciones Unidas, "inicialmente la cooperación tenia modelos, teorías y campos que enriquecían al país y que permitían aprender de su experiencia en el ámbito internacional. La cooperación pasó de tener un rol relevante en acciones de incidencia política a verse restringida a un papel de intermediador en la tercerización de servicios". Sobre este mismo punto, otra experta técnica que ha trabajado por varios años desde las dos orillas (Ministerio de Salud y agencias multilaterales), manifiesta que muchas de estas instituciones funcionan bajo la figura de "fiducias" que administran gran parte de los recursos de salud del estado, pero sin brindar aportes técnicos sustanciales.

¿Cuánto del dinero que recaudan las agencias de cooperación llega a las comunidades?

De cada 100 pesos 35 son administrativos, es decir que los gastos de la intermediación representan la tercera parte de la totalidad de los recursos destinados.



1

$100

Son donados a una Agencia de cooperación internacional

2

Agencia de cooperación - Sede internacional

$100 - $10 =

$90

Los recursos son transferidos a una locación externa. Al volverse internacionales se saltan la Ley 80 de contratación.

Las agencias se quedan con un porcentaje (varía entre el **7%** y el **10%**).

3

Los recursos vuelven a la sede nacional de la agencia de cooperación

$90 - $21 =

$71

Estos recursos también deben financiar parte de la operación de la agencia de cooperación (sede nacional); transacción que puede restar hasta el 21% de los recursos.

4

ONG

Las ONG requieren costos administrativos que pueden oscilar entre **7%** y **20%**.

$71 - $14 =

$57

5

Viáticos

Los gastos en logística, asesores y viáticos superan el **20%** en muchos casos.

Las barreras geográficas e institucionales dificultan el transporte de logística y asesores.

$57 - $30 =

$37

6

Comunidad

$37

*Estos datos son un ejemplo. Aún cuando no son específicos de Sinergias se basan en testimonios de otras ONG y agencias de cooperación.

Actualmente, en Colombia existen 26 fondos, programas y agencias especializadas afiliadas a las Naciones Unidas, los cuales cuentan con su propia membresía, liderazgo y presupuesto. Este último proveniente de diversas fuentes como contribuciones voluntarias y cuotas obligatorias[8], además de recursos del Estado recibidos a través de convenios de cooperación (con excepción del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Unicef, que en aras de la independencia no recibe dineros del Estado colombiano). El cuestionamiento que surge de manera unánime entre las diferentes fuentes consultadas es si realmente el país, en la actualidad, requiere del apoyo de todas estas agencias o si existe la necesidad de repensar el papel que éstas juegan en el desarrollo social de las poblaciones a las que se deben. "Si Colombia logra tener una institucionalidad estable y robusta: ¿hasta qué punto son necesarias? ¿Deben replantear su rol?", dice una ex oficial de una de estas agencias.

Otro de los cuestionamientos importantes que pone sobre la mesa una experta consultora es el respeto a los desarrollos propios y el reconocimiento de la autoría de los modelos y estrategias que se hacen en los niveles local y nacional. Al respecto menciona: "¿Por qué las agencias internacionales adoptan nuestros modelos y desarrollos presentándolos como propios en tanto que el Ministerio los obvia?" A lo que ella misma responde: "porque la institucionalidad está tan debilitada que todo lo tiene tercerizado y no tiene capacidad de maniobra".

Si bien las agencias usualmente reconocen los derechos morales de los autores cuando los documentos salen a la luz pública, no siempre es el caso cuando estos desarrollos pasan a ser parte de lineamientos o recomendaciones internacionales, desdibujándose la autoría de los equipos desarrolladores, con el argumento de que fueron elaborados con fondos de la agencia. Si se tiene en cuenta que el derecho de autor es reconocido como un derecho humano en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y su consideración como tal significa que tiene la condición de atributo inherente a la persona, éste no puede ser desconocido ni vulnerado[9]; mucho menos por un organismo abanderado de salvaguardar y promover los consabidos derechos.

Proyectos de cooperación: ¿Lo estamos haciendo bien?

En Colombia, se observan organizaciones sin fines de lucro que han cumplido una función de vigilancia importante, que están comprometidas con el fortalecimiento del sistema de salud y que trabajan desde la base con el ánimo de impulsar procesos sostenibles y empoderar a las poblaciones. No obstante, a menudo se observan también fundaciones que socavan la participación genuina de las comunidades, con proyectos impuestos, de sostenibilidad cuestionable y con vínculos muy superficiales con los actores de salud locales.

Sinergias ha intentado, desde su quehacer y desde la incidencia, cambiar el paradigma de comunidades o poblaciones "beneficiarias" de un servicio o producto para uno en el que éstas sean partícipes y protagonistas de todo el proceso de gestión del proyecto (desde la identificación de necesidades, pasando por su concepción, implementación, control y evaluación). Sin embargo, la concertación y co-construcción con las partes interesadas usualmente no entran en la lista de prioridades de los financiadores, razón por la cual son pasos obliterados desde la primera negociación. Como dijo una de nuestras fuentes:

> *"Hay que aprender a escuchar. Como organizaciones no gubernamentales solemos pensar que somos los indicados para llevar las soluciones a las personas. Sin embargo, muchas veces ignoramos que la respuesta a los problemas está en la comunidad. Es necesario prestar atención a los contextos, trabajar de manera mancomunada para crear intervenciones que no generen dependencia y que lean las necesidades puntuales de las personas. Solo así podremos pensarnos como un país en el que la diversidad sirva para construir y lograr un verdadero desarrollo social".*

Todo parece indicar que el monto de los recursos de cooperación internacional parece no impactar de manera significativa a las comunidades. De cada 100 pesos 35 son administrativos, es decir que los gastos de la intermediación representan la tercera parte de la totalidad de los recursos destinados. Además, el hecho de que sean organismos internacionales hace que los recursos adquiridos no sean objeto de la Ley de contratación. "Son proyectos monstruosamente grandes con muchos intermediarios, y que podrían beneficiar de manera importante a las comunidades, pero los gastos administrativos no lo permiten", comenta una ex oficial de las Naciones Unidas.

A manera de reflexión

Este artículo no pretende ser exhaustivo sobre la efectividad de los proyectos de salud pública que se gestionan a través de la cooperación internacional, ya que adolecemos de muchos elementos para cumplir este cometido. Empero, sí intenta hacer un llamado a cuestionarnos como Estado, como agencias de cooperación internacional y en especial, como ONG que promueve el desarrollo social si lo estamos haciendo bien o si hay formas más eficientes y equitativas de operar y gestionar los recursos de la salud pública, de manera que tengan un mayor impacto en las poblaciones a las que nos dedicamos.

En este punto nos parece importante hacer la salvedad de que consideramos que las agencias de cooperación han sido y seguirán siendo de gran utilidad. No obstante, en un panorama cambiante como el que atraviesa actualmente el país, es importante que tanto éstas como los organismos no gubernamentales se cuestionen sobre este paradigma de ejecución de estos recursos y a la vez se comprometan a acciones efectivas y que sean afines a su naturaleza y fortalezas. Aquellas con vocación netamente administradora de recursos deben fungir como tal y no como asesores o consultores en aspectos técnicos. Se esperaría por lo menos un ejercicio de pares en el cual las diferentes partes aporten experticias y saberes para desarrollar acciones de calidad, que no documentos olvidados en los anaqueles de estas instituciones.

No es casualidad que Sinergias pretenda abrir este debate durante la celebración de sus cinco años. Nuestras raíces como ONG provienen de Health Alliance International (HAI), organización afiliada a la Universidad de Washington, la cual fue gestora principal a nivel mundial del Código de Conducta de las ONG junto con importantes organizaciones activistas como Partners in Health, ActionAid, Oxfam GB, y Physicians for Human Rights, entre otras. En este Código se definen y describen las acciones y prácticas que deberían estimular o evitar las ONG con el fin de robustecer y no debilitar los sistemas de salud de los países en los que trabajan. Este consorcio actualmente está llevando a cabo una campaña para movilizar tanto a donantes, como a agencias multilaterales y ministerios de salud para que utilicen el Código como una herramienta clave para garantizar la transparencia y el control de las ONG.

Bibliografía

1. Strengthening Health Systems in Poor Countries: A Code of Conduct for Nongovernmental Organizations. Pfeiffer et al. Health Policy and Ethics. December 2008, Vol 98, No. 12.
2. Gloyd S, 2004. Sapping the Poor: The impact of structural adjustment programs. Chapter 4 in Sickness and Wealth: The corporate assault on global health. Editado por Meredith Forth, Mary Anne Mercer, and Oscar Gish. 43-54.
3. Usdin S, 2007. The No Nonsense Guide to World Health. New Internationalist Publications Ltd. Oxford, UK.
4. El rol de las ONG en América Latina: Los desafíos de un presente cambiante. Eduardo Cáceres, 2014. Unión Europea, Mesa de Articulación de Plataformas Nacionales y Redes Regionales de América Latina y el Caribe, y Acción-Asociación Chilena de Organismos No Gubernamentales. 2014.
5. The non-governmental order. Economist. 1999; 353:20–21. In: Strengthening Health Systems in Poor Countries: A Code of Conduct for Nongovernmental Organizations. Pfeiffer et al. Health Policy and Ethics. December 2008, Vol 98, No. 12.
6. La silla vacía. Los súper poderosos del mundo de las ONG. Disponible en: http://lasillavacia.com/historia/los-super-poderosos-de-las-ong-45724.
7. The NGO Code of Conduct for Health System Strengthening. Health Alliance International. Disponible en: http://www.who.int/workforcealliance/news/Code%20booklet%20lowres.pdf?ua=1
8. Naciones Unidas Colombia. Disponible en: http://www.un.org/es/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/index.html.
9. Manual de derechos de autor. Ministerio del Interior y de Justicia. Dirección Nacional de Derecho de Autor Unidad Administrativa Especial. 2010.

Interculturalidad y desarrollo local

Por: Pablo Martínez Silva

Colombia se reconoció como un Estado pluriétnico y multicultural en la Constitución Política de 1991, lo cual era un logro de la movilización y participación de los grupos poblacionales indígenas y afrodescendientes, quienes bajo la influencia de nociones como "etnodesarrollo" o "desarrollo propio", exigían vincularse de una manera diferenciada a la vida política nacional. Dicha manera diferenciada, que en la actualidad se reconoce como "enfoque diferencial" en las políticas públicas, impone el reto de armonizar modos de andar por la vida individuales y colectivos diversos en un marco de derechos y deberes compartidos.

En este contexto emerge la noción de interculturalidad, la cual implica dos retos fundamentales:

Diálogo intercultural

Por diálogo intercultural entendemos la conversación, el diálogo, la discusión entre ideas que provienen de formas diversas de observar el mundo. Estas formas diversas de observar, que algunos grupos y pueblos denominan "cosmovisión", fundamentan las prácticas y relaciones que individuos, familias y colectivos establecen entre ellos, así como con otras poblaciones, otros seres vivos, el territorio y el universo en general.

Para que el diálogo pueda establecerse, se requiere, en primer lugar, reconocer la manera propia de observar el mundo, nuestro lugar de construir ideas, desarrollar conceptos, implantar categorías y realizar acciones sobre la realidad. Este auto-reconocimiento implica que lo anterior constituye un modo de andar por la vida particular, no universal, el cual puede encontrar acuerdo o desacuerdo con el de otros individuos y colectivos.

De tal manera, al auto-reconocimiento le sigue el reconocimiento del otro, de la alteridad y la diferencia, el cual debe estar fundamentado por principios solidarios, humanistas y de derechos, los cuales permitan la igualdad en la implementación del diálogo. El diálogo intercultural se convierte en un ejercicio de construcción de paz, de resolución no violenta de conflictos y diferencias, y de enriquecimiento entre individuos, familias, colectivos y pueblos.

Soluciones interculturales para el bien común

El diálogo intercultural contemporáneo tiene como objetivo resolver problemas. Individuos y colectivos en diferentes territorios, vienen reconociendo cambios que ponen en riesgo la supervivencia del mismo ser humano, lo cual requiere el uso de la diversidad de saberes y conocimientos.

Aquí se requiere problematizar la realidad desde estas formas de observar y modos de andar por la vida. Esto implica que el diálogo, de la simple curiosidad y manifestación de diversidad, de un paso hacía la construcción de soluciones, lo que implica poner en igualdad de condiciones de poder a saberes y conocimientos de distintas fuentes. Estructurar los principios en los cuales se logre ello, si bien es un camino que se ha venido transitando mediante algunos instrumentos, sigue siendo un eje en el cual se debe crear, recrear e innovar.

Posterior a este establecimiento de principios, corresponde avanzar en lo que podemos denominar una planeación e implementación auténticamente participativa. Si logramos que exista un diálogo en igualdad de condiciones, la planeación e implementación de soluciones debe reflejar esta misma. Aquí se convierte esencial entender que la diversidad implica metas y objetivos existenciales diversos, y que la planeación e implementación no requiere estar orientado por una única visión de la misma, sino que tiene que dar cabida a estas multiplicidades.

Es en este punto donde cobra relevancia entender lo local. Los problemas globales tienen manifestaciones locales, las cuales son enfrentadas desde la diversidad por individuos y colectivos. Así, las soluciones cobran cierto aspecto idiosincrático en la medida que reconoce el saber local sobre el territorio construido por la población, y el saber foráneo traído desde lo global como producto del desarrollo científico.

Lo que existe detrás de esta idea, es que es en el nivel de los colectivos y sus territorios, lo local, donde se juega la respuesta a los problemas globales, y por ende la posibilidad de un desarrollo real. Dicho desarrollo no constituye una premisa universal, ya que existen diversos modos de andar por la vida, y por ende, diversas maneras de concebir la meta de ese andar. Por lo tanto, en la solución intercultural encontramos el germen, una primera visualización, de un mundo auténticamente diverso conformado por diferentes mundos: una convivencia tolerante y solidaria entre localidades.

¿Cuál fue el balance de los objetivos de desarrollo del milenio en Colombia y qué queda pendiente para la nueva agenda de desarrollo sostenible?

Por: Pablo Montoya Chica

Existe consenso con respecto a la importancia de establecer objetivos, metas e indicadores internacionales para lograr la voluntad política y enfocar esfuerzos comunes al desarrollo[1,2]. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), vigentes entre 2000 y 2015, surgieron como una iniciativa de las Naciones Unidas para acabar con la pobreza que acogieron 189 países. A partir de 2016 y por los próximos 15 años los ODM serán relevados por los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que tienen como lema "nadie se quedará atrás". Con esta nueva iniciativa, mucho más ambiciosa, se pretende "poner fin a la pobreza y el hambre en todo el mundo de aquí a 2030, a combatir las desigualdades dentro de los países y entre ellos, construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas, proteger los derechos humanos y promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, y garantizar una protección duradera del planeta y sus recursos naturales. Así como crear las condiciones necesarias para un crecimiento económico sostenible, inclusivo y sostenido, una prosperidad compartida y trabajo decente para todos, de acuerdo con los diferentes niveles nacionales de desarrollo y capacidad".[3]

La implementación de los ODM a nivel mundial generó resultados positivos para millones de personas; para poner algunos ejemplos, entre 1990 (año utilizado como línea de base para los ODM) y 2015:

Las personas en pobreza extrema se redujeron de **1926** a **836** millones, más de la mitad (ODM1).

El número de niñas y niños menores de 5 años que murieron anualmente **bajó en más de 50%** al pasar **de 12.7 a 6 millones** (ODM4).

Las mujeres que murieron anualmente por causas relacionadas con el embarazo pasaron de **532 a 303 mil** (ODM5).

Entre 2003 y 2013 el número de muertes anuales por VIH disminuyó de **3.5 a 2.1 millones** y las tasas de mortalidad por malaria y tuberculosis cayeron en **58% y 45%** respectivamente (ODM6).

A pesar de estos y otros avances muchos de los países no lograron alcanzar las metas establecidas y persiste una gran inequidad entre y al interior de los países. Aún hay millones de personas que viven en condiciones inaceptables, carecen de acceso a servicios básicos y siguen muriendo por causas evitables, especialmente las personas más pobres y las discriminadas o marginalizadas por su sexo, etnia, ubicación geográfica. Adicionalmente, el cambio climático y la degradación ambiental están poniendo en riesgo los avances conseguidos.[4, 5]

Los 8 ODM constaban de 21 metas y 48 indicadores, muchos de ellos claramente medibles. El tema de salud tuvo un gran peso dado que 3 de los objetivos y 8 de las metas concretas eran del sector; además, dos de los otros objetivos tenían metas relacionadas. De acuerdo con las opiniones de expertos el éxito de los avances en salud adicionalmente se debió posiblemente a 4 factores:

- El mensaje repetido de la importancia de la salud para el desarrollo elevó el tema del ámbito sectorial a uno que requirió la atención de los jefes de Estado.
- Dentro del sector de la salud los ODM centraron la atención en una breve lista de los resultados de un gran atractivo social.
- La medición anual informando a los medios de comunicación, la sociedad civil, los gobiernos y la comunidad de desarrollo los mantuvieron en la agenda.
- Las organizaciones donantes priorizaron las inversiones en salud sobre la base de los ODM.[1,4,6,7]

En contraste con lo anterior, los ODS aumentaron el número de objetivos a 17 (figura 1) y el de metas a 169. Dentro de estas últimas únicamente alrededor de 30 son medibles, el resto son planteamientos idealistas difícilmente cuantificables. Esta situación va a aumentar la complejidad del seguimiento y va a requerir de una inversión importante en sistemas estadísticos para garantizar datos desagregados, confiables, oportunos, comparables, y sobre todo útiles para tomar decisiones, tanto de las líneas de base, como de las mediciones periódicas del progreso de los indicadores.[7,8] Adicionalmente, algunas de las metas numéricas propuestas están predefinidas, son iguales para todos los países (como las de mortalidad materna, infantil y neonatal), no dan espacio a que los países establezcan y se apropien de sus propias metas y prioridades, ni tienen en cuenta si los países ya cumplieron con lo propuesto o no van a poder cumplir.[9,6] El logro de un número mayor de objetivos y metas va a requerir de grandes inversiones, lo que va a implicar importantes retos y requerir grandes esfuerzos fiscales en un escenario en el que la situación económica mundial y del país en particular se ha deteriorado.

Figura 1. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Organización de las Naciones Unidas, 2015.

En el contexto de este nuevo gran acuerdo internacional, los ODS únicamente tienen un objetivo específico para salud, el tercero, que está dirigido a "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades". Este objetivo es mucho más amplio, aborda los temas de salud inconclusos de la agenda de los ODM y temas relevantes que no hacían parte de dicha agenda. En el anexo 1 se incluye la lista de los 23 indicadores que se consideran directamente relacionados con el sector salud.[6] Como se observa, solo 13 de ellos tienen metas cuantitativas, por lo que es necesario que se defina claramente cómo se van a construir los indicadores restantes.[10] Es posible que las metas que no están concretas no reciban la atención que requieren y que con esta agenda más grande y difusa se tiene el riesgo de diluir los esfuerzos y reducir el alcance de los resultados.[8] Es fundamental que se respete la autonomía de los países y que los equipos técnicos y políticos puedan definir claramente las metas nacionales según su situación actual, de tal manera que se establezcan localmente las prioridades y las agendas respondan a las mismas.

Metas propuestas para salud a 2030

Reducir

1. Mortalidad materna: menos de 70 x cada 100 mil nacidos vivos
2. Mortalidad neonatal: 12 por cada 1000 nacidos vivos
3. Mortalidad de los niños menores de 5 años: 25 x cada 1000 nacidos vivos
4. A la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico
5. La pobreza
6. Enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

Promover

1. La salud mental, bienestar, prevención y tratamiento de abuso de sustancias adictivas.
2. Empoderamiento de las mujeres y niñas
3. Nutrición y educación
4. Aire limpio

Fin a las epidemias

1. SIDA
2. Tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas

Garantizar

1. Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y lograr la cobertura sanitaria universal
2. Aumento de la equidad

*Tomado de: Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015.

La nueva agenda de los ODS reconoce que el desarrollo sostenible no puede hacerse realidad sin que haya paz y seguridad, y estas a su vez corren peligro sin el desarrollo sostenible. Aborda factores que generan violencia, inseguridad e injusticias, como las desigualdades, la corrupción, la mala gobernanza y las corrientes ilícitas de recursos financieros y armas. Además, resalta la necesidad de redoblar esfuerzos para resolver o prevenir los conflictos y apoyar a los países que salen de un conflicto.[3] En este marco, los diálogos de paz con las guerrillas de las FARC y ELN y la posibilidad de entrar en un escenario de postconflicto son un aliciente adicional para Colombia, dado que esta transición nos da un estatus prominente en el panorama global para recibir apoyo orientado a la construcción y consolidación de la paz que hemos añorado por décadas.

Avance de los ODM en Colombia a 2015

La figura 2 y la tabla 1 muestran a grandes rasgos los avances que tuvo Colombia en la era de los ODM a 2015.[12,13,14] De acuerdo con esos resultados las metas propuestas para reducción de la pobreza y de la mortalidad infantil y el uso de tecnologías estuvieron muy cerca de cumplirse, aunque con territorios y grupos poblacionales que quedaron lejos de lograrlo. Se cumplió parcialmente con los acuerdos ambientales, se ampliaron las áreas protegidas y se redujo sustancialmente el uso de sustancias nocivas para la capa de ozono; sin embargo, el deterioro del ambiente y los efectos del cambio climático cobran cada vez más relevancia. Se hicieron avances importantes en la ampliación de la cobertura de la educación primaria y básica secundaria, pero no los suficientes con respecto a la educación media; además, se evidencian grandes inequidades y cuestionamientos frente a la calidad y pertinencia de la misma y a la cobertura entre las zonas urbanas y rurales. Los temas de mortalidad materna, equidad de género progresaron de manera claramente insuficiente. Por último, el objetivo orientado al combate de VIH, malaria y otras enfermedades como el dengue no tenía metas claras, pero los resultados generales dejan mucho que desear.

Figura 2. Resultado de indicadores clave de los ODM para Colombia en el año 2015 (PNUD) (12).

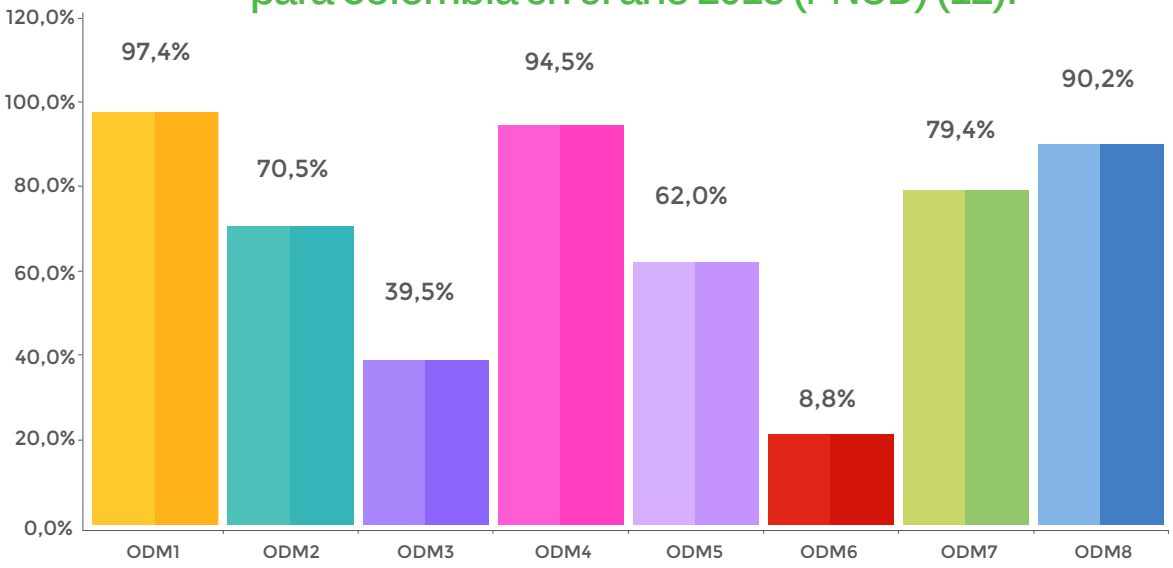


Tabla 1. Línea de base, situación actual a 2015, meta establecida y estado de avance de los ODM para Colombia (PNUD 2015) (12).

ODM	Indicador	Línea base	Sutuación actual	Meta a 2015	Estado de avance
ODM 1	Porcentaje de personas en pobreza extrema. (Indigencia).	20,40% / 1991	9,1% / 2013	8,80%	97,4%
ODM 2	Tasa de cobertura bruta en eduación media.	42,93% / 1993	78,2% / 2013	93%	70,5%
ODM 3	Brecha en la tasa de desempleo (P.P.)	6,8 / 1996	5,3 / 2013	3%	39,5%
ODM 4	Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1000 nacidos vivos).	37 / 1990	17,8 / 2011	16,68%	94,5%
ODM 5	Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos).	100 / 1998	65,90 / 2012	45	62,0%
ODM 6	Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA.	5,39 / 2008	5,39 / 2008		8,8%
ODM 7	Proporción de la población con acceso a métodos de saneamiento adecuados. Resto.	51,0% / 1993	68,0% / 2012	72,4%	79,4%
ODM 8	Número de computadores por cada hogar.	3,40 / 2002	21,8% / 2012	24	90,2%

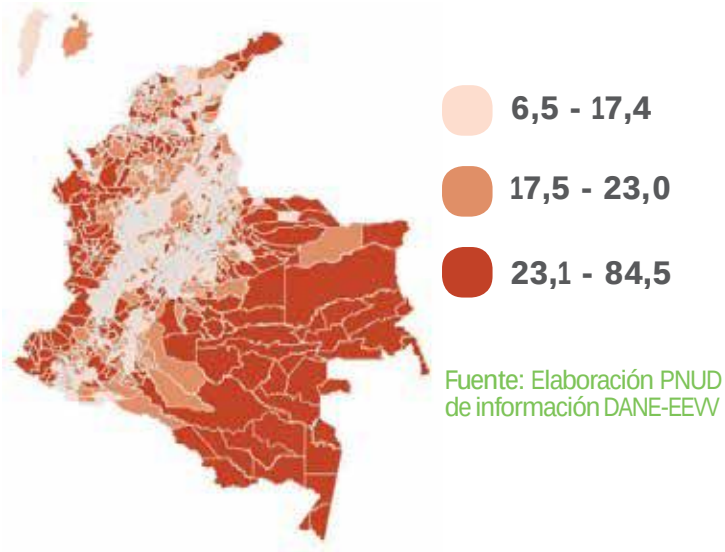
Datos oficiales a la fecha

En Sinergias consideramos la salud como un camino al desarrollo, así, las poblaciones saludables son indispensables para mejorar las condiciones de vida y sobreponerse a las adversidades, en el nuevo lenguaje, para lograr cada uno de los ODS. A continuación, incluimos un análisis más amplio del progreso y las deudas pendientes de algunos objetivos relacionados con los temas de salud que nos interesa resaltar, que se soportan principalmente en los resultados de balance de los ODM y las orientaciones para la implementación de los ODS publicados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.[13,14]

Es bien sabido que la riqueza y la pobreza afectan la calidad de vida y la salud de las poblaciones,[15] por ello la reducción de la pobreza fue el eje de los ODM. Asimismo se sabe que la distribución inequitativa de los recursos es un factor importante en la generación de conflictos sociales y Colombia está entre los más desiguales del mundo. Preocupa que la desigualdad en el país aumentó en los últimos 25 años, el índice de Gini actualmente muestra cifras superiores que al inicio de los años noventa (0.51 vs 0.54), aunque al final de esta década y en la primera de este milenio la desigualdad aumentó sustancialmente (0.60 en 2006).[16]

Si bien durante la implementación de los ODM el número de personas viviendo en la pobreza y en la pobreza extrema en Colombia se redujo en 6.7 y 3.5 millones respectivamente, aún quedan 13 millones de colombianos pobres, de los cuales 3.7 millones son pobres extremos. La pobreza en el país está sobrerrepresentada en las poblaciones rurales, minorías poblacionales, personas afectadas por el conflicto, en especial aquellas en situación de desplazamiento, jóvenes y mujeres. De anotar que estas estadísticas se basan en 24 de los 32 departamentos, y de estos se prevé que 13 no alcanzaron la meta planteada en los ODM, reflejando importantes inequidades regionales. Los 8 departamentos que no están incluidos en estas estadísticas son de las regiones de Amazonia y Orinoquía, territorios frecuentemente invisibles para la nación a pesar de sus dimensiones y su importancia estratégica, que tienen una gran proporción de su población indígena, con necesidades básicas insatisfechas, sin acceso a servicios básicos, y sin mayores oportunidades de generación de ingresos.

Figura 3. Tasa de mortalidad infantil ajustada por 1.000 nacidos vivos[4]



Fuente: Elaboración PNUD de información DANE-EEVV

La equidad de género es una deuda que tiene el país. Si bien ha aumentado la participación de las mujeres en política y la brecha salarial entre hombres y mujeres se ha reducido, las cifras están lejos de ser equitativas. Las tasas de desempleo en las mujeres duplican a las de los hombres. Las violencias basadas en género vienen aumentando y siguen afectando en la mayoría de los casos a mujeres; 85% de las valoraciones por medicina legal por presunto delito sexual y el mismo porcentaje de denuncias por violencia intrafamiliar ocurren en mujeres.[13]

La reducción de la mortalidad infantil entre 1990 y 2015 fue superior al 50% lo que significa que más de 7000 niñas y niños dejaron de morir cada año, sin embargo aún mueren alrededor de 8000, cifra que sigue siendo inaceptable. La mortalidad es muy superior en la población rural, étnicamente diferenciada, en los municipios categoría 6, los afectados por el conflicto armado y en quienes nacen con peso inferior a 2500 gramos. Como se observa en la figura 3, Amazonía, Orinoquía y los dos litorales, coloreadas del rojo más intenso, tienen tasas de mortalidad infantil superiores al promedio nacional. Por departamentos, Amazonas, Chocó y Vaupés tienen las mayores cifras de mortalidad.

En este objetivo las metas de los ODM también contemplaban alcanzar coberturas de vacunación superiores al 95%, niveles en los que se encontraban al inicio de los años 90; desafortunadamente no se lograron, para DPT y triple viral llegaron a 90.3% y 91.2% respectivamente. Al analizar de cerca las cifras, se encuentra que los promedios son jalonados por las ciudades capitales y muchos municipios no tienen coberturas útiles. Es más, muchos municipios tienen coberturas inferiores al 50%.[17]

Entre 2000 y 2013 la razón de mortalidad materna pasó de 104.9 a 58.6 por 100.000 nacidos vivos.[18] El número de muertes maternas por año se redujo de más de 700 a 364, es decir, que en Colombia aún se muere una mujer al día por causas relacionadas con la maternidad. Al igual que con la mortalidad infantil se encuentran unas grandes inequidades; las mayores tasas de mortalidad materna se presentan en zonas rurales de Amazonía, Orinoquía y La Guajira, población indígena y afrocolombiana, mujeres pobres, con bajo nivel educativo, afiliadas al régimen subsidiado y jóvenes. Las coberturas de control prenatal y parto institucional aumentaron considerablemente en este periodo, pero la calidad de estas acciones es deficiente e inequitativa, como lo hemos demostrado previamente.[19]

Con respecto a la tasa de embarazo en la adolescencia hubo un retroceso de 52% entre 1990 y 2010, periodo en el que la proporción de adolescentes embarazadas o con hijos aumentó de 12.5% a 19.5%; la meta era mantenerla por debajo del 15%. La razón de morbilidad materna extrema (MME) específica por edad para las adolescentes menores de 15 años fue de 20,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos, registrando 1,5 veces más riesgo que el grupo de referencia (mujeres entre los 20 a 24 años),[20] y como se anotó arriba, la mortalidad asociada al embarazo es mayor en este grupo de edad. Pero el embarazo en niñas y adolescentes además de ser considerado como un problema de salud pública por la afectación en la salud física, mental y social que produce en esta población y en sus entornos próximos, genera un impacto social y económico relacionado con el ciclo de la pobreza. El embarazo durante la adolescencia ocurre generalmente en el marco de una inadecuada educación sexual, y es más frecuente en condiciones socio-económicas bajas y de exclusión (zonas rurales, minorías étnicas, víctimas del conflicto), en donde muchas veces la maternidad y paternidad se convierten en una opción de proyecto de vida ante la falta de oportunidades, lo que profundiza la vulnerabilidad social de la madre adolescente y de sus hijos/as, contribuyendo a perpetuar o a dificultar la superación de las condiciones de pobreza.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos se han posicionado en el marco legal y progresivamente en la sociedad, pero aún son una utopía para muchos. Los servicios de salud sexual y reproductiva que de acuerdo con nuestro marco legal, amplio y suficiente en la materia deben ser de acceso universal, son restringidos para una parte importante de las y los colombianos. A continuación algunos ejemplos.

- Si bien está claramente regulada la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) muchas mujeres no pueden acceder a estos servicios y se ven avocadas a realizar abortos clandestinos en condiciones peligrosas.[21] Al comparar el número de nacidos vivos con el de IVE en niñas de 10 a 14 años en 21 departamentos para 2014, la proporción de las últimas fue únicamente 0.5% a pesar de que estos casos se encuentran entre las causales de IVE establecidas por la Corte Constitucional[22]; en ese año los departamentos con mayor tasa de embarazo en menores de 14 años, fueron Vichada, Guainía y Caquetá.

- La asesoría y tamizaje para VIH, sífilis y hepatitis B en la gestación es obligatoria desde el año 2000, pero aproximadamente 2 de cada 10 mujeres no reciben estos servicios19 y desde 2015 Minsalud no está en capacidad de establecer la cobertura de estos servicios dada la calidad del sistema de información actual. Si el acceso a estas pruebas es difícil para las gestantes, es aún más difícil para la población general; de acuerdo con la ENDS 2010 solo 8.9% de las mujeres entre 15 y 49 años se había hecho la prueba en el último año y conocía el resultado[23].

- Aunque la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita han disminuido, aún están 2 y 7 veces por encima de la meta de eliminación propuesta para 2015 respectivamente; además, las mujeres con VIH, y las niñas y niños expuestos siguen enfrentando considerables barreras de acceso a los servicios, muchas no logran acceder a tratamiento antirretroviral y quienes lo logran lo reciben tardía y discontinuamente;[19] esta situación se replica en la población general, donde se evidencia que pesar de que el país reporta que las coberturas de tratamiento pasaron de 50% a 100% entre 2003 y 2013 la mortalidad por Sida solo se redujo en 8%.[13]

- Si bien el acceso a métodos de planificación familiar ha aumentado y se presume que Colombia está muy cerca de la meta propuesta para 2015, el número de embarazos no deseados sigue siendo muy elevado, la demanda insatisfecha de planificación familiar es alta (7% con departamentos en los que está en 20%) y los grupos más vulnerables siguen teniendo restricciones de acceso a métodos modernos para garantizar su uso de manera correcta y consistente.[21] El promedio de adolescentes y jóvenes que recibieron consultas de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo del joven y de planificación familiar por grupo de edad (10 a 14 y 15 a 19 años) y entidad territorial en 2014 en los 21 departamentos mencionados fue muy inferior a 0.1.[22]

Valga decir que, además, muchos de estos servicios no están adecuados a las necesidades socioculturales de las poblaciones que menos los están recibiendo. Todos estos factores se reflejan en situaciones tan evidentes como la tasa creciente de embarazo en la adolescencia.

Por otra parte, si bien la mortalidad por malaria se redujo considerablemente, la causada por el dengue aumentó de manera importante al pasar de 97 a 217 casos entre 2000 y 2013. En los últimos dos años se ha sumado la problemática de los virus de Chikunguña y Zika, que son transmitidos por el Aedes Aegypti, vector del dengue. Estas ETV están claramente influenciadas por las condiciones ambientales, de las viviendas y de su entorno, y para que disminuya su impacto se requiere del compromiso ciudadano y el abordaje intersectorial para optimar las condiciones de saneamiento y habitabilidad.

En la adaptación de los ODM realizada para Colombia la tuberculosis no quedó en ningún indicador, no obstante, requiere una mención en

este documento. En Colombia la mortalidad por tuberculosis pasó de 3.02 muertes por 100.000 habitantes en el 2000 a 2.13 en el 2013, mientras que la incidencia en el mismo periodo se mantuvo sin mayores cambios al pasar de 28.8 vs 24.9 por 100 mil habitantes. Para 2013, Amazonas, Vaupés, Meta y Risaralda contaban con las tasas más altas de mortalidad por esta causa (10.73, 4.67, 4.22 y 4.04 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente). Mientras que Bogotá, Nariño y Sucre presentaron tasas por debajo de 1.1 muertes por 100.000 habitantes.[24] Nuevamente están sobrerrepresentados los territorios donde predominan las minorías poblacionales que habitan zonas rurales dispersas y están afectadas por la desnutrición, la pobreza y el conflicto armado. En 2014 se reportaron 12.720 casos, 17.6% de los cuales tenía coinfección con VIH y 2.4% cepas multirresistentes. Además, se estiman en 3000 las personas con la enfermedad que aún no han sido diagnosticadas.[25]

Colombia en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Como se puede apreciar, Colombia enfrenta una serie de retos muy importantes para lograr los ODS, que parten de trabajar conjuntamente entre los diferentes sectores para generar estrategias coordinadas y encaminadas al objetivo común de mejorar las condiciones de vida de la población, garantizando condiciones dignas para todas y todos. En el sector salud el reto parte de hacer el sistema operativo para que responda a las necesidades que tiene la población en la diversidad de contextos geográficos, socioculturales, económicos y tecnológicos que tiene el país. El sistema se debe aplicar para mejorar las condiciones de todas y todos los ciudadanos, pero en especial cerrar las brechas que persisten con las personas marginalizadas, las minorías poblacionales, poblaciones rurales, dispersas, pobres y afectadas por la violencia, con especial atención en las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Para Sinergias los ODS abordan temas que son prioritarios y compartimos la visión con respecto a la utilidad de la agenda común que movilice recursos y tenga seguimiento desde múltiples instancias. Con una agenda tan amplia y tantas partes interesadas en definir las prioridades es necesario que Colombia establezca de manera autónoma, con criterios técnicos, principio de realidad y buscando consenso político las metas que vamos a fijar para los próximos 15 años, de tal manera que los programas de gobierno se enfoquen al cumplimiento de las mismas. Por ejemplo al revisar los promedios nacionales de algunas de las metas que establecen los ODS, como las de mortalidad materna e infantil, el país ya cumplió, pero con las grandes inequidades que hemos anotado y que esta agenda se debe esforzar en corregir.

De concretarse los procesos de paz que cursan en la actualidad esperamos que cambie la situación de muchas de las poblaciones marginalizadas, que el Estado haga presencia y garantice el acceso a servicios esenciales, se inviertan recursos técnicos, tecnológicos, de infraestructura adecuados a las realidades locales. Para dar pasos en la dirección correcta es necesario que esta nueva entrada del Estado se realice con procesos de concertación, investigación y co-construcción con las comunidades, para que no se impongan las visiones hegemónicas y se responda a las expectativas, realidades y prioridades locales.

Recientemente el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) lanzó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que hace un análisis relevante de la situación del sector y muestra muchos de los problemas críticos que se deben abordar en la actualidad, que requieren de cambios profundos en el sistema, como acabar con la fragmentación de los servicios, mejorar la gestión del sistema y la coordinación entre los actores, la capacidad resolutiva y la calidad de los servicios especialmente en el primer nivel de atención, y la integración entre las acciones individuales y colectivas. Todo esto requiere reorientar y reorganizar las competencias del talento humano del sector y el trabajo conjunto con otros sectores para que los determinantes de la salud se puedan modificar.[26]

Esta Política consta de cuatro estrategias centrales:

Para implementarlas, el MSPS propone el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que se organizará en tres ámbitos territoriales: urbanos, con alta ruralidad y dispersos. El MIAS pretende garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan las acciones de todos los agentes del sistema. El MIAS tiene diez componentes operacionales que se enuncian en la figura 4. Se pretende que la evaluación de los efectos del MIAS se centre en el cierre de brechas entre grupos poblacionales y contextos territoriales, tanto en el estado de salud como en el acceso integral a los servicios.[26]

El hecho de que prácticamente se haya logrado la cobertura universal del aseguramiento es un paso importante para que la mayor parte de la población sea cobijada. El planteamiento de PAIS, MIAS y rutas integrales de atención en salud (RIAS) puede ser un paso positivo en la búsqueda por mejorar el desempeño del sector, pero se deben traducir en procesos prácticos y ejecutables en contextos diferenciales para que cumplan con su objetivo.

Figura 4. Componentes del Modelo Integral de Atención en Salud del Ministerio de salud y Protección Social, 2016.[26]

1. Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021
2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS
3. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS)
4. Delimitación territorial del MIAS
5. Redes Integrales de prestadores de servicios de salud
6. Redefinición del rol del asegurador
7. Redefinición del sistema de incentivos
8. Requerimientos y procesos del sistema de información
9. Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)
10. Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

Como se observa a lo largo de este libro, consideramos que las áreas de trabajo y líneas de acción de Sinergias siguen siendo muy pertinentes en este contexto, se alinean con los ODS y se enfocan en mostrar y corregir muchas de las brechas que hemos señalado hasta ahora, así como generar propuestas de solución adecuadas para las diferentes realidades que encontramos en el territorio nacional. En nuestros primeros 5 años de trabajo hemos abordado varios de los temas anotados en ambas agendas: Venimos desarrollando acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna e infantil en varios contextos y con múltiples aliados; en el proyecto de Mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los primeros mil días trabajamos con múltiples aliados en 6 departamentos y 36 municipios y en varios territorios han mejorado estos servicios y descendido dichas cifras. Hemos evidenciado deficiencias e inequidades importantes en el acceso a servicios de salud en el país, en temas como control prenatal, transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis congénita, así como las barreras de acceso a los servicios que enfrentan estas poblaciones y otras marginalizadas como las comunidades indígenas, especialmente en zonas rurales dispersas. También hemos contribuido en temas de la nueva agenda, como el desarrollo de modelos de salud ajustados a las necesidades de ciertas poblaciones, como los grupos indígenas del Vaupés; la adecuación intercultural de los servicios, la salud mental, especialmente la prevención del suicidio en diferentes contextos culturales, la mejora en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la prevención del embarazo en la adolescencia y la atención integral de violencias de género, la atención de las enfermedades infecciosas desatendidas altamente prevalentes en algunas comunidades, entre otras. El campo de acción es muy amplio, mayor que las problemáticas, y es esencial que generemos sinergias entre diversos actores y sectores para que esta nueva y ambiciosa agenda logre los frutos esperados. Nosotros seguiremos poniendo de nuestra parte para que sea así.

Objetivos y metas relacionadas con salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible

2.2. De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3.6. De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

3.9. De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.10. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

3.11. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

3.12. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.13. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas

5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos

6.1. De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.

6.2. De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

6.3. De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial.

Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles

11.5. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos*

13.1. Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas

16.1. Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo.

16.9. De aquí a 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos.

Bibliografía

1. United Nations General Assembly, Open Working Group on Sustainable Development Goals. Compendium of TST Issues Briefs. Sustainable development knowledge platform. [En línea]. October de 2014. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1554TST_compendium_issues_briefs_rev1610.pdf.

2. UNICEF, WHO. A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2015 Report. 2015.

3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Sustainable development knowledge platform. [En línea] 2015. [Citado el: 5 de 4 de 2016.] https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

4. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas. 2015.

5. Health and climate change: policy responses to protect public health. Nick Watts, W Neil Adger, Paolo Agnolucci, Jason Blackstock, Peter Byass, Wenjia Cai, Sarah Chaytor, Tim Colbourn, Mat Collins, Adam Cooper, Peter M Cox, Joanna Depledge, Paul Drummond, Paul Ekins, Victor Galaz, Delia Grace, Hilary Graham, et. al. 1006, s.l. : The Lancet, 23 de Junio de 2015, Vol. 386, págs. 1861–1914.

6. Shifting to Sustainable Development Goals — Implications for Global Health. Murray, Christopher J.L. s.l.: The New England Journal of Medicine, 8 de October de 2015, Vol. 373, págs. 1390-1393.

7. Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. Victora C, Harris J, Barros A, Berman P, Bhutta Z, Boerma T, Chopra M, de Francisco A, Daelmans B, Hazel E, Lawn J, Maliqi B, Newby H, Bryce J. s.l. : The Lancet, 16 de October de 2015, Vol. Published online, págs. 1-11.

8. Choosing indicators for the health-related SDG targets. Murray, Christopher J L. s.l. : The Lancet, 3 de Octubre de 2015, Vol. 386.

9. Vandemoortele, Jan. A dispassionate look at the Sustainable Development Goals. Deliver2030.org. [En línea] 27 de August de 2015. [Citado el: 15 de Marzo de 2016.] http://deliver2030.org/?p=6218.

10. Maternal, newborn, and child health and the Sustainable Development Goals—a call for sustained and improved measurement. John Grove, Mariam Claeson, Jennifer Bryce, Agbessi Amouzou, Ties Boerma, Peter Waiswa, Cesar Victora. s.l. : The Lancet, 2015, Vol. 386.

11. Measuring the SDGs: a two-track solution. Davis A, Matthewsemail Z, Szabo S, Fogstad H. 9990, s.l. : The Lancet, 18 de July de 2015, Vol. 386, págs. 221–222.

12. Programas de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo sostenible. [En línea] 2016. [Citado el: 6 de Abril de 2016.] http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/post-2015/mdgoverview/.

13. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2015. [En línea] 2015. [Citado el: 5 de Abril de 2016.] http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/mdg/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-colombia-2015.

14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia 2015. [En línea] 2015. [Citado el: 5 de Abril de 2016.] http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/library/mdg/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-colombia-2015

15. Deaton, Angus. El gran escape. Salud, riqueza y los origenes de la desigualdad. s.l.: Princeton University Press, 2013. 978-958-38-0237-9.

16. Banco Mundial. Índice de Gini. [En línea] 2016. [Citado el: 7 de Abril de 2016.] http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI/countries/CO-1W-XJ?display=default.

17. Justicia. Preocupa cobertura de vacunación inferior al 50% en varios municipios. El Tiempo. 10 de Junio de 2015.

18. Así vamos en salud. Gráfica - Razón de Mortalidad Materna - Georeferenciado. [En línea] 2016. [Citado el: 7 de Abril de 2016.] http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/9.

19. Sinergias, Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF y UNFPA. Seguimiento a casos expuestos a la transmisión Materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control prenatal. Retos y propuestas para el mejoramiento de la salud materno infantil en Colombia. Bogotá : s.n., 2014.

20. Instituto Nacional de Salud. Informe final del evento mortalidad materna, Colombia, 2014. Bogotá : s.n., 2014.

21. Elena Prada, Susheela Singh, Lisa Remez, Cristina Villarreal. Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias. Nueva York : Guttmacher Institute, 2011.

22. Insituto Colombiano de Bienestar Familiar, Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social. Avance en el proceso de implementación de la estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia. Bogotá : s.n., 2015.

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. UNGASS. Colombia 2012. Bogotá : Ministerio de Salud y Protección Social, 2012.

24. Así vamos en salud. Gráfica - Tasa de mortalidad por tuberculosis. [En línea] [Citado el: 7 de Abril de 2016.] https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/52.

25. Ministerio de Salud y Protección Social. ¿Qué es la tuberculosis? [En línea] 10 de Abril de 2016. [Citado el: 10 de Abril de 2016.] https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Tuberculosis.aspx.

26. Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente". [En línea] Enero de 2016. [Citado el: 5 de Abril de 2016.] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf.

Sinergias

Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

Sinergias
Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social

Sinergias

Alianzas Estratégicas Para la Salud y el Desarrollo Social