



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL CHOCÓ-COLOMBIA DESDE UNA
PERSPECTIVA DE DESARROLLO
ESTUDIO DE CASO: PARTERÍA TRADICIONAL**

DANIELA ALEJANDRA OSORIO DOMÍNGUEZ

TESIS

Foz do Iguaçu
2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS
PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL CHOCÓ-COLOMBIA DESDE UNA
PERSPECTIVA DE DESARROLLO
ESTUDIO DE CASO: PARTERÍA TRADICIONAL**

DANIELA ALEJANDRA OSORIO DOMÍNGUEZ

Tesis presentada al Programa de Posgrado en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de Magíster en Políticas Públicas y Desarrollo.

Orientador: Prof. Doctor Flavio Alfredo Gaitán

Foz do Iguaçu

2024

DANIELA ALEJANDRA OSORIO DOMÍNGUEZ

**POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL CHOCÓ-COLOMBIA DESDE UNA
PERSPECTIVA DE DESARROLLO**

ESTUDIO DE CASO: PARTERÍA TRADICIONAL

Tesis presentada al Programa de Posgrado en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, como requisito parcial para la obtención del título de Magíster en Políticas Públicas y Desarrollo.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Doctor Flavio Alfredo Gaitán
UNILA

Prof. Doctora Paula Daniela Fernández Hellmund
UNILA

Prof. Doctor Amilton Moretto
UNILA

Foz do Iguaçu, 19 de Diciembre de 2024.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - CENTRAL

D671p

Dominguez, Daniela Alejandra Osorio.

Políticas públicas en salud en el Chocó-Colombia desde una perspectiva de desarrollo: estudio de caso: parteía tradicional / Daniela Alejandra Osorio Dominguez. - Foz do Iguaçu, 2024.

123 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento (PPGPPD).

Orientador: Flavio Alfredo Gaitán.

1. Bem-estar social. 2. Desenvolvimento econômico - Colômbia. 3. Obstetrícia. 4. Política de saúde - Colômbia. I. Gaitán, Flavio Alfredo. II. Título.

Dedico este trabajo a las y los parteros del
Chocó, verdaderos agentes de
transformación social.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Federal de la Integración Latinoamérica y al Ministerio de Educación de la República Federativa de Brasil por la oportunidad que me brindaron para estudiar en este grandioso país, crecer como persona en conocimiento y en valores humanos. Al profesor Flavio Gaitán por su acompañamiento y valiosa orientación en el proceso de investigación, así como a la banca de defensa, por su disponibilidad y aportes.

A mis padres y a mis hermanos por el apoyo incondicional desde que emprendí el viaje hacia tierras lejanas. A mi compañero de vida Steve por siempre creer en mí. A los profesores de la UNILA, a mis colegas y amigos, mis sinceros agradecimientos por su contribución con mi crecimiento académico.

Siempre he tenido la impresión de que es imposible conocer debidamente un lugar o a una persona sin conocer todas las historias de ese lugar o esa persona. La consecuencia del relato único es la siguiente: priva a las personas de su dignidad. Nos dificulta reconocer nuestra común humanidad. Enfatiza en qué nos diferenciamos en lugar de en qué nos parecemos... (El peligro de la historia única, Chimamanda Ngozi Adichie)

RESUMEN

La salud, reconocida como un derecho humano fundamental por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ha sido incorporada por Colombia mediante políticas públicas diseñadas para garantizar atención sanitaria digna a toda su población. Este trabajo analiza las acciones del Estado colombiano en el ámbito de las políticas públicas de salud en el departamento del Chocó, en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Se presenta el panorama socioeconómico de una región mayoritariamente afrodescendiente, históricamente afectada por la pobreza, el racismo estructural y la exclusión del acceso a servicios básicos, exacerbados por el conflicto armado. El estudio evalúa las leyes que garantizan los derechos sanitarios en Colombia, vinculándolas con el desarrollo bajo el modelo neoliberal y los efectos de la racialización en la perpetuación de la marginalidad. Asimismo, se examinan los indicadores del ODS 3 en el Chocó, destacando las profundas desigualdades en comparación con el promedio nacional. Un aspecto central del análisis es el rol de la partería tradicional, práctica histórica que ha suplido la falta de atención médica formal en el departamento, brindando apoyo materno-infantil en comunidades vulnerables. A pesar de su relevancia, las y los parteros no han sido plenamente integrados al sistema de salud, lo que resalta la necesidad de políticas inclusivas y sostenibles. Este trabajo subraya la importancia de una atención sanitaria equitativa como eje del desarrollo territorial y social en la región.

PALABRAS CLAVE: Bienestar Social; Desarrollo Económico; Partería; Políticas de Salud.

RESUMO

A saúde, reconhecida como um direito humano fundamental pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, foi incorporada pela Colômbia por meio de políticas públicas destinadas a garantir uma atenção sanitária digna para toda a sua população. Este trabalho analisa as ações do Estado colombiano no âmbito das políticas públicas de saúde no departamento de Chocó, no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Apresenta-se o panorama socioeconômico de uma região majoritariamente afrodescendente, historicamente afetada pela pobreza, pelo racismo estrutural e pela exclusão no acesso a serviços básicos, agravados pelo conflito armado. O estudo avalia as leis que garantem os direitos sanitários na Colômbia, relacionando-as com o desenvolvimento dentro do modelo neoliberal e os efeitos da racialização na perpetuação da marginalidade. Além disso, examinam-se os indicadores do ODS 3 em Chocó, destacando as profundas desigualdades em comparação com a média nacional. Um aspecto central da análise é o papel da parteriatradicional, prática histórica que tem suprido a falta de atendimento médico formal no departamento, oferecendo suporte materno-infantil em comunidades vulneráveis. Apesar de sua relevância, as parteiras ainda não foram plenamente integradas ao sistema de saúde, o que evidencia a necessidade de políticas inclusivas e sustentáveis. Este trabalho enfatiza a importância de uma atenção sanitária equitativa como eixo do desenvolvimento territorial e social na região.

PALAVRAS-CHAVE: Bem-Estar Social; Desenvolvimento Econômico; Parteria; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Health, recognized as a fundamental human right by the Universal Declaration of Human Rights, has been incorporated by Colombia through public policies designed to ensure dignified healthcare for its entire population. This study examines the actions of the Colombian State in the realm of health public policies in the department of Chocó, within the context of the Sustainable Development Goals (SDGs). It presents the socioeconomic landscape of a predominantly Afro-descendant region historically affected by poverty, structural racism, and exclusion from basic services, further exacerbated by armed conflict. The study evaluates the laws that guarantee health rights in Colombia, linking them to development under the neoliberal model and the effects of racialization in perpetuating marginalization. It also examines SDG 3 indicators in Chocó, highlighting significant inequalities compared to national averages. A central aspect of the analysis is the role of traditional midwifery, a historical practice that has addressed the lack of formal medical care in the department, providing maternal and child support in vulnerable communities. Despite its importance, midwives have not been fully integrated into the healthcare system, underscoring the need for inclusive and sustainable policies. This study emphasizes equitable healthcare as a cornerstone of territorial and social development in the region.

KEYWORDS: Economic Development; Health Policies; Midwifery; Social Well-being.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Ciclo de políticas públicas.....	29
--	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribución de la población por sexo y edad en el Chocó.....	55
Gráfico 2- Tasa de mortalidad materna, 2000 - 2020 (por cada 1.000 nacidos vivos).....	73
Gráfico 3- Tasa de mortalidad, menores de 5 años, 2000 – 2020 (por cada 1.000 nacidos vivos)	74
Gráfico 4- Incidencia de tuberculosis, 2000-2022 (por cada 100.000 personas)	75
Gráfico 5- Número de niños que viven con VHI (0 a 14 años), 2000-2022	75
Gráfico 6- Mortalidad provocada por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas entre las edades de 30 y 70 años (%), 2000-2019 .	76
Gráfico 7- Mortalidad provocada por lesiones por accidentes de tránsito (por cada 100.000 personas).....	76
Gráfico 8- Inmunización con vacuna DPT , 2000-2022 (% de niños entre 12 y 23 meses de edad).....	77
Gráfico 9- Tasa de la mortalidad materna. Chocó-Total Nacional, 2009-2019. (Por cada 100.000 nacidos vivos)	79
Gráfico 10- Partos atendidos por personal calificado. Chocó-Total Nacional, 2009-2020. (Porcentaje).....	79
Gráfico 11- Tendencia de la mortalidad perinatal. Chocó-Total Nacional, 2009-2019 (Por cada 1.000 habitantes).....	80
Gráfico 12- Tendencia de la tasa de mortalidad neonatal. Chocó-Total Nacional, 2009-2019 (Por cada 1.000 nacidos vivos)	80
Gráfico 13- Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Chocó-Total Nacional, 2009-2020 (Por cada 1.000 nacidos vivos)	80
Gráfico 14- Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 menores de 18 años)	81
Gráfico 15- Tasa de mortalidad prematura por diabetes. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes de 30 a 69 años).....	81
Gráfico 16- Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes de 30 a 69 años)	82
Gráfico 17- Tasa general de mortalidad por accidentes de tránsito terrestre (TGMA). Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes)	83

Gráfico 18 -Porcentaje de nacimientos según la persona que atendió el parto en el Chocó, 2008-2021	92
Gráfico 19 -Edad de los encuestados	120
Gráfico 20 -Años de experiencia como partera/o	120
Gráfico 21 -Opinión sobre la participación en políticas públicas.....	121
Gráfico 22 -Opinión sobre el impacto del reconocimiento de la Partería del Pacífico como patrimonio.....	121
Gráfico 23 -Opinión sobre el impacto del reconocimiento de la partería tradicional	121
Gráfico 24 -Opinión sobre las iniciativas del gobierno.....	122
Gráfico 25 -Opinión sobre la participación en políticas públicas relacionadas a la partería	122
Gráfico 26 -Opinión sobre opciones para mejorar la participación en la toma de decisiones de políticas públicas.....	122
Gráfico 27 -Opinión sobre el acompañamiento del gobierno	123

LISTA DE TABLAS

Tabla 1- Fuentes primarias y secundarias.....	25
Tabla 2- Actores en las políticas públicas.....	30
Tabla 3- Desempeño fiscal del departamento del Chocó, 2018 a 2021.....	53
Tabla 4- Artículos de la Constitución política de Colombia referentes a la salud	61
Tabla 5- Objetivo 3- Bienestar y salud. Metas e indicadores adaptados por Colombia.....	70
Tabla 6- Preguntas y respuestas sobre políticas públicas relacionadas a la partería tradicional.	120

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	17
2	APROXIMACIÓN TEÓRICA-METODOLÓGICA	23
2.1	PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	23
2.2	CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	26
2.2.1	Análisis de políticas públicas.....	28
2.2.2	Ciclo de políticas públicas	29
2.2.3	Los actores.....	30
2.2.4	Identificación del problema.....	32
2.2.5	Formación de la agenda.....	32
2.2.6	Formulación de alternativas	33
2.2.7	Toma de decisiones.....	33
2.2.8	Implementación de los planes de acción	33
2.2.9	Evaluación de los efectos.....	34
2.2.10	Revisión o terminación.....	35
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL PROYECTO NEOLIBERAL DE AMÉRICA LATINA 36	
2.4	COMPLEMENTARIEDAD INSTITUCIONAL	41
2.4.1	La partería tradicional	42
2.5	LA RACIALIZACIÓN COMO DETERMINANTE DE LA MARGINALIDAD	44
2.6	LA ESCUELA FRANCESA DE SOCIOLOGÍA URBANA: INFLUENCIA DEL ESPACIO EN EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO	45
2.7	DESARROLLO Y SALUD.....	46
3	CONTEXTO HISTÓRICO SOCIOECONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ	51
3.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN CHOCOANA	55
3.2	LA LEY DE LAS NEGRITUDES	58
3.3	LEGISLACIÓN EN CUESTIÓN DE GARANTÍA DE DERECHOS EN SALUD.	61
3.3.1	Reformas y desarrollos posteriores	62
3.3.2	Ordenamiento territorial: por el derecho a un hospital digno	62
3.4	EL ACUERDO DE PAZ Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	65
4	ODS 3-SALUD Y BIENESTAR: METAS PARA COLOMBIA Y EL CHOCÓ.	69
4.1	OBJETIVO 3- SALUD Y BIENESTAR PARA EL CHOCÓ.....	77
4.2	EL PAPEL DE LA PARTERIA TRADICIONAL EN EL CHOCÓ	85
4.2.1	Partería tradicional en el Plan Decenal de Salud 2022-2031	88
4.2.2	Proyecto Partera Vital.....	91
4.3	PERCEPCIÓN DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA PARTERÍA TRADICIONAL 92	
4.3.1	Entrevista a representante de ASOREDIPARCHOCO	92
4.3.2	Cuestionario aplicado a los y las parteras tradicionales	94
5	CONSIDERACIONES FINALES	97
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
	ANEXOS	113
	ANEXO A – GUIA SEMIESTRUTURADA PARA ENTREVISTA	114

**ANEXO B- CUESTIONARIO SOBRE EL PROYECTO “PARTERA VITAL”Y
PERCEPCIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA
PARTERÍA TRADICIONAL..... 116**

1 INTRODUCCIÓN

En la Constitución Política de Colombia de 1991 se estableció el derecho fundamental a la salud. En esta misma carta magna, el país se reconoció como una nación multiétnica y pluricultural, marcando un avance hacia el entendimiento intercultural y el reconocimiento de las etnias, especialmente las comunidades indígenas, como sujetos de derechos. Este cambio representó el cierre de un período caracterizado por concepciones conservadoras, dogmáticas y colonialistas condensadas en la Constitución de 1886 (Morales, 2002).

La salud es un derecho humano, como lo establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por las Naciones Unidas en 1948. En su artículo 25, se reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le garantice salud, bienestar y acceso a los servicios sociales necesarios (ONU, 2024b). Posteriormente, en la Asamblea General de la ONU de 1966, se adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que enfatiza en la salud como un derecho humano fundamental, acompañado de principios como la no discriminación y la igualdad. Colombia incorporó estas disposiciones internacionales mediante la Ley 74 de 1968, reafirmando su compromiso con los derechos sociales y económicos (Refworld, 2024).

La primera vez que se trató el concepto de salud en el desarrollo en las Américas se remonta a la primera Convención Sanitaria Internacional que se llevó a cabo en Washington en 1902. En ella comenzó a verse la necesidad de incluir la salud pública como aspecto relevante para asegurar el bien de las poblaciones y facilitar el comercio entre los países. Posteriormente, la salud comienza a concebirse como un medio para llegar al desarrollo, pero solo hasta los años noventa en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana se adopta la expresión “salud en el desarrollo” (OPS, 1997).

De esta manera, las alteraciones en la salud de los individuos, las poblaciones y su entorno pueden condicionar el desarrollo. Un trabajador enfermo disminuye su capacidad laboral y su productividad, así como un niño con malas condiciones de salud ve afectado su desarrollo físico y su desempeño escolar. Strauss (1985) discute la relación de la nutrición con la productividad y las ganancias y cómo ella puede afectar potencialmente el capital humano de los individuos. En 1990 comienza a usarse el índice de desarrollo humano (IDH) por la ONU y desde entonces es una de las medidas más usadas para referirse a la calidad de vida de la sociedad, contemplando tres componentes: esperanza

de vida, educación y PIB per cápita¹. El desarrollo en la actualidad es entendido desde diferentes dimensiones, tal como lo describen los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en donde la salud está incluida.

En 2015, los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los cuales comprenden 17 ejes fundamentales, entre ellos, la salud y el bienestar. Colombia ha mostrado su compromiso con estos objetivos desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), establecidos en el año 2000 (ONU Colombia, 2024).

En este contexto, el país diseña cada diez años un Plan Decenal de Salud Pública como estrategia para cumplir con las metas planteadas y garantizar el derecho fundamental a la salud, promoviendo el bienestar y la calidad de vida de su población. El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 busca alcanzar estos propósitos a través de acciones integradas en los niveles territorial, institucional y social, con un enfoque articulado, diferencial y sostenible. Este Plan se fundamenta en pilares estratégicos que incluyen: la protección social, la promoción de una cultura para la vida, el cuidado del ambiente y la integralidad en salud (MINSALUD, 2022). Estos elementos reflejan el esfuerzo del país por abordar los determinantes sociales de la salud y responder a los desafíos establecidos por la Agenda 2030. Además, sus ejes estratégicos contemplan la gobernanza, la gestión intersectorial de los determinantes de salud pública, la atención primaria y el desarrollo del talento humano del sector.

Aunque existen leyes e iniciativas del Estado para garantizar servicios de salud para todos los colombianos, aún hay regiones del país que carecen de acceso a la atención primaria en salud y a servicios médicos más especializados. Tal es el caso del departamento del Chocó, localizado en el Pacífico colombiano, donde diversos factores, como la herencia de la colonización, la violencia, el extractivismo y el abandono estatal, han perpetuado la privación de múltiples servicios esenciales.

Una de las dificultades que ha presentado el Estado colombiano para garantizar el derecho a la salud de su población ha estado vinculada con su forma centralizada de gobierno, provocando incapacidad para suministrar los servicios básicos en las regiones más alejadas de las capitales. Esto se refleja en la insuficiencia de centros de atención primaria y de niveles superiores en los territorios. La atención primaria está vinculada con la promoción y la prevención en salud, buscando que las familias, los individuos y la

¹ Se calcula dividiendo el producto interno bruto (PIB) de un lugar o país entre el número de habitantes.

sociedad puedan modificar los determinantes sociales de la salud en su territorio, por tanto, mejorando las condiciones de calidad de vida (MINSALUD, 2013). La prevención permite disminuir el hecho de que las personas acudan al sistema de salud cuando sus condiciones de salud son demasiado complejas y, por tanto, generando un costo más alto para el sistema.

De acuerdo con la cuenta satélite de salud 2018–2019 de Colombia (DANE, 2020b), en la cual se describe la financiación y el gasto del régimen contributivo², subsidiado³ y de seguros públicos y privados, el gasto en el régimen subsidiado fue del 97,1 % para la atención en funciones de salud y 2,9 % para la atención preventiva; en el régimen contributivo la atención en funciones de salud fue del 98,1 % frente a la atención preventiva con el 1,9 %. Es decir, el gasto fue bastante poco en prevención, en comparación con otros servicios asociados a tratamiento o emergencias.

El sistema de salud colombiano está integrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que es el órgano coordinador; las EPS (entidades promotoras de salud), responsables de la afiliación y el recaudo para ofrecer los servicios; las IPS (instituciones prestadoras de salud), que incluyen clínicas, hospitales, consultorios y laboratorios; las entidades territoriales; y la Superintendencia Nacional de Salud (MINSALUD, 2021). El Sistema de Seguridad Social en Salud está dividido en tres regímenes: el contributivo, el subsidiado y el especial (Magisterio, Fuerzas Militares, Universidades Públicas y Ecopetrol). En mayo de 2020, el 95,8 % de la población colombiana se encontraba afiliada: 43,6 % al régimen contributivo, 47,8 % al subsidiado y 4,4 % al especial (MINSALUD, 2021).

En relación con lo anterior, un notable porcentaje de los ciudadanos están inscritos en el régimen subsidiado, diseñado para acoger a quienes se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad. Independientemente del régimen, todos los afiliados tienen derecho a acceder a los mismos servicios. Según el DANE, aproximadamente el 12,1 % de la población colombiana se encuentra en situación de pobreza multidimensional⁴ (DANE, 2024b). En el Chocó, con una población de 457.412, este indicador asciende al 37,4 %, lo que sugiere que gran parte de sus habitantes está en el régimen subsidiado.

En este departamento existe una considerable proporción de afrodescendientes,

² Aquella población que posee capacidad de pago para contribuir al sistema de salud. Puede ser población que tiene un trabajo formal y, por tanto, está afiliada al Sistema de Seguridad Social o, también, aquellos que contribuyen voluntariamente al sistema.

³ Quienes no poseen capacidad de pago. El Estado financia los servicios de salud de esta población.

⁴ En Colombia, el indicador de pobreza multidimensional está conformado por cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y condiciones de la vivienda y acceso a servicios públicos domiciliarios (OPHI, 2022).

indígenas y palenqueros⁵ (DANE, 2021b), lo que destaca su riqueza cultural⁶, pero también evidencia profundas desigualdades, ya que un alto porcentaje carece de acceso adecuado a servicios básicos como salud, educación, energía y agua potable (DANE, 2020a).

Por otra parte, esta región ha sido víctima del conflicto armado durante décadas, pues convergen varios grupos al margen de la ley interesados en narcotráfico, minería ilegal y reclutamiento forzado de niños y adolescentes. Estas características justificaron la priorización del Chocó en el Acuerdo de Paz firmado en 2016 entre el Estado colombiano y las FARC-EP (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia- Ejército del Pueblo), cuyo objetivo no solo es el fin del conflicto, sino también la transformación socioeconómica de las regiones históricamente afectadas, donde el Estado ha mostrado su incapacidad para proveer servicios básicos y seguridad.

A pesar de esta priorización y de la promulgación de diversas leyes orientadas a garantizar el acceso a los servicios básicos desde la Constitución de 1991, las condiciones socioeconómicas y sanitarias del Chocó no han mejorado sustantivamente tras décadas de planeación. El Estado colombiano suscribió los compromisos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que reconoce la salud como un estado integral de bienestar físico, mental, social y ambiental, y no únicamente como la ausencia de enfermedad (OMS, 2024a).

En un escenario de exclusión y falta de servicios esenciales de salud, han surgido iniciativas comunitarias que establecen una relación simbiótica con las instituciones públicas, traducida en complementariedad institucional. Un ejemplo destacado es la partería tradicional, presente desde la colonización, que ha permitido el acompañamiento materno-infantil en comunidades sin acceso a servicios médicos. Sin embargo, pese a su relevancia, las parteras y parteros aún no han sido plenamente integrados al sistema de salud.

La partería en el Pacífico colombiano se sustenta en la solidaridad comunitaria y el saber ancestral, asumiendo un rol indispensable al complementar el sistema de salud

⁵ La comunidad palenquera está integrada por descendientes de personas esclavizadas que, a través de actos de resistencia y búsqueda de libertad, se asentaron en territorios de la Costa Norte de Colombia desde el siglo XV, formando los llamados palenques. Actualmente, se reconocen cuatro palenques: San Basilio de Palenque (Mahates, Bolívar), San José de Uré (Córdoba), Jacobo Pérez Escobar (Magdalena) y La Libertad (Sucre) (Unidad para las Víctimas, 2024a).

⁶ Según los resultados del censo de 2018, la población afrodescendiente representaba el 11,1%, una marcada disminución en comparación con el 82,1% reportado en el censo de 2005. Posteriormente, el DANE reconoció que hubo dificultades en la formulación y aplicación de la pregunta sobre autorreconocimiento, lo que afectó la precisión de los datos. En respuesta, la entidad se comprometió a implementar medidas para corregir esta situación en futuros censos.

formal y atender a gestantes en zonas de difícil acceso donde la cobertura estatal resulta insuficiente. A pesar de la ausencia de un marco normativo específico que las reconozca, estas redes sociales de parteras garantizan el bienestar materno-infantil y se constituyen en un pilar vital para las comunidades.

La investigación indaga las acciones que ha emprendido el Estado colombiano para implementar políticas públicas de salud en el Chocó desde una perspectiva de desarrollo sostenible, y examina de qué manera se ha visibilizado y valorado el rol de las parteras tradicionales como agentes que fortalecen la atención sanitaria en este territorio.

Aunque la Constitución de 1991 reconoce el derecho a la salud y se han desplegado múltiples políticas para promover una vida saludable, en el Chocó persisten indicadores preocupantes: altos niveles de pobreza multidimensional, rezagos en los avances del ODS 3 de la Agenda 2030, bajas tasas de vacunación, aumento de enfermedades prevenibles y elevadas cifras de mortalidad infantil. Estas deficiencias reflejan no solo carencias en infraestructura y acceso a la atención primaria, sino también un modelo de gobernanza centralizado que dificulta la implementación y el seguimiento efectivo de las políticas.

Los limitados ingresos de la población y la escasez de alternativas en el sector privado profundizan la falta de opciones para acceder a servicios sanitarios básicos o tratamientos preventivos. En este contexto de desigualdad y aislamiento, las redes de partería tradicional se consolidan como un componente esencial del bienestar comunitario, ofreciendo una respuesta efectiva a las necesidades de salud materno-infantil.

La formalización de la integración de estas redes al sistema de salud permitiría reducir las brechas de acceso existentes e impulsar el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible en la región, al reconocer y fortalecer prácticas ancestrales que han sostenido a las comunidades del Pacífico colombiano durante generaciones.

En cuanto a la producción científica, destaca el trabajo del grupo de investigadores de la ONG ILEX (2021), quienes desde una perspectiva jurídica analizaron la crisis de salud pública en el Chocó; la investigación de Mosquera y Cuesta (2022) sobre los “factores biosociales asociados a la mortalidad materna”, que identifica la necesidad de estrategias más efectivas; y el estudio de Astorquiza y Ospina (2020), que evidencia la alta susceptibilidad del departamento a la pobreza.

A pesar de estos esfuerzos, los temas vinculados a las políticas de salud en el Chocó aún requieren un análisis profundo. Las barreras de acceso persisten, la atención primaria enfrenta desafíos constantes y las estadísticas vitales muestran cifras preocupantes. En

este contexto, es imperativo evaluar estas políticas públicas, especialmente considerando el compromiso del Estado con el desarrollo territorial y la Agenda 2030.

El estudio examina las políticas públicas de salud en el Chocó, Colombia, y su repercusión en el desarrollo de sus habitantes. Toma como referencia la Constitución de 1991, sus leyes y normativas posteriores, así como la evolución de indicadores de salud asociados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Como caso de estudio, se centra en la partería tradicional del Pacífico, práctica ancestral que aporta de forma significativa a la salud materno-infantil. El análisis se apoya en principios constitucionales y en programas institucionales dirigidos a comunidades afectadas por el conflicto armado y el racismo estructural, adoptando un enfoque multicausal que integra a diversos actores e instituciones en la configuración de las condiciones de salud en el territorio.

La tesis se inicia con la presentación del problema de investigación, seguido de la formulación de las hipótesis y la definición de los objetivos; posteriormente, expone el marco teórico-metodológico que sustenta el estudio y analiza el contexto histórico, así como las políticas nacionales y departamentales pertinentes. Seguidamente, efectúa un contraste de los indicadores asociados al ODS 3 entre Colombia y el departamento del Chocó y examina el rol de la partería tradicional mediante entrevistas y encuestas; finalmente, integra los principales hallazgos en conclusiones y formula recomendaciones orientadas a fortalecer las políticas de salud en la región.

2 APROXIMACIÓN TEÓRICA-METODOLÓGICA

Este capítulo describe los procedimientos teóricos-metodológicos utilizados para cumplir con el objetivo de investigación.

2.1 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Dado el carácter de la investigación en la disciplina de políticas públicas y la complejidad del fenómeno estudiado, se opta por un enfoque mixto. Este enfoque combinará el análisis cualitativo, mediante la revisión documental, con el análisis cuantitativo, a través del uso de indicadores.

Es importante resaltar que los problemas relacionados con la salud pueden tener una pluricausalidad, por lo que explicarlos mediante estimaciones matemáticas donde se supone que el resto de las variables son constantes, puede significar alejarse de la realidad. De este modo, la metodología base será la cualitativa.

Las principales características de la investigación cualitativa son que: ella es inductiva, pues se relaciona más con el descubrimiento que con la verificación; es holística, pues se percibe el escenario y las personas en su totalidad, no son solo variables, sino algo integral; es naturalista, ya que el investigador se importa e intenta comprender a las personas y, por tanto, se importa por la lógica interna de la realidad que está analizando (Taylor; Bogdan, 1992).

Según Taylor y Bogdan (1992) y Gil (2002), este enfoque se centra en la producción de datos descriptivos, buscando explicar las características de una población o fenómeno específico, con la posibilidad de establecer relaciones entre variables. Además, estas investigaciones suelen acercarse al enfoque exploratorio, ya que no solo intentan identificar las relaciones entre variables, sino también entender la naturaleza de dichas relaciones. Este enfoque es comúnmente utilizado en estudios sociales.

Con lo anterior, el abordaje metodológico del trabajo puede clasificarse como una investigación cuantitativa y cualitativa o mixta, la cual “[...] implica la combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas, perspectivas teóricas, epistemológicas, miradas” (Mendizábal, 2018, p.7). Aunque se dará uso de la estadística para entender los avances en cuánto a políticas públicas en salud en el departamento del Chocó, el uso de herramientas cualitativas es necesario, pues se entiende que es uno de los tratamientos adecuados para analizar los fenómenos sociales.

Ya no es una osadía utilizar los MM⁷ en determinadas investigaciones en las ciencias sociales, su uso está difundido. Las definiciones han ido variando, están abiertas y, no obstante, puede haber controversias. La comunidad de los MM reconoce la relevancia de la combinación de las metodologías, la reflexión filosófica, los marcos teóricos, las miradas, la necesidad de integrar los resultados de cada aproximación y además, la conveniencia de formar equipos interdisciplinarios. He destacado que los MM se usan en determinadas ocasiones y esta opción no es una amenaza a las tradiciones cualitativa y cuantitativa. Surgen de la necesidad de los investigadores de responder preguntas complejas, de unir diversas perspectivas teóricas y datos diversos que dialoguen y se iluminen entre sí para comprender mejor un fenómeno social, tener confianza en los datos y disminuir su sesgo, obtener profundidad y amplitud, descubrir paradojas y captar procesos y varianzas. Los MM son una vieja práctica basada, en parte, en la triangulación, que fue muy utilizada en determinadas investigaciones de las ciencias sociales; no obstante, actualmente, debido a las continuas reflexiones, se ha enriquecido la nueva modalidad y, algunos autores quizá en forma exagerada la consideran como la tercera comunidad o el tercer movimiento metodológico (Mendizábal, 2018, p.16).

Según Marconi y Lakatos (2003) toda ciencia usa un tipo de técnica de acuerdo con sus propósitos, así mismo, una investigación exige del levantamiento de datos de diversas fuentes. La obtención de los datos, conforme a la perspectiva de las autoras, debe ser por medio de una investigación documental y de una investigación bibliográfica. En cuanto a la investigación documental o fuentes primarias, se usarán datos oficiales estadísticos, así como informes de diferentes organizaciones de carácter privado y público. Adicionalmente, se hará uso de entrevistas semiestructuradas y de un cuestionario en línea dirigido a los adscritos a la Red Interétnica de parteras y parteros del Departamental del Chocó (REDIPARCHOCÓ).

Se optó por el uso de entrevistas semiestructuradas, pues estas ofrecen más flexibilidad que las estructuradas, ya que se basan en preguntas previamente diseñadas, pero que pueden modificarse según el entrevistado. Su principal ventaja radica en la capacidad de adaptarse a cada persona, lo que facilita motivar al entrevistado, aclarar conceptos, resolver posibles ambigüedades y disminuir el nivel de formalidad (Díaz *et al.*, 2013). También, se dará uso de un cuestionario, que según Michel (2015), es una herramienta estructurada con preguntas abiertas y cerradas, respondidas por escrito sin la presencia del entrevistador, la cual debe garantizar claridad en las preguntas para evitar ambigüedades. En investigaciones remotas, el investigador debe ser cuidadoso para asegurar la veracidad y completitud de las respuestas, ya que el compromiso de los encuestados puede ser menor.

⁷ Métodos mixtos

Para la investigación bibliográfica o fuentes secundarias, se tendrán en cuenta las tesis, trabajos de conclusión de curso, artículos, periódicos, revistas y otras pesquisas que aborden el tema de estudio en cuestión.

Así mismo, la investigación se vale del método estadística descriptivo, que según Marconi y Lakatos (2003), consiste en la reducción de distintos tipos de fenómenos a términos cuantitativos, los cuales pueden ser manipulados mediante herramientas estadísticas, permitiendo analizar y comprobar la relación entre variables. Con base en este enfoque, se examinarán diversos indicadores suministrados por organismos del gobierno colombiano relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este análisis no se limitará a la Agenda 2030, sino que también considerará el periodo comprendido desde el año 2000, con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hasta los registros más recientes disponibles, que en general llegan hasta 2020. Mediante la elaboración de gráficos y tablas, se facilitará una mejor comprensión del panorama actual en materia de salud en el departamento del Chocó.

Tabla 1-Fuentes primarias y secundarias

Fuentes primarias	Fuentes secundarias
<ul style="list-style-type: none"> • Leyes, decretos, políticas nacionales e informes gubernamentales. Estos documentos permiten entender el marco legal y normativo que sostiene las acciones del Estado en materia de salud. • Indicadores tales como los suministrados por el Departamento Nacional de Estadística de Colombia que están relacionados con salud y otros que permitan identificar la realidad del Chocó (índices de pobreza, porcentaje de población afrodescendiente, mortalidad materna, nutrición infantil, entre otros) • Entrevista semiestructurada dirigida a quien representa la Red Interétnica de parteras y parteros del Departamental del Chocó (ASOREDIPARCHOCÓ) (Anexo A) • Encuesta aplicada a las y los parteros adscritos a ASOREDIPARCHOCÓ (Anexo B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Libros y artículos científicos relacionados con políticas públicas y con análisis acerca de la salud en el Chocó • Textos académicos referentes a conceptos que serán usados en la investigación.

Fuente: Elaboración propia

2.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Una política pública es una directriz realizada para enfrentar un problema público que se entiende como colectivamente relevante; esta trata sobre el contenido concreto y el contenido simbólico de las decisiones políticas (Secchi, 2015). Otra definición señala que es una resolución a un problema público reconocido como tal en la agenda estatal, por tanto, es la respuesta del ente político-administrativo a una realidad social que es considerada políticamente como inadmisibile (Subirats *et al.*, 2012).

Según Aguilar (Aguilar, 2012) las políticas públicas son acciones intencionales, pues están orientadas para realizar objetivos que son considerados como importantes para la sociedad y que resuelven un problema de interés o beneficio público, además son causales porque son consideradas idóneas y eficaces para resolver ese problema, es decir, son hechas para mudar una situación actual a una situación ideal posible en la realidad pública (Secchi, 2015). Como también, pueden ser un conjunto de acciones propias del comportamiento del gobierno y de la propia sociedad.

Otra definición de Saraiva y Ferrazi (2006) apunta a que la política pública es un flujo de decisiones públicas, desarrolladas con objetivo de mantener el equilibrio social o de introducir desequilibrios con el fin de mudar la realidad. Así mismo, es considerada como una estrategia que tiene diversos fines y que son deseados por los respectivos grupos de interés. Por tanto, aquella dinámica tendría como finalidad la consolidación de la democracia, la justicia social, el mantenimiento del poder, entre otras.

Por otro lado, su formulación e implementación requiere de la participación de una variedad de agentes y actores de la sociedad, ya que los problemas públicos no pueden ser tratados desde una sola perspectiva; las políticas públicas se materializan con instrumentos, tales como: leyes, programas, campañas, impuestos, decisiones judiciales, entre otros (Secchi, 2017). Para Kraf y Furlong (2009) las políticas públicas siguen un curso de acción o inacción gubernamental para dar respuesta a los problemas públicos, por ende, reflejan los valores más importantes de una sociedad, así como el conflicto entre valores; es decir, son una herramienta que deja en manifiesto cuál de los diferentes valores es más importante o a cuál se le da la mayor prioridad en la toma de decisiones, por lo menos para “el político y su coalición”.

Si bien, las políticas públicas son desarrolladas para solucionar un problema colectivo y su principal actor o protagonista generalmente es el Estado, otros actores

también pueden desempeñar ese papel. En la literatura especializada sobre políticas públicas los autores se dividen en dos abordajes: el estatista o estado-céntrico y el multicéntrico o policéntrico. El primer abordaje tiene como premisa que la autoridad del Estado está para corregir las fallas y divergencias del mercado, pues el propio sistema no tiene la capacidad de hacerlo y mucho menos lo tiene la comunidad. El segundo enfoque, reconoce la unión con múltiples actores, pues el Estado se articula con la sociedad de manera espontánea para la solución de problemas públicos. Esto en conjunto con organismos privados, instituciones no gubernamentales, entidades multilaterales, redes de políticas públicas, etc.

Según Heidemann y Salm (2009) la perspectiva de política pública actual va más allá de la visión de un gobierno de tipo clásico, reconociendo que este ya no es la única institución que puede servir a la comunidad política, es decir, a proveer y prestar servicios públicos, por tanto, el gobierno está envuelto en el proceso de política pública con otros múltiples actores. No obstante, el Estado sigue siendo el principal responsable de establecer políticas públicas, en consonancia con su razón de ser en el contexto moderno: al detentar el monopolio de la fuerza y controlar la mayoría de los recursos nacionales. Otros actores no estatales pueden influir en la formulación y ejecución de políticas públicas y disponen de instrumentos o mecanismos distintos a la coerción para lograr sus objetivos (Secchi, 2015).

Por otro lado, toda política pública tiene un efecto en la sociedad, estas pueden determinar la dinámica política, pudiendo mudar coaliciones o el equilibrio del poder (Secchi, 2015). Es así como Lowi (1964) estableció tipologías para las políticas públicas, demostrando que su contenido puede determinar un proceso político. Estas podrían ser regulatorias, distributivas o redistributivas.

Las políticas son “distributivas” si el problema puede ser resuelto mediante distribución o asignación de recursos (materiales, humanos, financieros, en especie, en efectivo). Se llamarán en cambio “regulatorias”, si el tipo de problema no puede ser resuelto a menos que se regulen las conductas de las personas mediante prohibiciones, prescripciones y se generen los incentivos y controles para promover la observancia de la norma. Se llamarán “redistributivas” si el tipo de problema es de magnitud estructural y abarca a la sociedad toda, por lo que no puede ser resuelto a menos que se lleve a cabo en algún grado una redistribución de la propiedad, el poder, el estatus social, a lo largo y ancho de la sociedad. (Aguilar, 2012, p.22)

Esta clasificación no es tácita, pues existen otras como la tipología de Wilson, de Gormley, de Gustafsson o de Bozeman y Pandey; sin embargo, la clasificación dada por

Lowi es la más aceptada en la academia. Adicionalmente, una política pública no siempre se encaja en una sola clasificación, pues puede contener elementos tanto regulatorios como distributivos (Secchi, 2015).

2.2.1 Análisis de políticas públicas

El análisis de las políticas públicas es, en esencia, el estudio de la acción de los poderes públicos en beneficio de la sociedad. Demanda la participación de varias disciplinas, por tanto, posee un carácter multidisciplinar, pues desde su surgimiento se fueron adhiriendo la economía, la ingeniería, la sociología, etc. Existen diferentes corrientes que intentan explicar esta disciplina, tales como: la de teoría y estado; la acción de los poderes públicos y; la evaluación de los efectos de la acción pública (Subirats et al., 2012).

La corriente de teoría y estado define al análisis de políticas públicas como un medio para explicar la esencia de la acción pública, entendiendo que existe una relación entre el análisis, la filosofía política y las teorías de Estado. La perspectiva de la acción de los poderes públicos o funcionamiento de la acción pública explica que es un medio para comprender el modo de operar de la acción pública teniendo en cuenta los ámbitos de convivencia colectiva. Por último, la corriente de evaluación de los efectos de la acción pública intenta demostrar los resultados de la acción del Estado y esos efectos en la sociedad directos e indirectos (Subirats *et al.*, 2012).

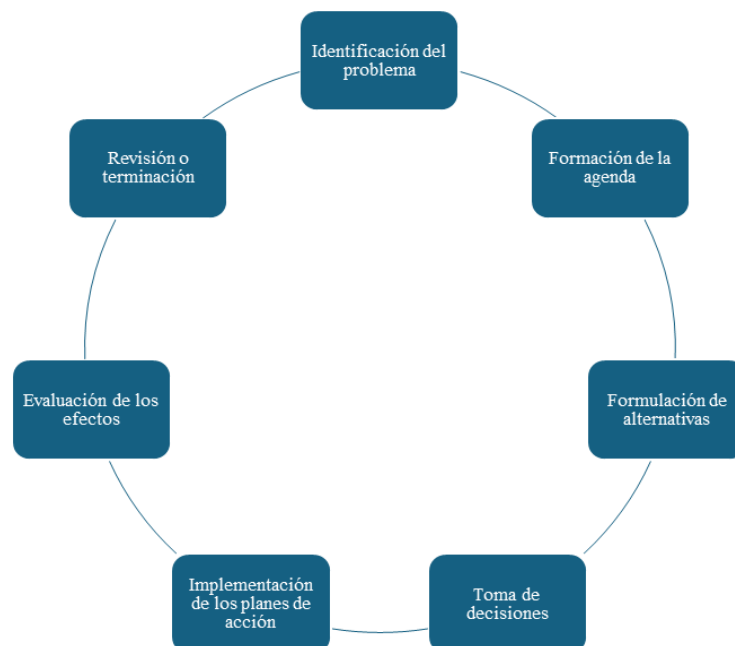
Para realizar un análisis de una política pública es necesario identificar sus componentes, partiendo de la premisa que tanto el contenido como las características de una política pública son producto de las interacciones entre actores del sistema, es decir, entre los actores políticos-administrativos y los grupos sociales que sufren los efectos de un problema. Adicionalmente, dicha política está compuesta por recursos (dinero, personal, tiempo, infraestructura, etc), también tiene un contenido (programa, planes, acciones gubernamentales, etc). Además, tiene unas reglas institucionales que son entendidas como estructuras formales que tienen sustento jurídico y otras no formales implícitas que son compartidas por los miembros de una comunidad u organización. Las reglas pueden incluir valores culturales, normas sociales, hábitos, rutinas jurídicas, contratos, acuerdos, entre otros (Subirats et al., 2012).

2.2.2 Ciclo de políticas públicas

Una política pública surge como una herramienta para mitigar un problema, así que el ciclo de esta se inicia con el surgimiento de un problema y se extiende hasta la evaluación de los resultados. De esta manera, el ciclo está compuesto por las fases: identificación del problema, formación de la agenda, formulación de alternativas, toma de decisiones, implementación de los planes de acción, evaluación de los efectos de la política pública y, por último, la revisión o terminación (Aguilar, 2012; Secchi, 2015).

Otra perspectiva sobre las fases de una política pública puede incluir un número variable de etapas, aunque generalmente mantienen cierta similitud entre sí. Lo relevante es que estas fases no necesariamente siguen un orden o secuencia lineal (Heidemann; Salm, 2009), sino que cumplen una función pedagógica o ilustrativa para facilitar su comprensión. De esta manera, el ciclo explicado a continuación representa solo una de las muchas aproximaciones teóricas disponibles.

Figura 1-Ciclo de políticas públicas



Fuente: Elaboración propia a partir de (Aguilar, 2012; Secchi, 2015)

Como se mencionó anteriormente, estas fases no son rígidas, por lo que no siempre hay un punto de inicio y fin definidos. Además, la evaluación puede llevarse a cabo en cualquier momento del proceso. Sin embargo, este ciclo es un esquema ampliamente usado para entender y dar sentido a las decisiones tomadas en el marco de una política

pública, es decir, sirve como soporte para los analistas, investigadores o políticos (Aguilar, 2012; Secchi, 2015).

2.2.3 Los actores

En todo escenario político en el que tenga cabida el Estado o los órganos del gobierno existen diversos individuos, organizaciones, movimientos, grupos, partidos políticos que tienen influencia en las políticas públicas. Esto en el proceso de construcción, en la implementación y en todo aquello que esté relacionado con política pública. A los cuales se les denomina actores, que tiene sus propios intereses y, por tanto, acaban influenciando dichas políticas. Su actuación puede darse en el movimiento social, por lobby, por huelga, etc. (Dias; Matos, 2012).

Para Secchi (2015) los actores son aquellos individuos, grupos u organizaciones que desempeñan un papel importante en la arena política, su relevancia depende de su capacidad para influenciar, directa o indirectamente, el contenido o los resultados de una política. Estos individuos consiguen a la opinión pública sobre problemas de interés colectivo y son quienes toman las decisiones acerca de si una iniciativa entra o no en la agenda.

Los actores pueden ser individuales o colectivos, los primeros pueden ser políticos, burócratas o formadores de opinión. Los colectivos son los grupos de interés u organizaciones que actúan en el escenario político. Estos a su vez pueden ser gubernamentales o no gubernamentales. Entendiendo la importancia de este elemento, a continuación, algunos de los principales actores que actúan en las políticas públicas:

Tabla 2- Actores en las políticas públicas

Actores	Naturaleza	Descripción
Actores fundamentales	Gubernamental	Políticos y equipo administrativo. Entre ellos, el presidente, los gobernadores, alcaldes, ministros, secretarios, senadores, diputados, etc.
Partidos políticos	No gubernamental	Estos pueden ser de coalición o de oposición

Equipo de gobierno	Gubernamental	Aquellos designados para integrar el equipo de gobierno o para asesorar a los políticos.
Cuerpo técnico	Gubernamental	Burócratas o funcionarios de carrera
Jueces	Gubernamental	Integran el poder judicial
Medios de comunicación	No gubernamental	Poseen influencia en la opinión pública, por medio de medios de comunicación de masa (periódicos, revistas, radios, televisión, redes sociales)
Empresas	No gubernamental	Corporaciones nacionales, transnacionales, pequeñas o medianas empresas.
Sindicatos	No gubernamental	Organizaciones que representan a los trabajadores o alguna profesión.
Organizaciones del tercer sector	No gubernamental	Fundaciones, ONGs, entidades filantrópicas.
Movimientos sociales	No gubernamental	Movimientos constituidos con determinado objetivo
Asociaciones comunitarias	No gubernamental	Sociedades de vecinos, juntas de acción comunal, comunidades territoriales, etc.
Grupos de interés	No gubernamental	Conjunto de individuos que buscan defender sus propios intereses.
Think tanks	No gubernamental	Organizaciones de investigación y consejeras de políticas públicas
Destinatarios	No gubernamental	Son aquellos para los cuales la política pública fue elaborada.

Fuente: Elaboración propia a partir de (Dias; Matos, 2012; Secchi, 2015).

De esta forma, para que una política pública sea implementada es necesario que exista un consenso entre los diferentes actores del sistema. Por tanto, que se haga efectiva dependerá de la correlación de fuerzas entre los diversos grupos envueltos en la iniciativa.

2.2.4 Identificación del problema

Los problemas públicos son en su defecto una construcción social que conlleva un proceso. Inicialmente, se presenta con un nivel de generalidad como problema colectivo, más adelante adquiere un reconocimiento social y, por último, se vuelve susceptible de entrar en la agenda política.

Para entrar en la agenda no basta con ser considerada como problemática, sino que es necesario que sea entendido como un problema político, producto de movimientos sociales y con la interacción de actores que den visibilidad ante las autoridades gubernamentales (Dias; Matos, 2012).

La percepción del problema: un problema público no existe sino en la mente de las personas. Un problema público, por lo tanto, es un concepto subjetivo o, mejor dicho, intersubjetivo. Una situación pública se vuelve insatisfactoria a partir del momento en que afecta la percepción de muchos actores relevantes (Secchi; Coelho; Pires, 2019, p.57, traducción propia).

Por tanto, si dicho problema posee el interés uno o algunos actores, estos pueden incentivar y luchar para que pueda entrar en la lista de prioridades de la acción de las autoridades para así entrar en la agenda.

2.2.5 Formación de la agenda

La agenda comienza a formarse cuando los actores consiguen que la problemática entre en la lista de prioridades de actuación. Y solo conseguirá cierto grado de interés por parte de las autoridades gubernamentales cuando: se constituye en una situación de crisis; expresa los intereses de grupos con posiciones estratégicas o grandes recursos y poder o; cuando se abre una oportunidad para que el actor obtenga alguna ventaja con ello (Dias; Matos, 2012).

Un problema puede salir y entrar en la agenda, esto debido a la limitación de los recursos financieros, humanos, materiales, por falta de tiempo o de voluntad política. También, puede ser que por cuenta de la presión popular no tenga éxito en la agenda. De este modo, pueden existir varias clases de agenda de acuerdo con los intereses: la gubernamental, pues esta despierta el interés de quienes formulan las políticas públicas; la decisoria, esta es un subconjunto de la agenda gubernamental, pues las decisiones son tomadas de forma activa y; la especializada, la cual es específica de ciertos sectores de la

esfera pública que vincula a expertos o a quienes están envueltos en áreas como la salud, la educación, la economía, etc. (Dias; Matos, 2012).

2.2.6 Formulación de alternativas

Cuando el problema ha entrado en la agenda, empiezan los esfuerzos para la construcción de las posibles soluciones a dicha problemática. La formulación de alternativas requiere del establecimiento de objetivos, estrategias y la identificación de posibles consecuencias de cada una de las soluciones planteadas. Esto se realiza por medio de consenso entre los políticos, los analistas y otros actores que están envueltos en el proceso. Por tanto, es la etapa en la que son generados los programas, campañas, estrategias, entre otros para lograr los objetivos definidos (Secchi; Coelho; Pires, 2019).

2.2.7 Toma de decisiones

La toma de decisiones es entendida como la etapa posterior a la formulación de alternativas. Esta fase representa el momento en que son expuestos los intereses de los actores y los objetivos como la estrategia es definida para solucionar el problema (Secchi; Coelho; Pires, 2019).

Estos actores influirán en el proceso de toma de decisiones, defendiendo sus intereses y recursos tanto materiales como ideológicos. La presencia de esta multiplicidad de actores significa que las decisiones no siempre son las más racionales o coherentes que podrían adoptarse, sino el resultado de la confrontación entre actores diversos (Dias; Matos, 2012, P.77, Traducción Propia).

Estas decisiones son producto de la disputa de poder y dependiendo la estructura política, cultural y económica de un país, ciertos grupos de interés poseen mayor influencia que otros. La decisión tomada se hace legítima por medio de leyes, decretos, resoluciones y otro tipo de instrumentos jurídicos. Sin embargo, esto no es garantía de que se cumpla, pues dependerá de múltiples factores políticos, tecnológicos, económicos, entre otros.

2.2.8 Implementación de los planes de acción

El momento de la implementación es cuando se hace efectiva la toma de decisiones, es pues el momento en que son producidos los resultados de la política pública y donde las reglas, rutinas y procesos son convertidos en acciones concretas (Gonçalves et al., 2017).

También, puede ser la fase en que mudan las estrategias, pues no siempre las políticas públicas continúan fieles a lo planeado inicialmente.

Según Dias y Matos (2012), cuando se pone en práctica una política pública, existen tradicionalmente dos tipos de análisis de la implementación: o modelo top down y el bottom up. El primero se refiere al desarrollo administrativo desde arriba para abajo o desde el centro hacia la periferia, es decir, tiene una perspectiva netamente jerárquica de la autoridad. Considera que los problemas surgen por divergencias en el control y adecuada coordinación.

El segundo, tiene una dirección opuesta, pues va del nivel bajo para arriba, ósea, del nivel técnico hacia el político. Este modelo defiende que es necesario partir de los comportamientos concretos en el nivel que se da el problema para así construir la política pública.

El modelo de implementación de arriba hacia abajo parte de una visión funcionalista y tecnicista de que las políticas públicas deben ser elaboradas y decididas por la esfera política, y que la implementación es un mero esfuerzo administrativo para encontrar los medios para alcanzar los fines establecidos. Este modelo también se visualiza como una estrategia de la clase política para "lavarse las manos" respecto a los problemas de implementación: si las políticas, los programas y las acciones están bien planificados, con objetivos claros y coherentes, entonces una mala implementación es el resultado de fallos de los agentes (por ejemplo, policías, maestros, médicos (Secchi; Coelho; Pires, 2019, P.76, Traducción Propia).

Sobre el modelo bottom up:

En este modelo, el formato que la política pública adquiere después de la toma de decisiones no es definitivo, y la política pública es modificable por aquellos que la implementan en el día a día. En pocas palabras, existe una mayor discrecionalidad por parte de los gestores y burócratas. Este papel de remodelación de la política pública por parte de quienes la implementan no se entiende como una distorsión, sino como una necesidad de aquellos que se enfrentan a los problemas prácticos de la implementación (Secchi; Coelho; Pires, 2019, p.77, traducción propia).

Así pues, la diferencia entre los dos modelos auxilia en la investigación sobre la implementación de la política pública. Por tanto, puede ser analizada partiendo de los documentos donde fue plasmada la formulación (top down) o puede ser mediante la observación empírica de la aplicación práctica de la política pública en manos de quienes la ejecutan (Secchi; Coelho; Pires, 2019).

2.2.9 Evaluación de los efectos

Es la etapa en donde se juzga los resultados de la acción pública. La evaluación puede darse antes, durante o después de la implementación de la política pública con el fin de identificar el estado de la acción y verificar la disminución o aumento del problema que la originó. Para realizar la evaluación, normalmente se usan algunos criterios, tales como: economicidad, productividad, eficiencia económica, eficiencia administrativa, eficacia, efectividad, igualdad y equidad (Secchi; Coelho; Pires, 2019). La evaluación puede tener un aspecto jurídico, técnico o político.

Una evaluación que se enfoque en aspectos jurídicos está más preocupada en verificar hasta qué punto se han alcanzado principios como la legalidad y la eficiencia administrativa, además del respeto a los derechos básicos de los destinatarios. Una evaluación que privilegie aspectos técnicos y gerenciales centra su atención en la productividad, el nivel de consecución de metas (eficacia), el menor uso de recursos (economicidad) y la eficiencia económica de un sistema, programa o política. Finalmente, una evaluación con connotación política prestará atención a aspectos de efectividad (generación de valor), la percepción de los destinatarios de la política pública, la legitimidad del proceso de elaboración de la política pública, la igualdad y la equidad, así como los impactos generados en el macroambiente (Secchi; Coelho; Pires, 2019, p.80, traducción propia).

Evaluar los efectos de la política pública es la oportunidad que tiene la administración de realizar ciertas acciones en función de los resultados obtenidos. Por ejemplo, la creación de nuevas políticas públicas; hacer prestación de cuentas; corregir y prevenir fallas; identificar las barreras que impiden el funcionamiento de las acciones; justificar las decisiones tomadas; optimizar los recursos, etc. (Dias; Matos, 2012).

Además, la evaluación permite identificar si la política pública puede tener continuidad cuando las adversidades que se presentaron son pequeñas; o si por el contrario debe efectuarse una reestructuración marginal, es decir, en los casos en que las adversidades en la implementación existan, pero no son graves para comprometer la política pública y; puede ser extinta, cuando los problemas públicos fueron resueltos o cuando los problemas de la implementación fueron graves y, por tanto, son insuperables (Goncalves *et al.*, 2017).

2.2.10 Revisión o terminación

La revisión o terminación es la etapa final del ciclo de vida de la política pública, esta puede extinguirse, puede tener continuidad o puede ser sustituida. Normalmente, las políticas públicas no son extintas completamente, pues los actores envueltos y los propios ejecutores poseen una serie de intereses o son beneficiados por ellas, lo que conlleva a

que se cree una necesidad en la sociedad. No obstante, algunas políticas públicas pueden ser inevitablemente extintas, como es el caso de las que tienen un carácter temporal o las que son regulatorias (Dias; Matos, 2012; Secchi, 2015).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL PROYECTO NEOLIBERAL DE AMÉRICA LATINA

Las políticas públicas se legitiman principalmente en el régimen democrático, pues se supone que el resultado de unas justas elecciones representa las aspiraciones de la ciudadanía y el gobierno elegido buscará cumplir con las necesidades de sus electores. Según O'Doneell (2008), un Estado democrático sanciona y respalda los derechos de su ciudadanía por medio de las instituciones y del sistema legal, además está caracterizado por cuatro dimensiones: eficacia de las burocracias estatales, efectividad de su sistema legal, el foco en la identidad y la condición de filtro. La primera, se encuentra organizada por complejas organizaciones que dictan responsabilidades para lograr un bien o interés público; la segunda, se refiere a la serie de reglas que determinan y controlan las relaciones sociales; la tercera, refleja la importancia de la identidad nacional o reconocimiento de los ciudadanos de un mismo territorio (somos colombianos, peruanos, ecuatorianos, etc) y; la última, se refiere al grado de abertura que se tiene con el exterior en el entorno globalizado, buscando mediar para garantizar el bienestar de la población y de los agentes económicos dentro de su espacio. Si estas dimensiones logran funcionar razonablemente bien, el Estado podría cumplir con su papel articulador de las relaciones sociales en su territorio y, por tanto, ser promotor del desarrollo humano.

En América Latina como en el norte global, las políticas públicas pueden ser una herramienta para enfrentar las propias desigualdades y divergencias de la sociedad y, por tanto, el desarrollo ha estado vinculado con el papel activo del Estado. No es simplemente aquel ente que actúa como corrector de los “fallos de mercado” tal y como lo dicta la economía más ortodoxa o el neoliberalismo que aboga por el anti-estatismo con aquel argumento acerca de que es insostenible mantener el Estado de bienestar, especialmente, después de las lecciones de la década de 1980.

Chang Ha- Joon (2004) en su obra “Pateando la escalera” reflexiona sobre una de las contradicciones del capitalismo: la convicción de las naciones desarrolladas para las cuales el libre comercio y el Estado mínimo determinan las “buenas políticas” para garantizar el crecimiento económico. Sin embargo, el papel preponderante del Estado ha sido clave en el desarrollo de estas naciones, lo que le ha permitido a su población adquirir

derechos sociales. Sobre los países en desarrollo, Chang señala que estos adoptaron políticas de apertura y liberalización económica, impulsados en gran parte por las recomendaciones y condiciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial; así mismo sostiene que estas políticas no han llevado al desarrollo prometido, sino que por el contrario ha generado dependencia y ha limitado al Estado en la protección y fortalecimiento de sus industrias.

La cruda realidad es que las “reformas de políticas” neoliberales no han sido capaces de cumplir con su promesa fundamental, a saber, obtener el desarrollo económico. Cuando se estaban poniendo en práctica se nos dijo que, en tanto que esas “reformas” podrían incrementar la desigualdad a corto plazo y posiblemente también a largo plazo, producirían un crecimiento más rápido y en último término darían lugar a una mejora generalizada con mayor eficacia que las políticas intervencionistas de los años de la posguerra. El historial de las últimas dos décadas demuestra que sólo la parte negativa de esta predicción se ha cumplido. La desigualdad de las rentas creció tal como se predijo, pero la prometida aceleración del crecimiento nunca se hizo realidad. De hecho, el crecimiento se ha desacelerado considerablemente durante las dos últimas décadas, especialmente en los países en desarrollo, en contraste con el período 1960- 1980, en el que predominaban las “malas” políticas (Chang, 2004, p.190)

Con el Consenso de Washington⁸ se fue reforzando un enfoque globalista en cuanto a la uniformidad en las agendas nacionales, fortaleciéndose la idea sobre las instituciones adecuadas en un entorno globalizado, en donde el mercado volvió obsoleto cualquier otro sistema económico conocido, caracterizándose por: disciplina fiscal, control de gasto público, moderado gasto social, liberalización financiera y comercial, privatización de empresas estatales y mayor apertura económica. Así pues, en América Latina se robusteció el sistema democrático, pero el Estado comenzó a perder la figura de institución pública, generando incapacidad para garantizar el acceso universal a los servicios básicos y, por tanto, perdiendo su poder infraestructural (Diniz, 2011).

Para Jorge Castañeda (1994), las políticas neoliberales en Latinoamérica no fueron simplemente una elección de los gobiernos de la región, sino el resultado de una combinación de varios factores: presiones externas e internas; crisis económicas; inestabilidad política; un incipiente desarrollo de la clase media; influencia de gobiernos populistas; entre otros.

Sin embargo, en América Latina, dos factores bloquearon esta evolución. El primero es que los gobiernos democráticos fueron la excepción y no la regla, en buena

⁸ Políticas de libre mercado recomendadas a América Latina en las décadas de 1980 y 1990. Se argumentó que la implementación de estas políticas podría ampliar la brecha de desigualdad económica debido a la dinámica de crecimiento que producirían; sin embargo, redundaría en el crecimiento llevaría a un aumento en los ingresos de las personas de menores recursos (CANLLINICOS, 2006).

medida porque las clases adineradas entendieron que la democracia implicaría algún tipo de redistribución. En segundo lugar, gracias a la movilidad del capital y los apoyos externos al autoritarismo local, surgieron dos mecanismos que no estaban disponibles en Europa a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, y que permitieron a las élites prosperar y resistir a la democracia representativa y a la redistribución que suele implicar. La internacionalización de la política y de los flujos de capital ofrecieron a las élites latinoamericanas opciones que sus predecesoras en otras partes no tuvieron: pedir ayuda o retirarse. Por lo tanto, el edificio social viciado y su respectiva estructura tributaria se volvieron aparentemente inmutables: las desigualdades sociales persisten porque se truncó el papel redistributivo del Estado, posible sobre todo (aunque no solo) a través de la vía tributaria y fiscal. La estructura tributaria perdura porque transformarla implicaría una imposición democrática — forzando a los ricos a pagar mediante las urnas —, o una modificación de la estructura social: expandiendo la clase media. Cuando algunas transformaciones ocurrieron durante las épocas populistas, solo afectaron a una minoría de clase media y fueron interrumpidas antes de alcanzar un segmento más amplio. (Castañeda, 1994, p.335, traducción propia).

Continuando con lo anterior, Castañeda (1994) afirma que el gran desafío en América Latina es lograr una combinación entre crecimiento económico y equidad social, algo que resulta casi imposible debido a los elevados recursos necesarios, además de las múltiples resistencias, tanto internas como externas, para obtenerlos.

Por otra parte, O'Donnell (2008) afirma que a pesar de las críticas al Estado hipertrofiado, al modelo Weberiano o al anti-estatismo⁹, parece ser que no existe un modelo único que sea adecuado para todo estado, sino que debe aprenderse de los aciertos y de los propios errores buscando un diseño adecuado para las múltiples instituciones y responsabilidades del estado, además que es necesaria la discusión pública para decidir qué tipo de perfil debe adoptarse para propiciar la democracia y no simplemente garantizar el libre mercado y el crecimiento económico.

En este sentido, los programas sociales que cobraron relevancia en la década de 1990 en América Latina han perpetuado la estratificación. En otras palabras, estos programas de naturaleza neoliberal se han centrado en el asistencialismo dirigido principalmente a las capas más pobres de la población. Adicionalmente, contrario a las premisas antiestatales donde prima el mercado, el Estado fue el motor propulsor de las reformas, privatizaciones, apertura económica, etc. Su papel fue activo en el desarrollo del proyecto neoliberal (Gaitán, 2011).

Por otro lado, la financiación estatal se ha visto dificultada debido a un sistema tributario regresivo, donde el discurso político sobre la importancia de los mercados de

⁹ Se refieren a diferentes enfoques o modelos en la teoría y práctica del Estado, la burocracia y la política, cada uno representando una manera de entender la intervención del Estado en la sociedad y la economía. Algunos autores que han analizado o criticado estos enfoques incluyen a Hayek y Friedman (en relación con el Estado hipertrofiado); Max Weber (cuyo análisis sobre la burocracia derivó en lo que se conoce como "modelo weberiano"); y Murray Rothbard, Friedman, Hayek, entre otros (anti-estatismo).

capitales prevalece. Esto basándose en la supuesta búsqueda de disciplina fiscal y salud macroeconómica, siguiendo las directrices del Fondo Monetario Internacional, que prioriza la eficiencia económica sobre la equidad. Como resultado, se han impuesto en su mayoría impuestos regresivos, como los impuestos al consumo, en detrimento de la progresividad de los impuestos directos. Adicionalmente, la incapacidad para incorporar a las personas naturales en la base del impuesto sobre la renta ha obstaculizado la implementación de un sistema tributario adecuado en América Latina que permita el desarrollo de sistemas de protección social acordes con la responsabilidad de un estado democrático (Castañeda, 2013). De acuerdo con Andras Uthoff:

[...] en América Latina las finanzas públicas se caracterizan por un bajo nivel de tributación -con algunas excepciones como Brasil- y una distribución sectorial del presupuesto que limita el gasto social, haciéndolo excesivamente dependiente de los gastos en seguridad social, y por un comportamiento pro cíclico y de escaso efecto distributivo. La baja carga tributaria limita la capacidad de financiamiento de prestaciones sociales universales y hace imposible la garantía de derechos económicos, sociales y culturales a través de políticas públicas (CEPAL, 2007)

En cuanto al suministro de servicios públicos, como la salud, el Estado puede o no ser el principal proveedor, dependiendo del paradigma de bienestar en el que se base. Según Esping-Andersen (1993), el bienestar social se centra en los principios de desmercantilización y desfamiliarización, ambos relacionados con la capacidad del Estado para proveer servicios entendidos como derechos, protegiendo así a las personas de depender exclusivamente del mercado y la familia para satisfacer sus necesidades básicas. Las principales formas de Estado de bienestar son: el modelo liberal, el conservador/corporativista y el socialdemócrata.

Un estado de bienestar en un sistema liberal se caracteriza por dar prioridad al "libre mercado" como proveedor del bienestar, donde lo privado prevalece sobre lo público y solo aquellos en condiciones precarias o con insuficiencia económica pueden acceder a programas de asistencia social, es decir, son dirigidos principalmente hacia las personas más vulnerables y con menor estratificación social, ejemplificado en países como Estados Unidos y Canadá. En contraste, el modelo conservador brinda bienestar social a la población contribuyente y a los empleados públicos, vinculando los derechos a la clase y al estatus social, como en los casos de Alemania e Italia. Por último, el modelo socialdemócrata se caracteriza por ofrecer servicios universales, garantizando a todos los ciudadanos los mismos derechos y acceso a servicios básicos para una buena calidad de vida, ejemplificado por Suecia y Noruega (Esping-Andersen, 1993). El caso de

Latinoamérica es descrito en el informe de la CEPAL de 2007 sobre “Familias y políticas públicas en América Latina”:

Ante la ausencia de un Estado de bienestar con cobertura universal, la ciudadanía se ha ido organizando- en forma autónoma o promovida por reformas- en compradores y proveedores de prestaciones sociales, creando las bases para que el mercado opere en la satisfacción de sus necesidades. De este modo, las familias- en forma individual u organizada por medio de organizaciones privadas y del propio gobierno- pueden constituirse en compradores de servicios educacionales, de salud, de previsión, de vivienda y hasta de seguridad ciudadana. Por su parte, los proveedores individuales o agrupados en redes de prestadores públicos o privados pueden ofrecer las prestaciones. Independientemente de que el gobierno tenga mayor o menor injerencia en generar y regular estas empresas, lo importante es que los pagos de bolsillo pasan a constituir una segunda gran fuente de financiamiento de las políticas sociales. En la medida en que el Estado desee mantener el control sobre la gestión de la política social bajo la modalidad de mercado, deberá regular la calidad de las prestaciones, así como los cobros que por ellas se realizan. (CEPAL, 2007, p.303)

Según la CEPAL (2007) en Latinoamérica como en Colombia la proporción del servicio de la salud ha funcionado bajo la lógica de oferta de bienes y servicios públicos y la administración de sistemas contributivos de protección social. Por tanto, presentando una combinación entre la oferta pública de prestaciones y la administración privada de las cotizaciones de afiliados, pero con aparentes malos resultados en cuanto a una dificultad en la estructura del gasto, debido a la baja carga tributaria, lo que no basta para proveer servicios de calidad para todos.

Las políticas públicas en salud están acompañadas de programas, campañas, leyes, entre otros. Sin embargo, uno de los ejes transversales que le caracterizan son la promoción y la prevención en salud, específicamente desde la atención primaria. Para Franco (2015), estos sistemas son los encargados de prestar atención integral y apropiado a lo largo del tiempo, garantizando el primer contacto cuando el usuario ingresa al sistema, permitiendo que sean las familias y comunidades la base para la planificación y acción.

Colombia, un país unitario donde las decisiones importantes provienen de la capital, presenta diferencias sustanciales al comparar el sistema de salud de las principales ciudades con el de las zonas rurales o los denominados territorios de la “Colombia profunda”¹⁰. Por ello, las condiciones de infraestructura en salud primaria y en otros niveles en territorios como el Chocó son precarias.

El mantenimiento de las políticas en salud está sujeto al papel preponderante del Estado, pues le corresponde a este actor intervenir para corregir las fallas, desempeñando

¹⁰ Término que hace referencia a las regiones más alejadas, rurales y marginadas del país, que históricamente han estado fuera de los centros de poder político, económico y cultural, como Bogotá y otras grandes ciudades.

un rol activo en la ejecución de instrumentos y mecanismos de diferentes índoles (Ortegón, 2008). El departamento del Chocó es uno de los territorios que, debido a sus características socioeconómicas parece no ser importante para la lógica dominante del mercado.

2.4 COMPLEMENTARIEDAD INSTITUCIONAL

Según el economista Robert Boyer (2005), la complementariedad institucional se refiere a la idea de que las instituciones dentro de un sistema económico y social no operan de manera aislada, sino que se refuerzan mutuamente. En otras palabras, el buen funcionamiento del sistema no depende únicamente de la acción individual de cada institución, sino de la forma en que estas interactúan y se coordinan entre sí.

Así pues, la complementariedad institucional es esencial para la coherencia de los sistemas socioeconómicos, ya que cuando las instituciones están alineadas y se refuerzan entre sí, el sistema es más eficiente y resistente. Si, por el contrario, las instituciones son incompatibles o se encuentran en conflicto, esto puede generar disfunciones. Además, la complementariedad puede ser dinámica, pues a medida que las economías cambian, las relaciones entre las instituciones pueden transformarse, lo que puede requerir adaptaciones y nuevas regulaciones para dar sentido al sistema, pero no está exento de generar tensiones, en especial, en momentos de crisis o cambios estructurales (Boyer, 2005).

Para el Estado no es tarea simple la de asumir la satisfacción de las necesidades sociales básicas de los ciudadanos, por lo que esta responsabilidad se combina con la de la familia y otras instituciones de la sociedad civil (Esping-Andersen, 1993). El mercado se rige por reglas económicas que no garantizan la producción de bienes y servicios sociales a precios accesibles para toda la población, así que el Estado y las instituciones de la sociedad civil, incluidas las redes primarias de solidaridad basadas en el parentesco, la vecindad y la amistad, son llamados a intervenir de diversas maneras y con distintos niveles de participación (Hespanha; Hespanha, 2011).

Según Maria José y Pedro Hespanha (2011), el apoyo social es capaz de movilizar recursos traducidos en apoyo emocional o de cuidados para el tratamiento y el acompañamiento en caso de enfermedad, que puede situarse en la esfera privada en la figura de redes primarias de sociabilidad (amistad, familia, vecinos) o también por medio de la sociedad civil, a partir de redes secundarias (asociaciones, ONG's, etc). Aunque este tipo de relaciones no son coherentes con la racionalidad típica del mercado, han persistido a través del tiempo y de los cambios y variedades del sistema capitalista.

2.4.1 La partería tradicional

Según la UNESCO (2024), las matronas o parteras/parteros son quienes acompañan a las mujeres en estado de embarazo y a sus familias antes, durante y después del parto. A lo largo de la gestación, realizan visitas a domicilio, ofrecen cuidados y orientación, y facilitan cursos de preparación para el parto. Ayudan a proteger los derechos humanos fundamentales al transmitir sus conocimientos a las madres y sus familias. Basada en prácticas médicas respaldadas por evidencia, la partería combina saberes, habilidades y técnicas tradicionales, las cuales pueden variar dependiendo del entorno natural y sociocultural de cada comunidad o país, e incluso incluir conocimientos en medicina tradicional y el uso de plantas medicinales. Además, la partería integra prácticas culturales, un lenguaje propio, así como rituales y celebraciones específicas.

Existen diferentes tipos de partería, en uno se incluyen las/os parteras/os profesionales que son quienes han concluido con éxito un programa de formación superior en partería y que poseen conocimientos en enfermería y obstetricia. Por otra parte, se encuentran los y las parteras tradicionales que son las personas con experiencia en la atención del parto y que, además, poseen saberes ancestrales de acuerdo con el sistema cultural propio al que pertenecen (DANE, 2023). En países como Canadá, Australia, Estados Unidos, Reino Unido y Países Bajos, la partería es considerada como una profesión regulada, y en algunos casos, financiada con recursos públicos. En cuanto a la mortalidad materna, en esos países se registraron tasas bajas de mortalidad materna entre 2017 y 2018, siendo aproximadamente de 6,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, con excepción de Estados Unidos, donde la tasa llegó a 17,4 (debido a los altos costos y a la limitada oferta de servicios de salud). En el continente americano el primer país en regularizar y legalizar la partería fue Canadá en 1991. En este país el registro de nacimientos y defunciones, lo puede realizar el personal médico y también los y las parteras (DANE, 2023).

A pesar de que la partería ha sido una práctica milenaria, los avances en la medicina y la formalización de las profesiones por medio de las universidades, han contribuido con la estigmatización de la práctica, las leyes de los países han incluso penalizado a quienes practican esta labor. En América Latina, la partería se ha llevado a cabo de manera tradicional por parte de las comunidades afro e indígenas y hasta el momento subsisten en un bajo porcentaje en comparación con la practicada en la medicina tradicional u occidental. Por otra parte, según el informe “El Estado de las Matronas en el Mundo 2021”, se calcula

que existe una escasez mundial de 900.000 parteras y se busca que esa cifra disminuya para 2030 (UNFPA, 2021).

La trayectoria en Colombia ha sido similar a las realidades de otros países, pues desde la apertura de la primera escuela de enfermería en 1920, el rol de quienes asisten los partos se ha concentrado en los profesionales en medicina. El Decreto 2311 de 1938 y el Decreto 1260 de 1970 regularon quiénes podían asistir y certificar los nacimientos. El primero exigía que las parteras tuvieran un certificado emitido por facultades de medicina para poder ejercer, de lo contrario, enfrentarían sanciones. El segundo estipulaba que solo médicos o enfermeras podrían emitir los certificados de nacimiento (DANE, 2023). Estas regulaciones generaron falta de reconocimiento y creó obstáculos para el registro de recién nacidos, pues los hospitales no aceptaban a bebés atendidos por parteras, considerándolo una práctica ilegal (Villalobos, 2019).

El Decreto 1171 de 1997 ofreció una alternativa para el registro de los nacimientos, permitiendo que las familias lo hicieran con testigos y producto de ello muchas familias sin posibilidad de costear los gastos para registrar al recién nacido, produjo un problema denominado “falta de identificación heredada”, pues la falta de registro impedía la identificación del neonato (DANE, 2023).

Con la resolución 1077 de 2017, se destacó que la necesidad de que quienes practicaban esta labor tuvieran la posibilidad de registrar los nacimientos en los territorios alejados y sin acceso a servicios básicos de salud. Así pues, con el Decreto 356 de 2017 se permitió que los y las parteras tradicionales junto con médicos y enfermeros, pudieran expedir certificados de nacimiento para el registro civil. Posteriormente, con la Resolución 3676 de 2021 se autorizó a los y las parteras de ASOREDIPAR CHOCÓ a certificar los nacimientos en un formato único para personas de grupos étnicos. Adicionalmente, en 2022 la Sentencia T-128 reconoció la partería tradicional como un saber ancestral y ordenó al Ministerio de Salud a integrarlos al Sistema de Seguridad Social. Con la Resolución 1035 de 2022, se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que incluye acuerdos para el registro y caracterización de parteras/os y otros médicos tradicionales afrocolombianos. También se propuso promover el intercambio de saberes entre la medicina ancestral y la medicina occidental, fortaleciendo la identidad cultural de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras (DANE, 2023).

2.5 LA RACIALIZACIÓN COMO DETERMINANTE DE LA MARGINALIDAD

Wacquant (2014), utilizando los conceptos desarrollados por Bourdieu, explora las conexiones triangulares entre clase, raza y Estado. En su análisis, identifica elementos transversales como el poder simbólico, el campo burocrático, el espacio social y el habitus, los cuales ayudan a entender cómo el Estado influye en la organización y destino de los espacios urbanos. El poder simbólico se refiere a la visión del mundo que el propio aparato estatal proyecta sobre un determinado espacio; el campo burocrático regula la distribución de bienes públicos y está influido por las percepciones simbólicas; el espacio social organiza y mapea la distribución de recursos, estableciendo oportunidades y condiciones de vida en función de la jerarquía de cada lugar; y el habitus se manifiesta en las realidades vividas y da legitimidad a esta organización como algo natural. Según Wacquant, la estructura urbana y la vida en la ciudad están profundamente moldeadas por el Estado, quien establece el marco de posibilidades y limitaciones en función de estas dinámicas.

Cuando las personas más afectadas por este sistema son principalmente mujeres y niños afrodescendientes, Mbembé (2016) denomina esta instrumentalización de las vidas humanas como "necropolítica". Este concepto se refiere a una estructura de poder que decide quién vive y quién muere, configurando una realidad en la que ciertos individuos quedan relegados al estado de "muertos vivos". La necropolítica, por tanto, implica una deshumanización y un control sobre los cuerpos de las personas marginalizadas, llevándolas a una existencia precaria y vigilada.

En relación con lo anterior, Nicholas Mirzoeff en su artículo *"El derecho a mirar"* (2016) analiza cómo el poder no solo implica el control de los cuerpos, sino también la capacidad de "visualizar" a los otros, es decir, de controlarlos y categorizarlos a través de la mirada. Esta capacidad de ver y ser visto ha sido históricamente un privilegio de las clases dominantes, particularmente de la clase blanca. Como señala Mirzoeff, "el derecho a mirar es también el derecho a ser visto", reflejando así la intersección entre visibilidad y poder. En este sentido, la capacidad de observar y tomar decisiones sobre los cuerpos ajenos constituye una dimensión más de la racialización y de la dominación simbólica.

De este modo, al integrar los conceptos de Wacquant, Mbembé y Mirzoeff, es posible entender cómo la racialización se convierte en un factor determinante de la marginalidad. La construcción del espacio urbano y el desarrollo socioeconómico de las poblaciones, influenciados por el poder simbólico del Estado, refuerzan las jerarquías sociales y limitan las oportunidades de vida para ciertos grupos. La necropolítica describe cómo las vidas de

las personas racializadas se convierten en objeto de control y eliminación, mientras que el 'Derecho a mirar' de Mirzoeff expone la perpetuación de privilegios que deshumanizan a estas comunidades. Estos autores muestran que la marginalización de las poblaciones racializadas no es solo una cuestión de desigualdad económica, sino también una manifestación de poder simbólico, control social y de un Estado que decide qué vidas tienen valor y cuáles no.

2.6 LA ESCUELA FRANCESA DE SOCIOLOGÍA URBANA: INFLUENCIA DEL ESPACIO EN EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO

La escuela francesa de sociología urbana, a través de sus principales exponentes (Lefebvre, Harvey y Castells), contribuyó a comprender las características del espacio y cómo este es influenciado por las relaciones sociales, las cuales inciden en el desarrollo socioeconómico. Asimismo, analizaron la importancia de los centros urbanos para la acumulación capitalista, construidos en función del capital, que, según Lefebvre, moldea la ciudad mediante la inversión y la división social del trabajo (Lima; Simões; Monte-Mór, 2014).

Las necesidades sociales tienen un fundamento antropológico; opuestas y complementarias, comprenden la necesidad de seguridad y de apertura, la necesidad de certeza y la necesidad de aventura, la de organización del trabajo y la del juego, las necesidades de previsibilidad y de imprevisibilidad, de unidad y de diferencia, de aislamiento y de encuentro, de intercambios e inversiones, de independencia (e incluso de soledad) y de comunicación, de inmediatez y de perspectiva a largo plazo. El ser humano también tiene la necesidad de acumular energías y la necesidad de gastarlas, e incluso de desperdiciarlas en el juego. Tiene la necesidad de ver, de oír, de tocar, de degustar, y la necesidad de reunir esas percepciones en un "mundo". A estas necesidades antropológicas socialmente elaboradas (es decir, a veces separadas, a veces reunidas, aquí comprimidas y allí hipertrofiadas) se suman necesidades específicas, que no satisfacen los equipamientos comerciales y culturales que son más o menos parsimoniosamente considerados por los urbanistas. Se trata de la necesidad de una actividad creadora, de obra (y no solo de productos y bienes materiales consumibles), necesidades de información, de simbolismo, de imaginario, de actividades lúdicas. A través de estas necesidades especificadas vive y sobrevive un deseo fundamental, del cual el juego, la sexualidad, los actos corporales como el deporte, la actividad creadora, el arte y el conocimiento son manifestaciones particulares y momentos, que más o menos superan la división parcelada de los trabajos (Lefebvre, 2011, p.105, traducción propia).

De acuerdo con Lefebvre (2011), el espacio es un producto social y cada sociedad reproduce su propio espacio de acuerdo con sus relaciones sociales, productivas y culturales. Deberían ser los propios individuos quienes lo transformen de acuerdo con sus necesidades, y, por tanto, cuando el Estado quiere implementar políticas sociales y

económicas, debe considerar el papel del espacio en el desarrollo del tejido social, aspecto que las políticas públicas deben impactar (Lima; Simões; Monte-Mór, 2014).

2.7 DESARROLLO Y SALUD

La idea de crecimiento económico y su relación con el bienestar social surgió después de la Segunda Guerra Mundial, cuando, debido a la necesidad de reconstruir un mundo devastado por el conflicto, se implementaron una serie de medidas orientadas a generar bienestar para los habitantes de esos países. La creación de la ONU en 1945 tiene en su fundamento la premisa de la libertad individual y la garantía de los Derechos Humanos. Con este propósito, se crearon instituciones internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de la Salud, entre otras (Oliveira, 2002).

El concepto de desarrollo ha venido ganando espacio hace algunas décadas, en especial, en materia de teoría económica y sociológica. Las definiciones más ortodoxas, por ejemplo, para la economía clásica ha significado esencialmente el crecimiento del producto, es decir, el aumento del PIB¹¹. Sería, por tanto, sólo crecimiento, mayor productividad y mayores bienes, pero desconociendo el efecto que tiene la acumulación desenfrenada (Oliveira, 2002).

Entre el siglo XVIII y XX, con las turbulencias ocasionadas por la revolución industrial, la sociedad tenía una fuerte preocupación por buscar cambios en materia política con el objetivo de garantizar derechos civiles. Ya para mediados del siglo XX se procuró buscar cambios en materia social, donde diversos movimientos sociales ganaron protagonismo y fueron adhiriéndose al recién nacido mundo globalizado. En esta trayectoria, el ser humano nunca estuvo tan preocupado por su propia extinción como ahora, en los siglos pasados la preocupación se centraba en las epidemias, en las propias guerras o en la bomba atómica, pero en la actualidad la atención se encuentra más que nunca en el medio ambiente y en la necesidad de asegurar un planeta habitable para las próximas generaciones (Nascimento, 2012).

Ahora bien, las definiciones actuales sobre el desarrollo contemplan también el medio ambiente. Por ejemplo, mucho se ha discutido que la “superpoblación” resulta ser perjudicial, pues los recursos son limitados y el crecimiento desmedido de la población siempre sería mayor que el de la producción de alimentos. Sin embargo, la innovación

¹¹ Producto Interno Bruto.

tecnológica ha traído mayor productividad en la agricultura y los estudios demográficos han demostrado que las tasas de crecimiento de la población se han reducido (Alcalde, 2023).

El Club de Roma, en 1972, presentó sus postulados en un informe que trajo nuevos elementos, tales como: la aceleración de la industrialización; el aumento de los indicadores de desnutrición; el rápido crecimiento poblacional; la sobreexplotación de los recursos naturales no renovables y; el deterioro del medio ambiente (Oliveira, 2002). El impacto del informe hizo que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) promoviera la denominada Conferencia de Estocolmo en el mismo año y con ello se empezará a discutir el concepto de desarrollo sostenible (Nascimento, 2012), siendo la primera gran reunión en la que se concentraron temas relacionados con el medio ambiente, esto como consecuencia de la creciente atención internacional hacia la preservación del planeta y a la calidad de vida de la humanidad (Corrêa Do Lago, 2013).

Después de los resultados de la Conferencia de Estocolmo se creó la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, consiguiendo empezar a relacionar el medio ambiente con el crecimiento económico. En 1987, la comisión presentó por primera vez el concepto de desarrollo sostenible en el informe Brundtland (Silva; Souza; Leal, 2012), en este es concebido como aquel que debe atender las necesidades del presente, pero sin comprometer la garantía de las propias condiciones básicas de las generaciones futuras (ONU, 1987).

En 1992 se llevó a cabo la Conferencia de Rio, la cual contribuyó para entender que los daños ambientales son mayoritariamente responsabilidad de los países desarrollados, reconociéndose que los países en vía de desarrollo debían recibir mayor apoyo financiero y tecnológico para enfrentar la crisis climática. Posteriormente, en la Cúpula de Johannesburgo en 2002, se concluyó que el desarrollo sostenible está formado por tres pilares: el económico, el social y el ambiental (Corrêa Do Lago, 2013).

La definición de sostenibilidad abarca una dimensión en la biología y otra en la economía; la primera se refiere a la resiliencia con la que cuentan los ecosistemas para enfrentar el uso abusivo de los recursos naturales o a los propios desastres, tales como: los terremotos, los tsunamis, etc; el segundo, se refiere, al entendimiento acerca de cómo el modo de consumo actual es insostenible (Nascimento, 2012).

Aunque el concepto de desarrollo está necesariamente ligado al crecimiento económico, también está relacionado con la calidad de vida de la población, ya que las variaciones del producto no son suficientes para medir el desarrollo de un país. Desde el siglo pasado se ha discutido el desarrollo y lo que significa para la sociedad, llevando a que

a principios del siglo XXI los países miembros de las Naciones Unidas se adhirieron al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000-2015. Estos buscaron cumplir con metas relacionadas a la erradicar la pobreza; el aumento de la cobertura educativa; la promoción de la igualdad de género; la reducción de las enfermedades endémicas; la sostenibilidad ambiental; entre otros (ONU, 2022).

De esta manera, el concepto de desarrollo sostenible gana campo en los temas de interés mundial y se refuerza con la agenda 2015-2030, que estableció los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), comprende el concepto de manera más holística, incluyendo la erradicación de la pobreza en todas sus dimensiones, la lucha contra la desigualdad, la preservación del medio ambiente, el crecimiento económico en todas sus formas y la inclusión social (ONU Colombia, 2024). Por lo tanto, el desarrollo no es solo el crecimiento del Producto Interno Bruto, sino también la forma en que los frutos de este crecimiento se distribuyen en la sociedad a través de los principios de justicia social.

El desarrollo no está solo gobernado por fuerzas económicas y relaciones de poder que favorecen a las clases más privilegiadas, sino que se basa en la búsqueda de una sociedad con mejores condiciones y calidad de vida para su población (Oliveira, 2001). Por otro lado, existe una diferencia sustancial en el desarrollo sostenible para los países más ricos y los más pobres o de periferia; los primeros con las necesidades básicas suplidas pueden considerar que el desarrollo sostenible se relaciona con el medio ambiente; los segundos, sin garantía siquiera de servicios básicos, aunque asocian el concepto al medio ambiente, le adicionan la necesidad de salir de la pobreza.

La salud no está ajena al concepto de desarrollo ni a la actual agenda de desarrollo sostenible, pues forma parte del bienestar de la sociedad e interviene en el aspecto económico. Alleyne (1996) señala que, aunque es ampliamente aceptado que la situación económica es un factor que influye en los resultados de salud, poco se conoce el efecto de la salud en la situación económica de la población.

Mucho antes de las discusiones actuales sobre el desarrollo sostenible, las extensas investigaciones de Araújo (1975), apuntaban a que existe una estrecha relación entre la salud y el desarrollo. Este enfatizó en la relevancia de aplicar modelos econométricos para la formulación de políticas públicas para la toma de decisiones. Según el autor, la salud contribuye al desarrollo económico y sugiere que existe un peligro inminente de que el sector salud quede relegado en la disputa por recursos limitados, perdiendo protagonismos ante otros sectores que son considerados como más importantes para el desarrollo de un país. En la década de los 90, con el declive del Estado de bienestar, las políticas públicas

comenzaron a ser dominadas por una lógica neoliberal, tanto en Europa Occidental como en América del Norte, lo que llevó a una reducción del papel del Estado en áreas como la seguridad social y la salud (Hespanha; Hespanha, 2011).

Dado que la salud es algo complejo, multidimensional y dinámico, no existe un concepto tácito o consensual entre los expertos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (Carrapato; Correia; Garcia, 2017).

Ahora pues, los indicadores son una herramienta ampliamente usada para medir los resultados, pero es necesario entender las dimensiones de lo que se desea explicar. La salud, además de incluir componentes biológicos como la edad, el sexo o la genética, también se encuentra influenciada por factores socioeconómicos y ambientales, por el estilo de vida y el acceso a servicios básicos (George, 2004). De esta manera, lo que determina la salud se encuentra asociado a los factores sociales, económicos, culturales, étnicos/raciales, psicológicos y conductuales (Buss; Filho Pellegrini, 2007).

La influencia de la salud no se limita a un solo sentido, ya que también afecta a otros sectores, promoviendo condiciones que determinan el bienestar de la población. Estos factores incluyen la distribución de ingresos, la pobreza, las condiciones laborales, la alimentación y nutrición, el saneamiento, la disponibilidad de actividades de ocio y el patrón de crecimiento económico, entre otros determinantes sociales (Gadelha; Costa, 2012). Es fundamental comprender cómo la salud y el desarrollo están intrínsecamente relacionados y cómo su enfoque integral puede contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en general.

Ahora bien, los investigadores en salud pública Joan Benach y Carlos Muntaner (2005) analizan la conexión entre la pobreza y la enfermedad, destacando cómo las clases sociales experimentan diferentes patrones de enfermedades según sus condiciones de vida. En este sentido, sostienen que la salud está profundamente vinculada al sistema económico y al orden social en el que se desarrolla la vida de las personas.

Además de tener un impacto sobre la calidad de vida, la salud impacta sobre los resultados económicos. La pasada pandemia del COVID-19 demostró la importancia que tiene la salud para garantizar el crecimiento sostenido de la economía, la falta de adecuados sistemas sanitarios acarreó un gasto considerable para los gobiernos y la pérdida de mano de obra trajo costos altísimos para la sociedad.

La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico. Las pérdidas representan decenas de puntos porcentuales del PNB¹² de los países más pobres cada año, que se traducen en cientos de miles de millones de dólares. La Comisión¹³ constató que, en los países en desarrollo, las enfermedades transmisibles, la mortalidad materna y la nutrición deficiente aquejan mucho más a los pobres que a los ricos, aunque todas las categorías de ingresos se ven afectadas. (WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2002)

Modelos basados en la teoría de crecimiento que incluyen variables relacionadas con la salud para explicar el crecimiento económico, en los cuales se señala que existen dos formas en las que la salud puede afectar el crecimiento: el primero, se da por el efecto directo entre la salud y la productividad; el segundo, tiene un efecto indirecto, pues un mejor estado de salud permite que los individuos inviertan más en educación, lo que permite mayor capital humano y por ende aumentando el ingreso de la economía. Sugiriendo, por tanto, que la salud tiene un efecto positivo sobre el crecimiento económico y, además, es un factor importante para salir de una trampa de pobreza (Monterubbianesi, 2012).

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad; es también la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida. Como es uno de los principales componentes del llamado capital humano, la salud también cumple un papel instrumental: es uno de los determinantes clave del crecimiento económico y la pobreza. La salud contribuye al crecimiento económico, en el largo plazo, por medio de los mecanismos siguientes: tiene un efecto positivo en el desarrollo cognitivo del niño y la productividad laboral del adulto; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedad; permite utilizar recursos naturales que eran inaccesibles debido a la presencia de epidemias o enfermedades endémicas, y libera para otros fines recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (Lustig, 2007, p. 795).

No está claro si la falta de salud produce pobreza o si, por el contrario, es la pobreza la que genera enfermedad. Ya advertía Engels en plena revolución industrial cómo la pobreza de la clase obrera inglesa producía enfermedad y muerte, lo que se hace evidente al comparar indicadores en salud entre países pobres y ricos. Sin embargo, el alto grado de riqueza de un país no es garantía de una mayor equidad en salud, esta puede persistir incluso en sociedades con menor desigualdad de renta o mejores índices de educación pública (Benach; Muntaner, 2005). Uno de los determinantes claves podría ser el papel activo del Estado.

¹² Producto Nacional Bruto

¹³ Comisión sobre economía y salud de la Organización Mundial de la Salud

3 CONTEXTO HISTÓRICO SOCIOECONÓMICO DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ

La historia colombiana y su realidad se encuentra marcada por los efectos de la colonización; los aspectos políticos, culturales y socioeconómicos están indudablemente arraigados a este periodo. En el departamento del Chocó, como en otras regiones de Colombia, vivían comunidades indígenas que enfrentaron la llegada de los colonizadores.

Al comienzo del periodo colonial, el territorio chocoano era habitado por los cunas, los chocó, los waunamá y otras tribus chibchas. Entre ellas, los chocó se destacaron por su resistencia al dominio español, oponiéndose al trabajo forzado. No fue sino hasta mediados del siglo XVII que, en parte gracias a la intervención de misioneros jesuitas, esta comunidad fue “pacificada” desde la perspectiva de los colonizadores. Los propios jesuitas registraron después una dramática reducción en la población indígena en la región, que descendió de aproximadamente 60.000 habitantes en 1600 a poco más de 4.000 en 1800 (Bonet, 2007).

La resistencia de los pueblos indígenas, la imposibilidad de imponerles trabajo forzado y la drástica reducción de su población llevaron a los colonizadores españoles a traer mano de obra esclavizada desde África para trabajar en las minas del Chocó, donde abundaban los codiciados minerales preciosos. Con el tiempo, la población africana esclavizada superó en número a la indígena, generando un cambio demográfico significativo en la región. Actualmente, el Chocó es uno de los territorios con mayor población afrodescendiente en Colombia.

Según Bonet (2007), la presencia de minerales como el oro y el platino ha hecho que el Chocó sea, desde la época colonial, un foco de interés para el capital extranjero y grandes conglomerados extractivistas. Estos actores se han caracterizado por mantener relaciones verticales, lideradas por una élite económica que muestra poco interés en fomentar el capital social del departamento. Esta dinámica podría ser una de las razones detrás del bajo desarrollo de la región en comparación con el resto del país.

Hacia la primera mitad del siglo XX, el Chocó se convierte en intendencia y en 1947 en departamento, coincidiendo con el auge minero de la época que, como señala Bonet (2007), a su vez citando a Luis González (2003): el departamento se convirtió en el mayor productor mundial de platino para el año 1910. Esto fue posible, en gran medida, gracias a la introducción de las dragas a finales del siglo XIX, lo que impulsó el avance tecnológico en la extracción minera. Este desarrollo estuvo acompañado de múltiples cambios a nivel económico que se presentaban en el mundo, tales como: la Revolución Rusa y la Primera Guerra Mundial (afectando la producción rusa) y; la introducción de productos sintéticos,

que reemplazaron al caucho, la tagua, la ipecacuana y otros productos primarios. Así, el Chocó a pasó de una economía de extracción de recursos forestales, a una de explotación platinífera.

Así pues, las primeras décadas del siglo XX fueron de notable auge económico en el Chocó, impulsado por la extracción de platino, que en 1918 representó el 9,7 % del total de las exportaciones nacionales y contribuyó a la creación de algunas empresas industriales y comerciales. Aunque no se puede establecer una relación causal directa entre el crecimiento económico y la mejora en los indicadores de bienestar social, entre 1917 y 1930 el registro de muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos se redujo en cerca del 79%, y la asistencia escolar, como porcentaje de la población total, aumentó en aproximadamente un 68% entre 1917 y 1933 (Robledo, 2019). Durante este período, también ocurrieron algunos hechos relevantes para la región, como la llegada de la primera planta eléctrica en 1920 y la introducción de la aviación en 1923.

Este crecimiento, sin embargo, duró poco, posiblemente debido a la política gubernamental de 1916 conocida como la "Ley de Conversión de la Moneda", que generó conflictos y contradicciones en una región donde se transaccionaba en diferentes tipos de moneda. Además, en 1923, un incendio casi consumió la ciudad minera de Istmina; y para 1927, el bienestar en la capital chocoana ya había caído abruptamente (Bonet, 2007). Tras una breve bonanza, el panorama cambió en las décadas siguientes.

La década de 1950 muestra a un Chocó con indicadores de desarrollo económico y social muy pobre. Los estimativos del PIB para 1950 indican que el departamento ocupaba el último lugar en materia de PIB per cápita y su nivel era el 10% del de Bogotá, la entidad territorial con el mejor indicador, y el 57% del PIB per cápita de La Guajira, que ocupaba el penúltimo lugar en la tabla. Es decir, que aún comparado con los de peor desempeño, el del Chocó resultaba muy inferior. (Bonet, 2007, p.29).

La extracción de recursos minerales, apoyada en avances tecnológicos como el uso de dragas, explosivos, balsas, equipos diésel, entre otros, ha convertido al departamento en uno de los principales referentes nacionales en la producción de estas materias primas. Este crecimiento ha sido impulsado, además, por el incremento en la cotización internacional de estos metales.

Evidentemente estas realidades crearon un espacio fértil para que la MAIMs¹⁴ se asentara en el territorio, por un lado, la pobreza de las comunidades y su dependencia del medio ambiente para subsistir y por otro, una usencia estatal que genera exclusión. Consecuentemente, la MAIMs suministró ascenso económico, la

¹⁴ Se refiere a la Minería Aurífera Ilícita Mecanizada y Semimecanizada.

oportunidad de ser productivos económicamente y, de cierta forma, se estableció como un suplente del Estado al proporcionar lo que las comunidades necesitaban: trabajo, sustento y poder de adquisición de bienes y servicios. Sin embargo, para que estos “beneficios” económicos perduren es imprescindible que la explotación de sus recursos naturales sea continua, recursos de los que paradójicamente dependen para vivir y tiene relaciones estrechas, que permean sus costumbres y tradiciones culturales, configurando la trampa de la pobreza (Clavijo; Montaña, 2020, p.4).

Puede apuntarse a que la relación histórica que ha tenido el departamento con la extracción de minerales ha configurado la estructura socioeconómica actual. Sin embargo, no ha sido la única causa, pues cabe destacar que es una de las regiones del mundo con mayor pluviosidad (Carvajal, 2017), lo que dificulta actividades como la agricultura y obstaculiza la construcción de infraestructura vial. La dificultad para producir la tierra hace que la población sea dependiente de los productos provenientes de otras regiones, dejándola en desventada competitiva. Dado que el departamento depende casi exclusivamente de la actividad minera, no es posible diversificar su economía, y sus habitantes quedan con pocas opciones para garantizar su sustento.

Esta situación se refleja en el índice de desempeño fiscal¹⁵, que en 2021 ubicó al departamento en el sexto lugar entre los departamentos con peores cifras, en la categoría de “deterioro”. Esta categoría se refiere a entidades que se encuentran en riesgo de déficit, con alto nivel de endeudamiento o fallas en su reporte de deuda. Además, presentan una alta dependencia de transferencias por parte del gobierno central y una baja formación bruta de capital fijo (DNP Colombia, 2023).

Tabla 3- Desempeño fiscal del departamento del Chocó, 2018 a 2021

Indicador	Promedio	Calificación	Diagnóstico	Gestión		
Ahorro corriente	17.03	Por Mejorar	Existe una baja eficiencia financiera por parte de la entidad para generar excedentes propios. Por lo tanto, es necesario priorizar acciones en la dimensión administrativa con acciones puntuales en los temas contables, gastos, deuda entre otros.	Gestión Fiscal y Financiera		
Bonificación esfuerzo propio (porcentaje de crecimiento de los recursos propios durante dos vicencias o más)	0.03	Por Mejorar	La entidad debe implementar acciones para mejorar su recaudo de ingresos tributarios y no tributarios bajo las dimensiones: fiscal y financiera así como de planificación, para que estos crezcan de forma continua (durante más de dos vicencias).	Gestión Fiscal y Financiera Gestión de Planificación		
Dependencia de las transferencias	79.76	Por Mejorar	Es necesario que la entidad implemente acciones para mejorar su recaudo bajo las dimensiones: Financiera y Fiscal así como administrativa, dado que existe una baja eficiencia financiera por parte de la ET en la generación de recursos propios (tributarios y no tributarios) adicionales a los de transferencias.	Gestión Administrativa Gestión Fiscal y Financiera		
INDICADOR (Variable)	FUENTE	2018	2019	2020	2021	COMPORTAMIENTO
Ahorro corriente	IDF	8.38	13.69	20.10	25.92	
Bonificación esfuerzo propio	IDF	0.00	0.11	0.00	0.00	
Dependencia de las transferencias	IDF	79.40	82.89	82.99	73.75	

Fuente: (DNP Colombia, 2023)

¹⁵ Medición del desempleo de la gestión financiera de las entidades territoriales que muestra la sostenibilidad financiera, la capacidad de generación de recursos propios, el endeudamiento y los niveles de inversión. Se describe en el Art. 79 de la Ley 617 de 2000 (DNP Colombia, 2023)

Como muestra la tabla 3, el desempeño fiscal del Chocó sugiere que depende mayoritariamente de las transferencias del gobierno nacional, carece de capacidad para generar recursos propios y enfrenta grandes dificultades en el recaudo de impuestos. La trayectoria de desarrollo económico de esta ET (Entidad Territorial) se refleja claramente en estos resultados y, por tanto, en los indicadores sociales, algunos de los cuales serán analizados en este trabajo, especialmente los asociados a la salud.

Jaime Bonet (2007), señala que la pobreza en el Chocó se debe principalmente a factores como el legado colonial, que instauró instituciones débiles; las condiciones geográficas y climáticas hostiles, que dificultan el transporte y aíslan al departamento; la baja dotación de recurso humano; una estructura económica basada en la minería, con poca participación en la generación de valor agregado nacional; y la desconexión del departamento con la economía del país.

Adicionalmente, la corrupción ha sido identificada como una de las causas del escaso desarrollo del Chocó. Movimientos sociales, instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales argumentan que los altos niveles de corrupción han obstaculizado el progreso de la región (Lozano, 2020).

El nivel de desarrollo del Chocó puede entenderse a partir de su trayectoria histórica, marcada por circunstancias socioeconómicas que abarcan desde la herencia colonial hasta la adopción de políticas económicas más liberales. Este contexto se encuentra profundamente influenciado por una agenda de políticas públicas que responde tanto a las líneas ideológicas de los gobiernos de turno como a los intereses de poderosos conglomerados. A pesar de su riqueza en recursos minerales, el Chocó ha enfrentado prácticas de exclusión que han limitado el acceso a servicios básicos esenciales, incluida la salud.

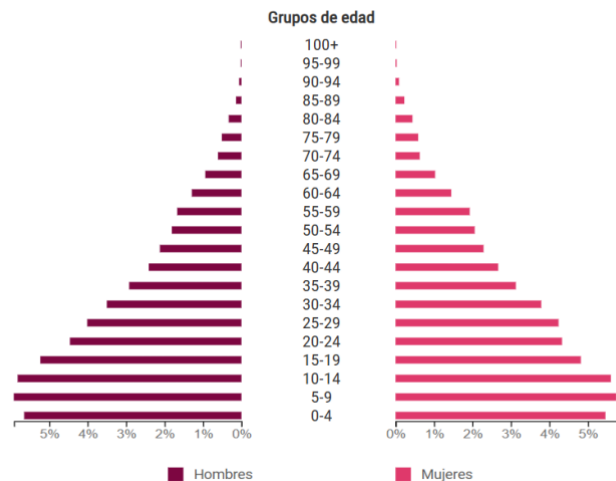
Perspectivas como la necropolítica de Mbembé (2016) y la teoría de la estructura de poder de Wacquant (2014) ofrecen herramientas para interpretar cómo se perpetúan desigualdades estructurales que deshumanizan a las poblaciones más vulnerables. Estas ideas destacan la necesidad de abordar no solo las brechas económicas, sino también las dinámicas de poder y control que refuerzan la marginación y dificultan el acceso equitativo al desarrollo.

En este sentido, analizar los factores relacionados con las políticas públicas que han impactado el desarrollo en salud en esta región exige un enfoque integral que contemple tanto las desigualdades estructurales como las decisiones políticas que determinan la distribución de recursos y oportunidades.

3.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN CHOCOANA

El Chocó, ubicado en la Región Pacífica de Colombia, tiene como capital a Quibdó y es el único departamento del país con costas en los océanos Pacífico y Atlántico, además de ser fronterizo con Panamá. Su territorio incluye las selvas del Darién, las cuencas de los ríos Atrato, San Juan y Baudó, y forma parte de una ecorregión con una de las mayores pluviosidades del planeta. También se destaca por ser una de las áreas con mayor biodiversidad en el mundo (Instituto Sinchi, 2024). La población del Chocó según el último censo de 2018 es de 457.412 habitantes, de los cuales el 50,6% son mujeres y el 49,4% son hombres (DANE, 2018).

Gráfico 1- Distribución de la población por sexo y edad en el Chocó



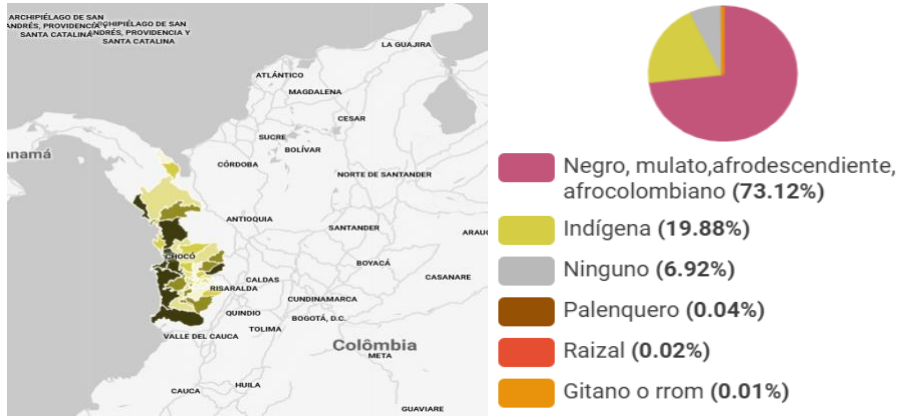
Fuente: DANE (2018)

La mayor concentración poblacional se encuentra en los grupos más jóvenes (de 0 a 14 años). La población comienza a reducirse gradualmente en los grupos de edad laboral (15 a 59 años) y la población mayor de 60 años es significativamente menor.

El departamento del Chocó cuenta con una importante diversidad étnica, es uno de los territorios con mayor población afrodescendiente del país ¹⁶. A continuación, la distribución de los grupos étnicos en el departamento.

¹⁶ Con la Sentencia T-276 de 2022 de la Corte Constitucional, el DANE admitió que hubo problemas en el diseño y la aplicación de la pregunta sobre autorreconocimiento étnico en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, especialmente en relación con la población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP). No obstante, dado que los resultados del censo mostraron coherencia con los datos de la Encuesta

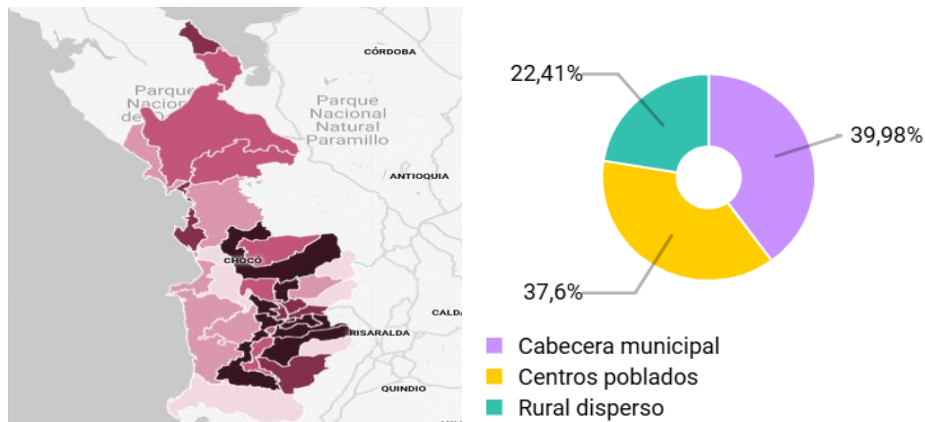
Imagen 1- Mapa del Chocó y porcentaje de grupos étnicos



Fuente: DANE (DANE, 2024a)

Como se observa en la imagen 1, más del 73% de la población en el Chocó se autoreconoce como negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano. Cerca del 20% de la población es indígena, y otras pequeñas proporciones son palenqueras, raizales¹⁷, gitano o rrom¹⁸.

Imagen 2- Mapa del Chocó y localización de la población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana



Fuente: DANE (2024c)

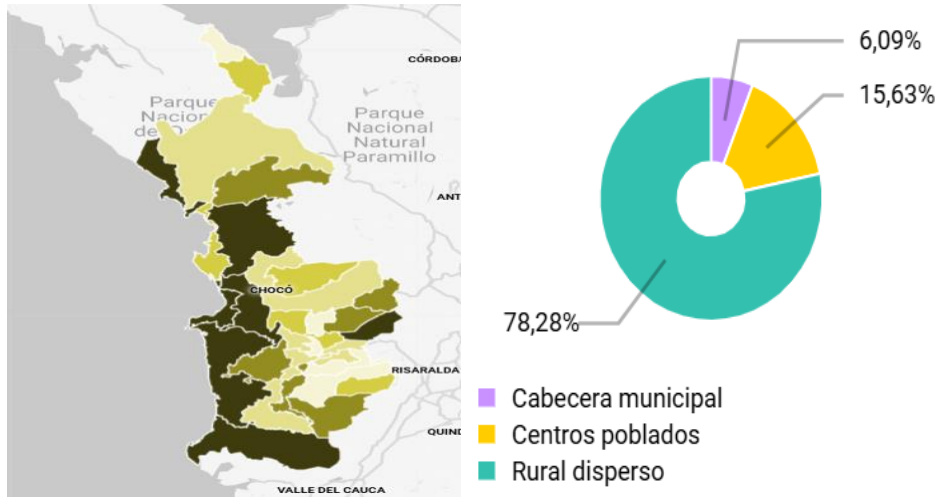
Nacional de Calidad de Vida, se decidió oficializar la información censal referente a las estructuras demográficas (como el tamaño y la composición de la población) y a indicadores sociales (como educación, salud y empleo) de esta población. Esto implica que, pese a las dificultades en el diseño de la pregunta, los datos obtenidos son considerados confiables y útiles para identificar las desigualdades que afectan a esta comunidad. Asimismo, servirán como fundamento para la formulación de políticas públicas enfocadas en sus necesidades específicas (DANE, 2024a).

¹⁷ El pueblo Raizal es una comunidad étnica afrocaribeña con una rica historia e identidad cultural que representa a una parte importante de la población del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Jáuregui, 2024).

¹⁸ El pueblo Rrom, también conocido como gitano, ha estado presente en Colombia por más de 300 años. Según su tradición, los primeros gitanos arribaron durante la época de la colonia española, mientras que una segunda migración ocurrió durante las guerras mundiales, cuando, expulsados de Europa, llegaron al país e iniciaron su itinerancia por la región de la costa Caribe (Unidad para las Víctimas, 2024b).

Respecto a la localización de la población negra, mulata, afrodescendiente y afrocolombiana, la mayoría se encuentra en las cabeceras municipales con aproximadamente el 39,38%, seguido de los centros poblados con 37,6% y, por último, en la parte rural con 22,41%.

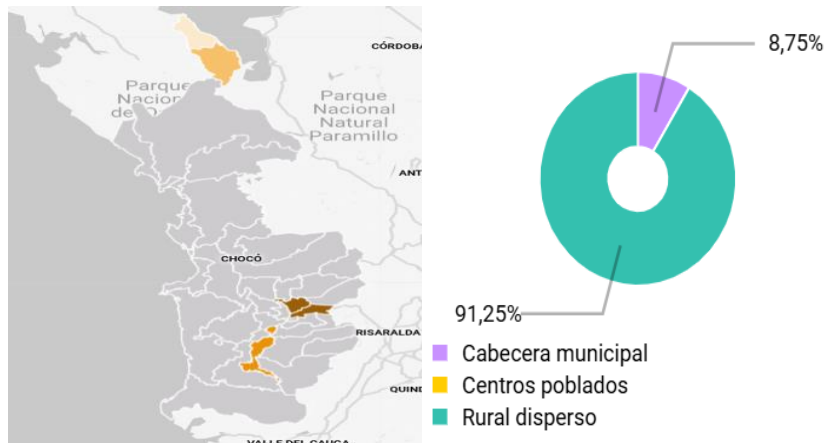
Imagen 3- Mapa del Chocó y localización de la población indígena



Fuente: DANE (2024c)

La población indígena en el Chocó está localizada principalmente en la parte rural en un 78,28%, seguido por los centros poblados con 15,63% y en las cabeceras municipales con 6,09%.

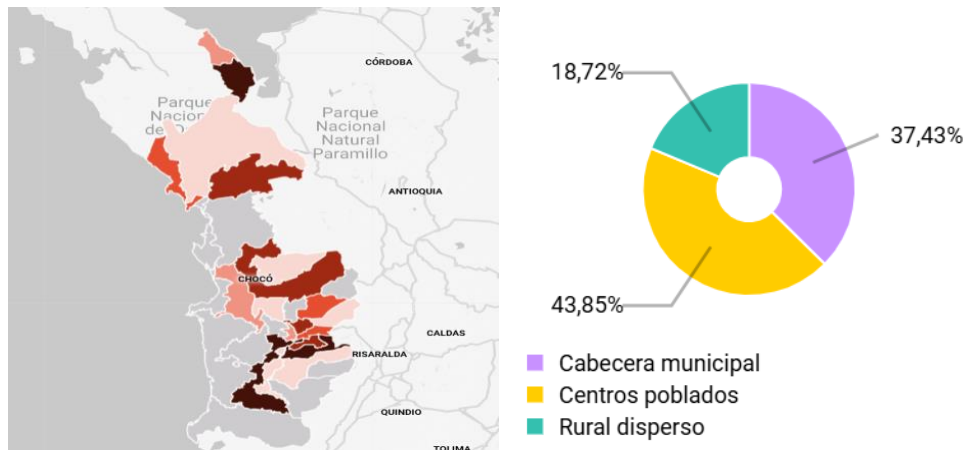
Imagen 4- Mapa del Chocó y localización de la población gitana o rom



Fuente: DANE (2024c)

Como se observa en la imagen 4, la mayoría de la población gitana está localizada en la parte rural del departamento y solo el 8,75% se encuentra en las cabeceras municipales.

Imagen 5- Mapa del Chocó y localización de la población raizal



Fuente: DANE (2024c)

La población raizal del departamento del Chocó se encuentra ubicada principalmente en los centros poblados en un 43,85%, seguido de la cabecera municipal con 37,43% y en la zona rural con 18,72%.

El último censo Nacional de Población y Vivienda (DANE, 2018) reveló datos adicionales sobre la población del Chocó: aproximadamente el 75,8% de los habitantes tienen acceso a energía eléctrica, el 28,5% a acueducto, el 20,4% a alcantarillado, el 2,4% a gas, el 48,6% cuenta con recolección de basuras, y solo el 14% dispone de acceso a internet. En comparación, a nivel nacional, los colombianos tienen acceso, en promedio, a energía eléctrica en un 96,3%, a acueducto en un 86,4%, a alcantarillado en un 76,6%, a gas en un 67,3%, a recolección de basuras en un 81,6% y a internet en un 43,8%

Estos datos muestran que, en relación con las cifras nacionales, el Chocó presenta un significativo atraso en el acceso a servicios básicos.

3.2 LA LEY DE LAS NEGRITUDES

La población afrodescendiente, raizal y palenquera en Colombia se encuentra concentrada en determinados territorios o en unos contados departamentos o, por lo menos, esta idea se encuentra en el imaginario de la nación, es decir, se refleja en las creencias, valores, ideas y conceptos de la sociedad, pero no necesariamente están basados objetivamente, sino en una construcción social. Lo refuerza el hecho de que esta idea no responde a la realidad colombiana.

De esta manera, existe la convención de que las regiones costeras están conformadas mayoritariamente por personas negras, en especial, la región pacífica donde

se encuentra el departamento del Chocó. Rita Segato (2007) utiliza el concepto de “raza como signo”, la cual depende del contexto y los procesos históricos de cada nación, por tanto, el negro en Colombia pertenece a un territorio específico y tiene un rostro conocido para el resto del país. Con la Ley 70 de 1993, se reconoció el derecho a la propiedad colectiva a las comunidades negras que venían ocupando las tierras baldías de las zonas rurales cercanas a la Cuenca del Pacífico, también buscó fomentar el establecimiento de mecanismos para la protección de la identidad cultural y de otros derechos de las comunidades negras como grupo étnico, así como la promoción de su desarrollo económico y social. Sin embargo, la ley no contempló el derecho al territorio de diversas comunidades afrocolombianas que se encuentran en otras regiones del país y en las propias ciudades capitales (Erazo, 2012). El afrocolombiano obviamente no se encuentra en un solo territorio.

Adicionalmente, considerando las altas privaciones de derechos de esta población, la raza se muestra como un determinante en la posición estructural de las clases colombianas, no por azar la región hace parte de los territorios más vulnerables del país. Muestra de ello, el Chocó presenta la mayor tasa promedio de mortalidad perinatal¹⁹ de Colombia (DANE, 2021), siendo esto alarmante porque este indicador está asociado a la prestación de servicios básicos en salud. Cifras como estas son vinculadas normalmente con subdesarrollo y pobreza.

Para finales de los años 80' y comienzos de los 90' en Colombia se empezó a gestar una serie de movilizaciones sociales en búsqueda de reivindicación de derechos, lo cual dio origen al Movimiento Nacional Constituyente. Es pues, en la década de los 90' que viene a configurarse una transformación en el “mito de nación” y se empieza a discutir en el ámbito teórico a la población negra, considerándose desde entonces como perteneciente a un grupo étnico que posee ciertas prácticas de producción; que pertenece a un territorio; y que posee una cultura tradicional y una identidad (Restrepo, 2013). Fue una época que, por cuenta de la constituyente, se le abrió espacio a los movimientos sociales y políticos, tales como, el Cimarrón y la Asociación Campesina del Atrato en el pacífico colombiano, motivados por luchas sociales que se venían formando en otras partes del mundo, como los casos de Estados Unidos y Sudáfrica con el anti-apartheid. Producto de ello se logran, por ejemplo, beneficios de la reforma agraria, obteniendo aproximadamente cinco millones de hectáreas para las comunidades afrocolombianas.

¹⁹ Son las defunciones que se presenta entre la semana 22 de gestación y los 7 días después del parto.

Con lo anterior, debido a la fuerte presión social y a la unión entre representaciones indígenas y afrocolombianas, se instauró el artículo transitorio 55 de la recién Constitución Política de 1991 que permitió la creación de la ley de Negritudes o Ley 70 de 1993. Antes de esta ley, el afrocolombiano no era considerado como sujeto al que se debía reivindicar, como si con la abolición de la esclavitud en 1851 se hubiese reparado y saldado la deuda histórica (Erazo, 2012). Desde la independencia se instauró la idea del nacionalismo y todos (indígenas, negros, criollos, mestizos, etc.), se convierten en colombianos, participes de una sola nación, un solo idioma, por tanto, anulando las diferentes representaciones y cosmovisiones (Anderson, 2009). En la Constitución de 1991, donde se rompe con la idea de nación mestiza y homogénea (lo que dificultaba la reivindicación étnica), se hace énfasis en una de carácter pluriétnica y multicultural, pero en ella no se hace referencia específicamente a la población negra como si a la indígena.

Es precisamente la Ley 70 de 1993 que busca reconocer tierras baldías a las comunidades negras que tradicionalmente han ocupado las zonas rurales ribereñas de la Cuenca del Pacífico, además, adiciona artículos referentes a la obligación del Estado colombiano para garantizar el desarrollo socioeconómico de estas poblaciones, buscando obtener derechos equiparables con el resto de la población colombiana. Sin embargo, esta ley enfatiza en la población negra rural, dejando de lado al resto que, aunque vive en la zona urbana, se encuentra vulnerable y requiere reivindicación de sus derechos.

La primera mitad de la década de los años noventa estuvo centrada en la operativización de la Ley 70 de 1993, que era la expresión en el plano jurídico del proceso de etnización de "comunidades negras" anclado en el Pacífico colombiano. No obstante, cada vez se fueron escuchando voces que señalaban los límites de esta etnización y la legislación asociada ya que el grueso de la población afrocolombiana habitaba en ciudades o no se veía reflejada en las imágenes antropológicas construidas de las "comunidades negras" de las zonas rurales ribereñas de la región del Pacífico colombiano. (Restrepo, 2013, p.153)

Eduardo Restrepo (2013) analiza las discusiones en torno a esta ley, señalando sus limitaciones al centrarse exclusivamente en la población rural y enfatizar únicamente el concepto de "comunidades étnicas," sin incluir otros aspectos necesarios. Posteriormente, esta visión se complementa con la categoría de "afrodescendiente," que reconoce a esta población como un sujeto político que no solo reside en áreas rurales, sino también en las principales ciudades de Colombia. Así, el afrodescendiente como sujeto político coexiste con la etnicidad, lo cual se evidencia en movimientos como el Movimiento Cimarrón

(Movimiento Nacional por los Derechos Humanos de las Comunidades Negras en Colombia, Cimarrón).

3.3 LEGISLACIÓN EN CUESTIÓN DE GARANTÍA DE DERECHOS EN SALUD.

La Constitución Política de Colombia de 1991 estableció la salud como un derecho fundamental y como un servicio público esencial de calidad y acceso para todos los ciudadanos. En ella se reconoce la salud como un pilar del Estado Social de Derecho en Colombia, orientado hacia políticas públicas alineadas con la equidad con base en la protección de los derechos fundamentales (Colombia, 2024). A continuación, los principales artículos relacionados con la salud:

Tabla 4- Artículos de la Constitución política de Colombia referentes a la salud

Artículo	Referencia a la salud
Art. 48: Seguridad Social	<p>El sistema de seguridad social colombiano se fundamenta en el derecho que tienen los ciudadanos a la cobertura en salud, así como los riesgos de invalidez, vejez y muerte de todo trabajador. Es decir, se encuentra compuesto a su vez por el sistema de pensiones, de salud, de riesgos laborales y de servicios sociales complementares.</p> <p>Los principios del sistema son la eficiencia, universalidad y solidaridad.</p>
Artículo 49: Derecho a la Salud	<p>Se establece la salud como un derecho para todos los ciudadanos que les permite acceder a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, se señala que la atención básica es gratuita para toda la población y se presta de manera descentralizada, por niveles de atención y con participación comunitaria.</p> <p>Adicionalmente, el Estado es responsable de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud, así como de establecer políticas para la prestación de estos por parte de entidades privadas.</p>
Artículo 365: Servicios Públicos	<p>El Estado debe asegurar la prestación eficiente de los servicios públicos a todos los habitantes del territorio nacional (entiéndase la salud como un servicio público). Estos pueden ser prestados por el Estado de manera directa o indirecta, por comunidades organizadas, o por particulares.</p>
Artículo 366: Bienestar General	<p>El bienestar general y la calidad de vida de los ciudadanos son deberes sociales del Estado. Así pues, la salud se establece como un objetivo prioritario del gasto público.</p> <p>También, se enfatiza en garantizar las necesidades básicas en salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable.</p>

Elaboración propia a partir de (Colombia, 2024).

Adicionalmente, en la Constitución Política se insta a la participación ciudadana en la gestión y vigilancia de los servicios de salud, con el fin de promover un modelo inclusivo y participativo. Así pues, la prestación de los servicios de salud debería funcionar de manera descentralizada, promoviendo la participación de los propios municipios y departamentos.

3.3.1 Reformas y desarrollos posteriores

Desde su promulgación en 1991, la Constitución ha sido complementada por diversas leyes y reformas que buscan desarrollar y garantizar el derecho a la salud en Colombia. Algunos desarrollos clave incluyen:

- **Ley 100 de 1993:** Establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con un modelo de aseguramiento y prestación de servicios a través de Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- **Ley 1751 de 2015:** Conocida como la Ley Estatutaria de Salud, reafirma la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, garantizando su acceso sin barreras de discriminación.
- **Ley 1122 de 2007:** Reforma aspectos del SGSSS para mejorar la eficiencia, la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

3.3.2 Ordenamiento territorial: por el derecho a un hospital digno

La escuela francesa de sociología urbana, representada por Lefebvre, Harvey y Castells, sostiene que el espacio es moldeado por las relaciones sociales y debe favorecer el desarrollo socioeconómico. Los centros urbanos responden a la acumulación capitalista, donde el capital orienta la inversión y la división social del trabajo, y el espacio debe transformarse según las necesidades de sus habitantes (Lima; Simões; Monte-Mór, 2014). Esto lleva a preguntarse ¿Por qué el departamento del Chocó ha tenido tan incipiente desarrollo urbano? Acaso a esta región, ¿No le interesa al capital?

En Colombia, la Constitución Política de 1991 promovió la descentralización y otorgó autonomía a los municipios para que asumieran la responsabilidad de planificar el desarrollo de sus territorios. Esto se concretó con la Ley 388 de 1997, que habilita a los municipios para diseñar su propio Plan de Ordenamiento Territorial (POT). Este plan busca garantizar a las poblaciones acceso a infraestructura y vías, promoviendo un desarrollo sostenible, la prevención de desastres naturales y la protección del patrimonio cultural y natural. Asimismo, considera los derechos constitucionales de acceso a vivienda y servicios públicos para los ciudadanos (Cities Alliance, 2017).

Si bien los logros obtenidos en el país a raíz de la aplicación de la Ley 388 son significativos es también cierto que, a pesar de los esfuerzos del gobierno nacional, la novedad de los diferentes instrumentos y planteamientos definidos en la ley

conllevaron dificultades, errores y problemas tanto en la elaboración de los POT²⁰, su aplicación y su articulación con otros planes y programas, como en el desarrollo, concepción y aplicación de otros instrumentos de la ley. Todos ellos se han identificado como lecciones aprendidas que han sido y siguen siendo la base para tomar correctivos y ajustar algunos de sus enfoques y actuaciones (Cities Alliance, 2017, p.91).

El departamento ha estado involucrado en la implementación de los Planes de Ordenamiento Territorial (POT), los cuales son obligatorios para cada municipio y suelen abarcar al menos tres periodos de administración local. Sin embargo, desde la entrada en vigor de esta ley, el desarrollo regional ha sido lento y limitado. En cuanto al acceso a servicios básicos, un ejemplo de esta precariedad es que, en 2020, más del 70% de sus habitantes carecían de acceso a fuentes de agua mejorada (DANE, 2022b).

Ciertamente, si el departamento del Chocó tuviera una adecuada infraestructura en salud, su población sería más saludable y si existieran vías de acceso y servicios públicos domiciliarios, escuelas adecuadas, entre otros; el estadio de desarrollo de la región sería diferente.

Los planes de ordenamiento territorial buscan impactar en la calidad de vida de sus poblaciones, estos generalmente tienen en cuenta algunas dimensiones: económica, infraestructura, social-cultural, administrativa y otras. En materia de salud, los municipios chocoanos han coincidido en la necesidad de construcción de puestos de salud para la población rural dispersa y la dotación de los hospitales, así como la apremiante necesidad de solucionar el problema del agua potable y el alcantarillado. Sin embargo, esos esfuerzos en planeación han fracasado en la ejecución desde hace décadas.

Adicionalmente, se encuentran los planes de desarrollo de cada alcaldía que deben estar vinculados con los POT. El plan de desarrollo para el municipio de Quibdó (capital del Chocó) tiene vigencia de 2020 a 2023 (Consejo Municipal de Quibdó, 2020), en este se incluye transversalmente los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Aquí se tiene en cuenta el medio ambiente, la superación de la pobreza, la inclusión de las poblaciones diversas y la no discriminación.

En el plan de la Alcaldía se realiza un pormenorizado inventario de las necesidades en materia de salud, lo que incluye la construcción, remodelación y dotación para la mejora de la red hospitalaria municipal.

Entre 2013 y 2014 a pedido de los movimientos sociales chocoanos y debido a las alarmantes cifras de desnutrición y muertes por enfermedades prevenibles por cuenta de

²⁰ Plan de Ordenamiento Territorial

la crisis en la salud en el departamento, la Corte Constitucional de Colombia por medio del Auto 413 de 2015 realizó una inspección a las condiciones de salud del Chocó y producto de ello exhortó a los organismos responsables a garantizar los derechos de estas poblaciones. La corte tuvo en cuenta lo ordenado por ella misma mediante la Sentencia T-760 de 2008 con la que buscó generar cambios en la estructura del Sistema de Salud colombiano.

En la revisión a las condiciones de salud del departamento por parte de la Corte, se evidenciaron diversos problemas relacionados con la prestación del servicio, con infraestructura, con problemas burocráticos, incapacidad de los entes territoriales y un deplorable estado de la principal institución de salud: el Hospital San Francisco de Asís.

En la inspección a las instalaciones del centro hospitalario, la Corte pudo evidenciar que eran pocos e insuficientes los avances, el déficit del hospital ascendía a \$37.000.000.000²¹, los problemas de salubridad continuaban en el hospital, en algunas zonas presentaban humedad; también se pudo constatar que las aguas que abastecen el H.S.F.A provienen directamente del Río Atrato y que la planta de tratamiento no tiene las condiciones técnicas para filtrar y purificar el agua que se usaba para limpiar implementos médicos y para el consumo de los pacientes (Moreno, 2021, p.35).

Producto de esta inspección, la corte instó a diferentes organismos, tales como: la Defensoría del Pueblo; el Ministerio de Salud; la Procuraduría General de la Nación; la Contraloría General de la República; la Alcaldía de Quibdó; la Superintendencia de Salud y; la Fiscalía General de la Nación; con el fin de tomar acciones inmediatas en búsqueda de una solución a la crisis humanitaria. Además, se ordenó procurar métodos diferenciales que atendieran las características de la población, instando al Ministerio de Salud y Protección Social a crear el denominado “Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)”, pero el documento presentado fue algo más parecido a un diagnóstico de la situación, más que acciones concretas para mitigar la crisis (Moreno, 2021).

Las repuestas de las diferentes entidades muestran que continúan trabajando de manera desarticulada sin definir una ruta conjunta de trabajo, por lo que la falta de sinergias en las entidades a cargo de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, continua siendo un problema sin resolver o por lo menos uno frente al cual no ha existido una acción estatal efectiva que permita a través de la actuación colaborativa institucional, generar procesos de mayor impacto en la mejora de la prestación y calidad del servicio de salud en el Chocó. (Moreno, 2021, p.48).

²¹ Aproximadamente 15.465.253,33 USD (según la Tasa Representativa del Mercado-TRM a 31 de diciembre de 2014) (Portal Único del Estado Colombiano, 2022).

En 2016, la Corte realizó seguimiento de las órdenes dadas en 2015, evidenciando falta de articulación entre los organismos y en 2017 declaró el definitivo incumplimiento. De esta manera, hasta la fecha el principal hospital del Chocó continúa presentando irregularidades en la prestación del servicio y en las condiciones de infraestructura. Además, posee considerables problemas en sostenimiento financiero, por lo que los intentos de los distintos gobiernos han sido intervención, pero sin éxito. En la pandemia este hospital se vio en dificultades para atender a los pacientes, pues no poseía salas de cuidados intensivos. Las condiciones continúan siendo precarias (Ardila, 2020).

3.4 EL ACUERDO DE PAZ Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

En noviembre de 2016 se firma el Acuerdo de Paz entre Colombia y una de las guerrillas más beligerantes y antiguas del continente: las FARC-EP (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo). Resultado de las negociaciones surgió una serie de acuerdos que se traducen en una hoja de ruta de las políticas públicas, procurando la transformación socioeconómica, en especial, de los territorios que históricamente han sido flagelados por el conflicto armado.

Mediante el Acto Legislativo 01 de 2016, se añade un artículo a la Constitución Política de Colombia para otorgar estabilidad y seguridad jurídica al Acuerdo Final, que busca terminar el conflicto armado y establecer una paz duradera (Colombia, 2016). Este compromiso se incorpora en los planes de desarrollo de cada gobierno por un periodo de 20 años, considerando los aspectos de financiación, reglas fiscales y herramientas necesarias para su cumplimiento. Las decisiones derivadas se reflejan en el Plan Marco de Implementación del Acuerdo Final (PMI) y, respaldadas por el Decreto 1995 de 2016, se crea la Comisión de Seguimiento, Impulso y Verificación para la Implementación del Acuerdo Final (Colombia, 2017).

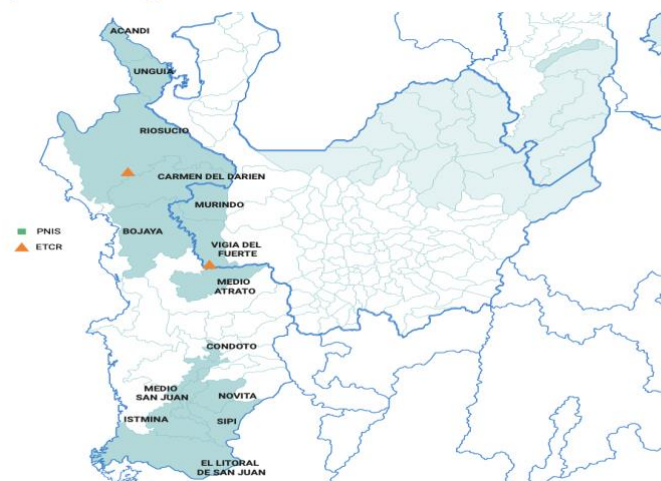
Estas políticas públicas surgen de la necesidad de construir un país en paz, libre de terrorismo y violencia política, que garantice los derechos humanos y fomente el desarrollo. Sin embargo, estos programas están dirigidos especialmente a las poblaciones más pobres y vulnerables, víctimas del conflicto, localizadas en su mayoría en zonas rurales. Aunque las políticas proponen un enfoque descentralizado, permitiendo que las propias comunidades definan sus rutas de acción en función de sus necesidades y desafíos, la implementación ha demostrado que esta premisa se ha desdibujado. En lugar de promover una participación activa, las soluciones han tendido hacia el asistencialismo y muestran

bajos niveles de participación ciudadana, asemejándose más a lo que se podría denominar "paz neoliberal."(Mantilla; Sastoque; Quintero, 2021).

En los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) se describe la implementación de los planes sectoriales y programas vinculados con la Reforma Rural Integral (RRI), enfocados en 16 regiones y priorizando 170 municipios (PLAN INTERNACIONAL, 2021). Estos programas abordan ocho pilares: 1-ordenamiento social de la propiedad rural y el uso del suelo; 2- infraestructura y adecuación de tierras; 3- salud rural; 4- educación rural y primera infancia; 5- vivienda, agua potable y saneamiento básico rural; 6-reactivación económica y producción agropecuaria; 7- sistema para la garantía progresiva del derecho a la alimentación y; 8- reconciliación, convivencia y construcción de paz. (Colombia, 2018b).

La participación ciudadana es fundamental en las políticas públicas para impulsar la transformación socioeconómica regional, tal como lo plantea el Plan de Acción para la Transformación Regional (PATR). En la subregión del Chocó, el enfoque del plan prioriza la protección ambiental, las decisiones comunitarias y la recuperación de prácticas y conocimientos ancestrales. Este plan incluye 14 municipios: 12 en el departamento del Chocó (Acandí, Unguía, Riosucio, Carmen del Darién, Bojayá, Medio Atrato, Condoto, El Litoral del San Juan, Istmina, Medio San Juan, Nóvita y Sipí) y 2 en Antioquia (Murindó y Vigía del Fuerte) (Procuraduría General de la Nación, 2020).

Imagen 6-Mapa de la subregión Chocó²²



Fuente: Procuraduría General de la Nación (2020).

²² En el mapa, señalado con cuadro verde: las zonas priorizadas para el Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos de Uso Ilícito (PNIS). Señalado con triángulo naranja: los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR)

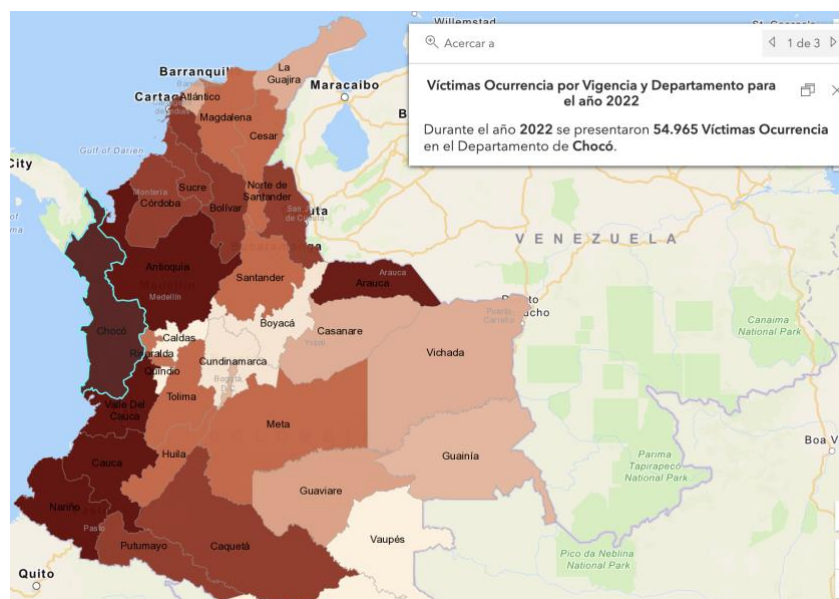
El pilar referente a la salud fue discutido con las comunidades y descrito en el PATR, en el cual se plantea como objetivo:

Acercar la oferta de servicios de salud a las zonas rurales para los grupos étnicos, gestionando la cobertura, el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en las atenciones, con un enfoque territorial, poblacional y de género, articulando los saberes tradicionales con la medicina occidental, reconociendo la existencia de las tradiciones curativas y los saberes propios y fortaleciendo las acciones de promoción y prevención y el acceso a servicios básicos y especializados en las Subregión PDET Chocó. (COLOMBIA, 2018, p.7).

Por otra parte, se estableció el Plan Nacional de Salud Rural para concretar las metas del Acuerdo Final y garantizar servicios de salud, especialmente en áreas rurales dispersas. Este plan se articula con otros instrumentos de política pública, como la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, el Plan Decenal de Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud (MINSALUD, 2018).

Como ya se ha mencionado, la subregión Chocó ha sido priorizada en estos programas, dada su prolongada problemática de acceso a servicios básicos, incluyendo la salud, agravada por factores como la violencia del conflicto armado. A pesar de los avances del Acuerdo, en 2022 el departamento registró 54.965 víctimas-ocurrencias²³ del conflicto en el departamento, estos pueden ser por diversas formas de violencia, tales como: amenaza, desplazamiento, homicidio, víctima de mina antipersonal, secuestro, tortura, confinamiento, entre otros (Unidad para las Víctimas, 2023).

Imagen 7-Hechos victimizantes producto del conflicto armado durante el año 2022, Chocó.



Fuente: Unidad para las víctimas (2023)

²³ Se denomina “víctimas ocurrencia” porque estas cifras no reflejan el total de víctimas únicas, pues una persona pudo haber sufrido varios hechos victimizantes (Unidad para las Víctimas, 2023)

La violencia asociada a los conflictos armados puede comprenderse como un problema de salud pública. No solo por la mortalidad y morbilidad en la población como resultado de las acciones directas del conflicto (afectaciones físicas y mentales por acciones armadas) sino también por sus efectos indirectos: los conflictos afectan los determinantes sociales de la salud pues generan, entre otras, interrupciones en las vidas de las personas, alteran el bienestar económico de familias y limitan el suministro de alimentos y agua en las comunidades afectadas. (MINSALUD, 2018, p.27).

Teniendo en cuenta la violencia que ha sufrido el departamento, en el Acuerdo de Paz se incluyó un capítulo étnico racial, el cual reconoce la contribución de los pueblos étnicos en la construcción de la paz y de su papel en la reconstrucción social y económica del país. En este capítulo se reconoce que las injusticias enfrentadas por estos pueblos son consecuencias del colonialismo, la esclavitud, el despojo y el conflicto armado, y promueve una reconciliación que valore sus cosmovisiones y necesidades territoriales. Dado que estas comunidades enfrentan barreras significativas para acceder a la salud, su cuidado ha dependido en gran medida de la medicina étnico-tradicional, como el trabajo de parteras, curanderos y médicos tradicionales. Con la Ley 1164 de 2017, se reconoce y promueve la medicina tradicional en coherencia con el artículo 7²⁴ de la Constitución Política (ILEX, 2021), y su reconocimiento ha ganado relevancia con en el Acuerdo.

²⁴ En este artículo se establece el compromiso del Estado colombiano con la promoción y el respeto a la diversidad étnica y cultural de la nación.

4 ODS 3-SALUD Y BIENESTAR: METAS PARA COLOMBIA Y EL CHOCÓ.

La salud, como un servicio básico, está estrechamente vinculada al bienestar de una sociedad. Una población saludable contribuye al buen funcionamiento de la economía y se posiciona como un factor determinante para superar la pobreza. Esto es resaltado por la economista Nora Lustig (2007) en su investigación sobre desarrollo y salud en el contexto mexicano:

Dado que el desempeño laboral y la capacidad de aprendizaje a lo largo de la vida se fundamentan en el desarrollo infantil temprano, asegurar la nutrición y la salud desde la gestación y los primeros dos años de vida constituye un elemento esencial del combate de la pobreza (LUSTIG, 2007, p.818).

En 2015 se planteó una nueva agenda de desarrollo en la que los Estados miembros de la ONU se comprometieron con una serie de objetivos, entre ellas el ODS 3-salud y bienestar, buscando garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas sus edades (ONU, 2024a).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible pueden ser adaptados y algunas particularidades en cuanto a las metas pueden variar de acuerdo con el país. El ODS 3 puede diferir debido a:

- Las realidades y diferentes necesidades en términos de salud y bienestar. Las enfermedades prevalentes, las condiciones socioeconómicas, el acceso y barreras en el sistema pueden variar entre países.
- Las capacidades y recursos a nivel institucional, técnico y financiero varían. La capacidad en cuanto a empleados públicos y la infraestructura en salud son diferentes en cada nación, inclusive cambian de acuerdo con el territorio dentro del propio país.
- El contexto étnico-cultural puede tener peculiaridades según el territorio.
- El marco legal y regulatorio influye en la implementación de los objetivos, estos deben adaptarse a la normatividad nacional.
- Los actores vinculados al proceso de implementación de los ODS tienen sus propias características. Tener en cuenta la sociedad civil, los entes gubernamentales, los científicos y expertos, es necesario para permitir metas contextualizadas y de interés nacional.

De esta manera, las metas de los ODS en cada país deben ser adaptadas, teniendo en cuenta las realidades y capacidades locales, permitiendo un impacto significativo y real en el que se establezcan metas ambiciosas, pero alcanzables (Nações Unidas Brasil, 2024). En el marco colombiano fueron adaptados los objetivos con sus metas e indicadores.

Tabla 5-Objetivo 3- Bienestar y salud. Metas e indicadores adaptados por Colombia.

Meta	Descripción	Indicadores
3.1	<u>Reducir la mortalidad materna</u> De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad materna - Porcentaje de partos atendidos por personal calificado - Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales
3.2	<u>Acabar con las muertes prevenibles de menores de 5 años</u> 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	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad perinatal - Tasa de mortalidad neonatal - Tasa de mortalidad en menores de 5 años - Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año
3.3	<u>Lucha contra las enfermedades transmisibles</u> 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	<ul style="list-style-type: none"> - Incidencia de tuberculosis - Incidencia de malaria - Tasa de mortalidad por malaria - Letalidad por dengue - Porcentaje de transmisión materno-infantil de la hepatitis B - Porcentaje de personas con criterio de tratamiento y diagnóstico de hepatitis C crónica a quienes se les inicia el tratamiento - Porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH/SIDA - Tasa de mortalidad por VIH/SIDA
3.4	<u>Reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles</u> 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	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente - Tasa de mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares - Tasa de mortalidad prematura por cáncer de mama, cuello uterino, colon y recto, pulmón, próstata, estómago, linfoma no Hodgkin y Leucemia en adultos

		<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad prematura por diabetes - Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores - Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años - Porcentaje de personas atendidas en servicios en salud mental
3.5	<p><u>Prevenir y tratar el abuso de sustancias</u></p> <p>Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita - Porcentaje de personas con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol
3.6	<p><u>Reducir lesiones y muertes en carreteras</u></p> <p>De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa General de Mortalidad por Accidentes de Tránsito terrestre (TGMA)
3.7	<p><u>Acceso universal a atención reproductiva, planificación y educación</u></p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de fecundidad específica en mujeres adolescentes de 15 a 19 años - Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con actividad sexual reciente que usan métodos anticonceptivos modernos - Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con actividad sexual reciente que usan métodos anticonceptivos modernos - Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas de su primer hijo - Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con embarazo subsiguiente
3.8	<p><u>Alcanzar la cobertura universal de salud</u></p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente - Porcentaje de niños y niñas de 1 año con vacunación de triple viral - Porcentaje de población afiliada al sistema de seguridad social en salud
3.9	<p><u>Reducir las enfermedades y muertes causadas por productos químicos peligrosos y contaminación</u></p> <p>De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en material

	<p>causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo</p>	<p>particulado inferior a 2.5 micras (PM2.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de estaciones que cumplen con el objetivo intermedio III de las guías de calidad del aire de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en material particulado inferior a 10 micras (PM10) - Incidencia de intoxicaciones por sustancias químicas - Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Urbano - Índice de Riesgo Calidad del Agua para consumo humano (IRCA) Rural
3.a.	<p><u>Implementar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco</u></p> <p>Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años. (No se produce el indicador, pero se puede producir con las fuentes de información existentes)
3.b.	<p><u>Apoyar la investigación, el desarrollo y el acceso universal a vacunas y medicamentos asequibles</u></p> <p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles (Indicador en construcción)
3.c.	<p><u>Aumentar la financiación de la salud y el apoyo a la fuerza laboral en los países en desarrollo</u></p> <p>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 insular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios. (No se produce el indicador, pero se puede producir con las fuentes de información existentes)
3.d.	<p><u>Mejorar los sistemas de alerta temprana para los riesgos a la salud mundial</u></p> <p>Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en</p>	Sin indicador

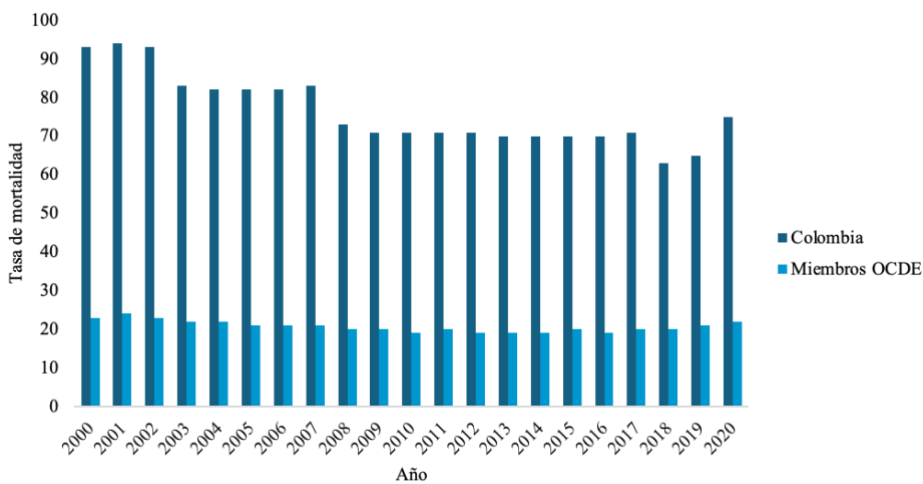
	materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	
--	--	--

Fuente: (DNP, 2023; UNDPA COLOMBIA, 2021)

Estos indicadores tienen como objetivo permitir un diagnóstico y seguimiento de la evolución en el cumplimiento de las metas para la salud. Para los entes nacionales que llevan a cabo las acciones, funcionan como una fuente de información para la evaluación y toma de decisiones que están estrechamente relacionadas con las políticas públicas adoptadas.

Las metas incluyen la reducción de la mortalidad infantil y materna, la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la disminución del consumo de sustancias psicoactivas y tabaco, y la garantía del acceso a la salud sexual y reproductiva. Además, se fomenta el desarrollo de tecnología y la formación de capital humano en el sector salud. A continuación, se presentan algunos de los principales indicadores de salud que permiten evaluar la situación de Colombia en comparación con países desarrollados y otros miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico)²⁵. Estos indicadores reflejan los avances en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos en el año 2000, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, adoptados en 2015.

Gráfico 2-Tasa de mortalidad materna, 2000 - 2020 (por cada 1.000 nacidos vivos).

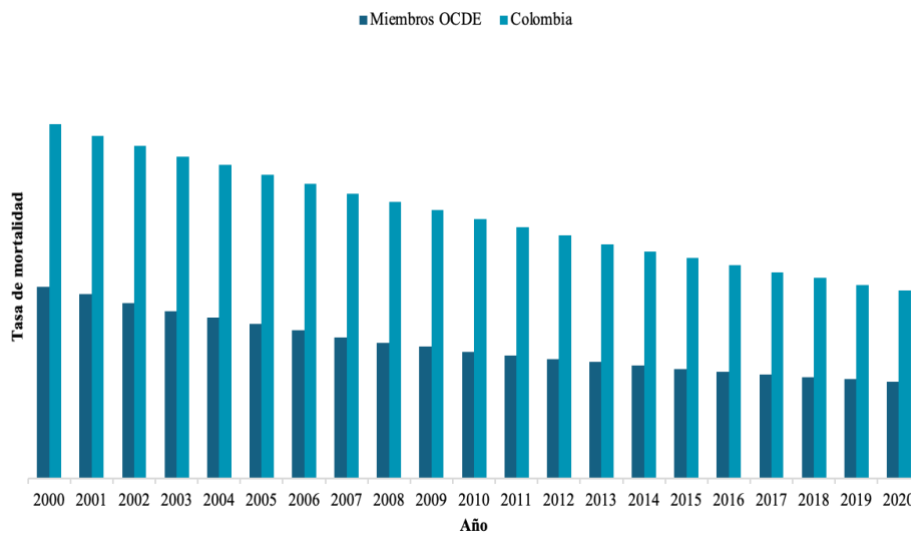


Fuente: Banco Mundial, 2024a

²⁵La OCDE es una organización internacional que se centra en diseñar y fomentar políticas destinadas a promover la prosperidad, la equidad, las oportunidades y el bienestar global. Actualmente cuenta con 38 países miembros, en su mayoría economías de altos ingresos. Colombia se unió como miembro oficial en 2020. (DNP Colombia, 2024).

Indicador vinculado a la meta 3.1 de los ODS, que busca reducir la mortalidad materna mundial. Durante los últimos 20 años, las tasas de mortalidad materna en Colombia han sido significativamente más altas que las de los países miembros de la OCDE. Además, desde aproximadamente 2012, la disminución de estas tasas en Colombia ha mostrado una desaceleración, lo que evidencia desafíos adicionales en la atención materna, particularmente en zonas rurales y comunidades vulnerables. Este fenómeno puede atribuirse a desigualdades en el acceso a servicios de salud, atención obstétrica limitada en áreas remotas y deficiencias en la infraestructura hospitalaria. En contraste, los países desarrollados cuentan con sistemas de salud más sólidos, una alta cobertura de seguros y estándares avanzados de cuidado materno (OMS, 2011).

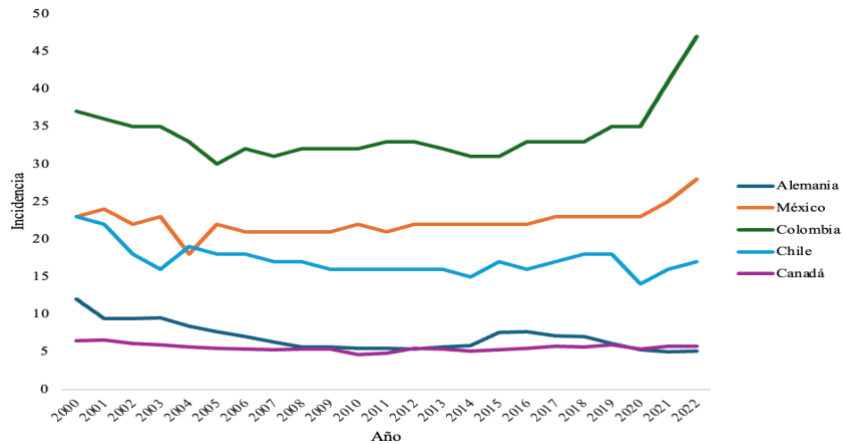
Gráfico 3-Tasa de mortalidad, menores de 5 años, 2000 – 2020 (por cada 1.000 nacidos vivos).



Fuente: Banco Mundial, 2024b

Indicador vinculado a la meta 3.2, que pretende poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años. En Colombia y en los países miembros de la OCDE, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido de manera constante durante los últimos 20 años. No obstante, como se muestra en el gráfico 3, el ritmo de reducción en Colombia ha sido insuficiente para igualar los niveles alcanzados por los países de la OCDE, lo que evidencia la persistencia de desafíos estructurales en el sistema de salud infantil del país.

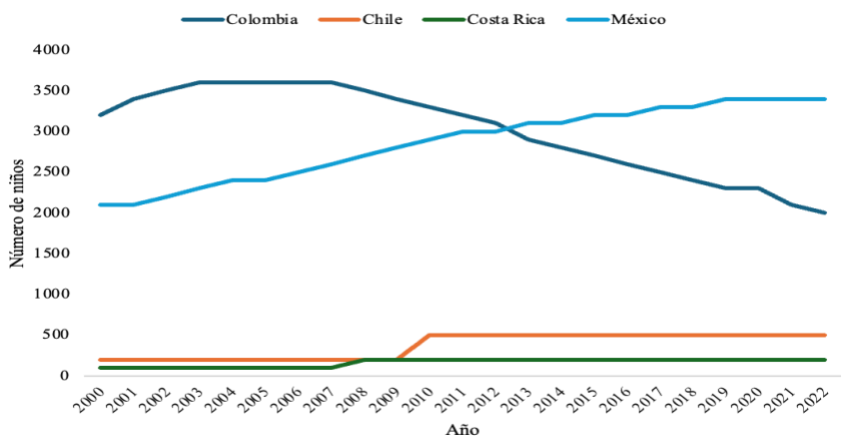
Gráfico 4- Incidencia de tuberculosis, 2000-2022 (por cada 100.000 personas).



Fuente: Banco Mundial, 2024c

Indicador relacionado con la meta 3.3, que tiene como objetivo erradicar las epidemias y otras enfermedades transmisibles. Los países con mayor incidencia de tuberculosis son Colombia y México, mientras que países desarrollados como Alemania y Canadá han mantenido un control más efectivo. Por otro lado, en el año 2020 se registró un incremento sustancial de casos en los países de menores ingresos (Colombia, México y Chile), lo que podría estar relacionado con la interrupción de los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19.

Gráfico 5- Número de niños que viven con VIH (0 a 14 años), 2000-2022.

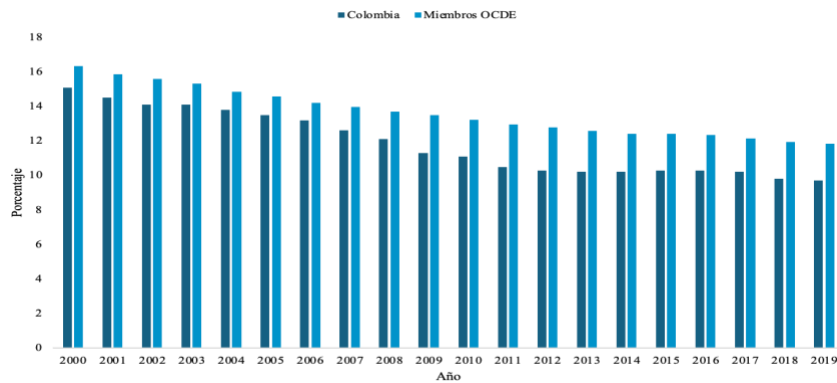


Fuente: Banco Mundial, 2024d

El indicador, también relacionado con la meta 3.3, evidencia que entre los países de la región miembros de la OCDE, México y Colombia registran los índices más altos de niños viviendo con VIH. No obstante, mientras México muestra un incremento sostenido y alto,

Colombia alcanzó su punto máximo alrededor de 2010, seguido de una disminución constante hasta 2022. Estas diferencias entre los países analizados (Colombia, México, Chile y Costa Rica) pueden estar asociadas a factores como la implementación de políticas de prevención, la disponibilidad de tratamientos antirretrovirales y la eficacia en estrategias de diagnóstico temprano (Pineda; Morales; Garzón, 2024).

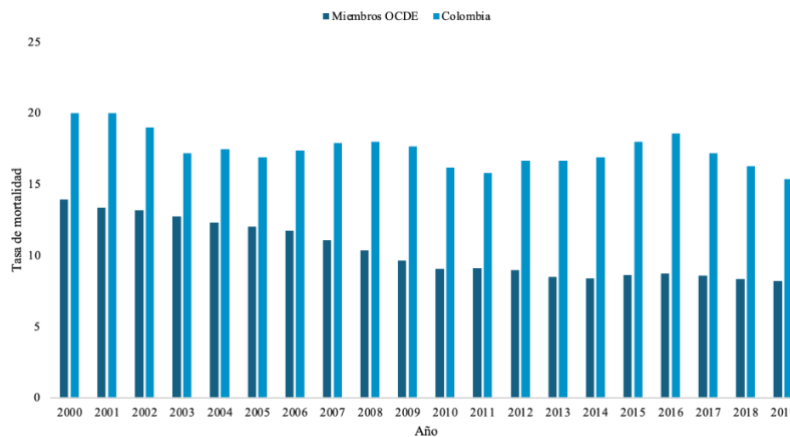
Gráfico 6-Mortalidad provocada por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas entre las edades de 30 y 70 años (%), 2000-2019.



Fuente: Banco Mundial, 2024e

Este indicador, asociado con la meta 3.4, tiene como objetivo reducir la mortalidad por enfermedades no transmisibles. En este contexto, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas entre personas de 30 a 70 años ha mostrado una disminución constante en Colombia desde principios de los años 2000. En comparación con los miembros de la OCDE, Colombia ha tenido un mejor desempeño.

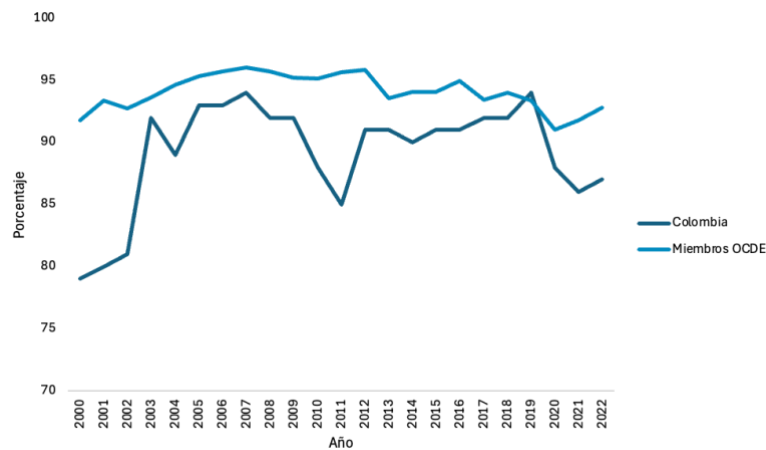
Gráfico 7-Mortalidad provocada por lesiones por accidentes de tránsito (por cada 100.000 personas).



Fuente: Banco Mundial, 2024f

Este indicador está vinculado con la meta 3.6, que busca reducir a la mitad las muertes y lesiones por accidentes de tránsito hasta 2030. Como se observa en el gráfico, Colombia presenta una tasa de mortalidad por accidentes de tránsito casi el doble de la registrada en los países miembros de la OCDE. Las tasas han variado desde inicios de los 2000 y continúan significativamente altas hasta 2019.

Gráfico 8-Inmunización con vacuna DPT²⁶, 2000-2022 (% de niños entre 12 y 23 meses de edad).



Fuente: Banco Mundial, 2024g

La meta 3.8 está relacionada con este indicador, el cual pretende ampliar el acceso a servicios esenciales de salud y a medicamentos y vacunas. Desde el año 2000, la cobertura de inmunización con la vacuna DTP (difteria, tos ferina y tétanos) en niños de 12 a 23 meses de edad en Colombia ha sido consistentemente superior al 80%. Sin embargo, en 2022, se observó una caída significativa, probablemente relacionada con la emergencia del COVID-19 y sus efectos en los sistemas de salud. En contraste, los países miembros de la OCDE han mantenido una cobertura más alta y estable, con niveles superiores al 90%.

4.1 OBJETIVO 3- SALUD Y BIENESTAR PARA EL CHOCÓ

Como se mencionó anteriormente, las metas e indicadores pueden variar según las realidades y el contexto de cada país. Asimismo, a nivel interno, los departamentos y

²⁶ Conocida como la vacuna triple bacteriana, brinda protección frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina (MedlinePlus, 2024)

municipios pueden contar con indicadores diversos que responden a las necesidades específicas de sus territorios.

La construcción de los indicadores asociados al Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 ha sido liderada por el Ministerio de Salud y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Algunos de estos indicadores cuentan con registros de más de una década, mientras que otros comenzaron a recopilarse recientemente, a partir del compromiso del gobierno con la agenda de los ODS.

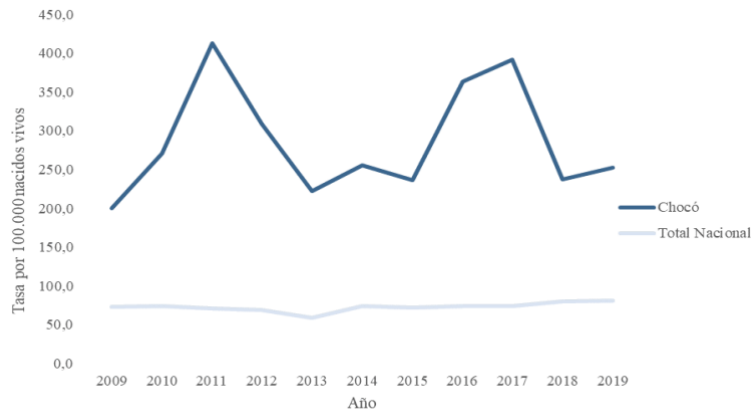
Para el seguimiento y monitoreo de los ODS se necesita un gran acervo de información desagregada. Por sexo, por grupo etario, por etnia, por condición de migrante, por discapacidad, por afectación del conflicto armado, por territorio y ciudades, entre muchos otros. Mientras más detallada sea la información, los tomadores de decisiones de políticas públicas contarán con mejores herramientas, más precisas, pertinentes y con mayor impacto en la sociedad colombiana. De los 232 indicadores ODS, el Gobierno reconoce que tiene información total sobre el 52% de ellos, parcial sobre 30% y no tiene por falta de datos o por metodología aún no definida, el 16% (documento CONPES 3918). Sin embargo, persiste un reto enorme, y es acompañar al Gobierno y al Sistema Estadístico Nacional a construir lo que falta, pero especialmente a llevar la desagregación de la información a nivel territorial (PNUD, 2018, p.69).

De acuerdo con los informes emitidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), algunos indicadores se encuentran en fase de formulación, mientras que otros ya han sido medidos. A nivel territorial, los indicadores no siempre coinciden con los nacionales. Existen mediciones generales que se aplican en todo el país y otras específicas para cada municipio y departamento. En el caso del departamento del Chocó, los indicadores incluyen la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, así como el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado. Esto último se aborda reconociendo la relevancia de la medicina ancestral, que reivindica y valora el trabajo de las parteras, un factor diferencial respecto a otras regiones del país. Este enfoque incluye la cosmovisión de las comunidades afrocolombianas, aportando un carácter único al tratamiento de la salud materna en la región (DANE, 2022a, 2023).

También, se busca poner fin a las enfermedades prevenibles como la tuberculosis, el VIH, la malaria y a las enfermedades tropicales propias de este tipo de ecosistemas. Además, combatir las enfermedades transmisibles que son causados por fuentes de agua insalubres, siendo uno de los más importantes desafíos, pues es uno de los departamentos con menor acceso a agua potable y alcantarillado. Entre otros indicadores, también se incluye la cobertura de la población al sistema de salud, así como el acceso a medicamentos y a vacunas (DANE, 2022b).

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se analizan los indicadores vinculados y al ODS 3 para el Chocó en comparación con el desempeño a nivel nacional. Estos son datos proporcionados por el DANE.

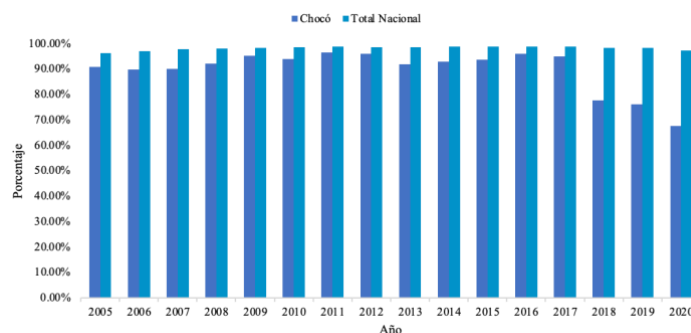
Gráfico 9-Tasa de la mortalidad materna. Chocó-Total Nacional, 2009-2019. (Por cada 100.000 nacidos vivos).



Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2021a).

Indicador vinculado a la meta 3.1 de los ODS. Como se observa en el gráfico 12 la tasa de mortalidad materna desde el año 2009 hasta el 2019, ha presentado una considerable variabilidad. Con picos muy marcados entre 2011 y 2017; en contraste, a nivel nacional, muestra una tendencia más estable.

Gráfico 10-Partos atendidos por personal calificado. Chocó-Total Nacional, 2009-2020. (Porcentaje).

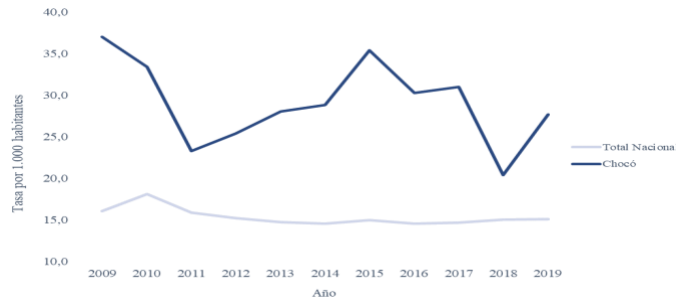


Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

Este indicador está vinculado a la meta 3.1. A nivel nacional, los partos atendidos por personal calificado superan el 90%. En el Chocó, sin embargo, este porcentaje ha disminuido a lo largo de los años, lo cual se explica en parte por el aumento de los registros de nacimientos atendidos por parteras y parteros tradicionales (DANE, 2023). Es importante

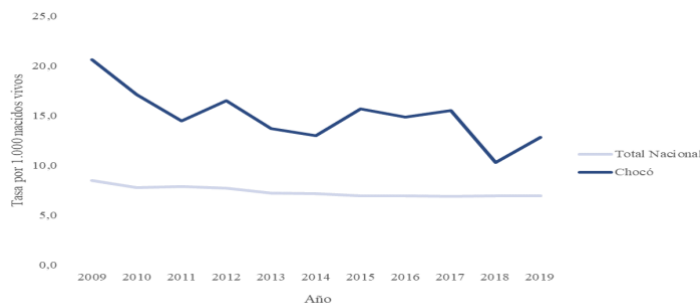
señalar que, en este contexto, se considera como "personal calificado" a los profesionales de la salud.

Gráfico 11-Tendencia de la mortalidad perinatal²⁷. Chocó-Total Nacional, 2009-2019 (Por cada 1.000 habitantes).



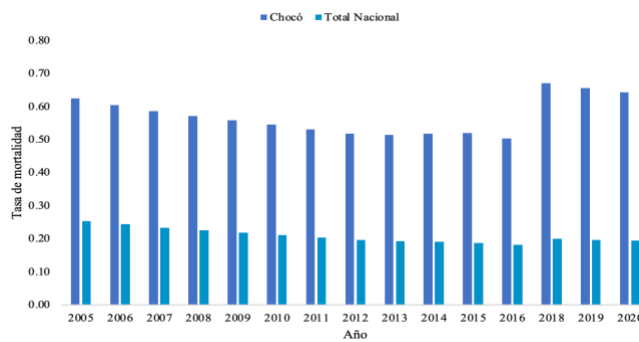
Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2021).

Gráfico 12-Tendencia de la tasa de mortalidad neonatal²⁸. Chocó-Total Nacional, 2009-2019 (Por cada 1.000 nacidos vivos).



Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2021a).

Gráfico 13-Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Chocó-Total Nacional, 2009-2020 (Por cada 1.000 nacidos vivos).



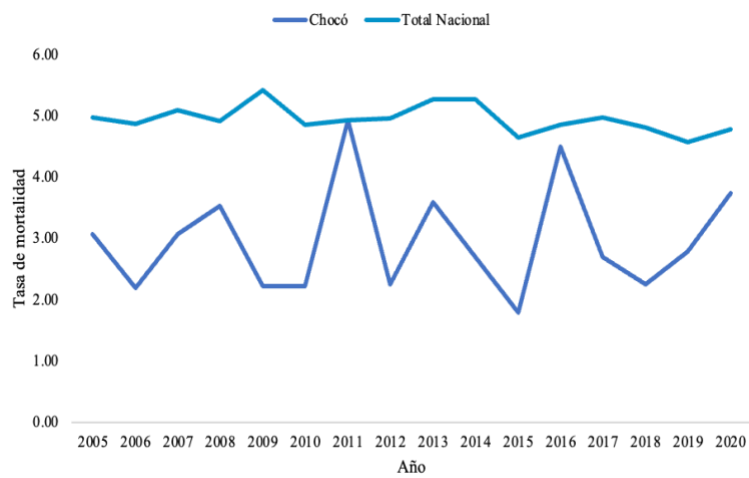
Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

²⁷ Son las defunciones que se presenta entre la semana 22 de gestación y los 7 días después del parto (OMS, 2024a).

²⁸ Muerte del recién nacido que ocurre en los primeros 28 días de vida (OMS, 2024a).

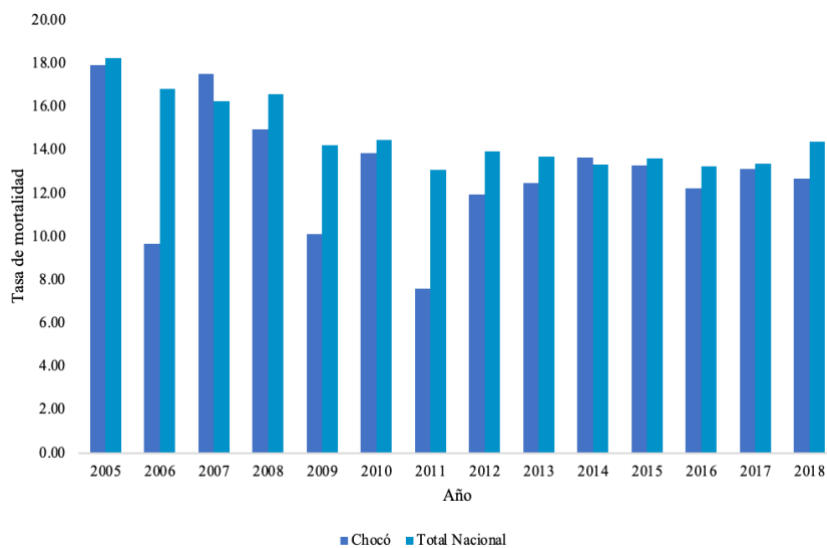
Los indicadores de mortalidad perinatal, neonatal y en menores de 5 años están relacionados con la meta 3.2. El Chocó presenta las tasas más altas de mortalidad en comparación con el promedio nacional. Mientras que los promedios nacionales se han mantenido relativamente estables (aunque elevados en comparación con otros países), el departamento del Chocó ha experimentado períodos críticos en los que estas tasas han empeorado significativamente.

Gráfico 14-Tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 menores de 18 años).



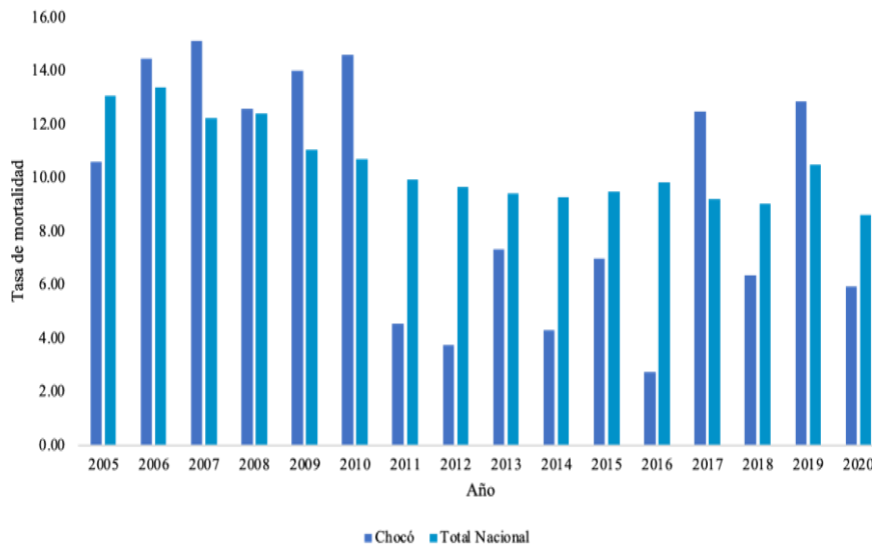
Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

Gráfico 15-Tasa de mortalidad prematura por diabetes. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes de 30 a 69 años).



Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

Gráfico 16-Tasa de mortalidad prematura de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores²⁹. Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes de 30 a 69 años)



Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

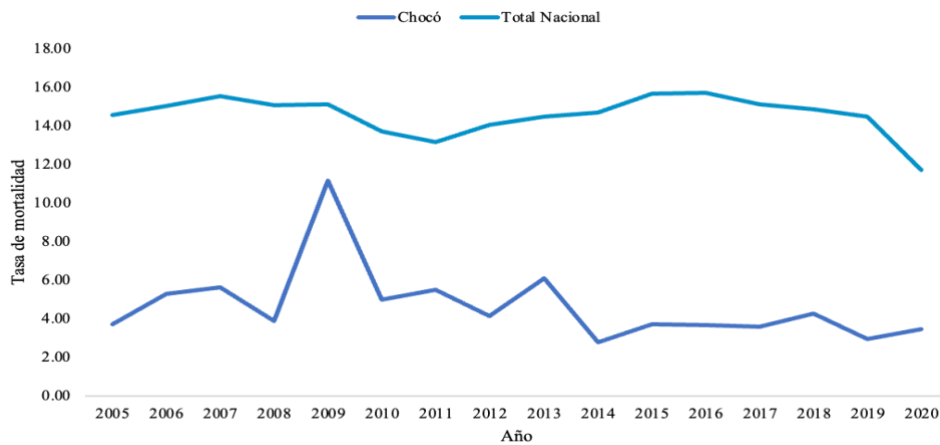
Los indicadores de la tasa de mortalidad por tumores malignos en menores de 18 años, la tasa de mortalidad prematura por diabetes y la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores están asociados a la meta 3.4 de los ODS.

Desde 2005, tanto la tasa de mortalidad por tumores malignos como la de diabetes han mostrado cifras menores en el Chocó en comparación con el promedio nacional; no obstante, han experimentado incrementos significativos desde el 2011, acercándose preocupantemente a los valores nacionales.

En contraste, la tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ha sido consistentemente más alta en el Chocó que en el promedio nacional, superando las 15 muertes por cada 100 mil habitantes entre los 30 y 69 años de edad. Durante la pandemia de COVID-19, el Chocó reportó tasas aún más elevadas en comparación con el promedio nacional, lo que resalta las desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud y el manejo de enfermedades crónicas en la región.

²⁹ Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) abarcan afecciones como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma y otras patologías respiratorias persistentes, incluyendo enfermedades pulmonares relacionadas con el ámbito laboral e hipertensión pulmonar (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Gráfico 17-Tasa general de mortalidad por accidentes de tránsito terrestre (TGMA). Chocó-Total Nacional, 2005-2020 (Por cada 100.000 habitantes).



Fuente: Elaboración propia a partir de (DANE, 2022a)

Este indicador vinculado a la meta 3.6, muestra que, en el Chocó, las cifras por muerte en accidentes de tránsito son considerablemente menores en comparación con el promedio nacional.

De esta manera, los indicadores para el monitoreo de políticas públicas en salud, según la agrupación sugerida por la Organización Mundial de la Salud, evidencian que en el Chocó persiste una grave problemática de privaciones en materia de salud (DANE, 2021a). La región ha sido materia de discusión pública por los incesantes pedidos de organizaciones nacionales e internacionales que solicitan ayuda humanitaria para atender el conflicto y suplir la carencia de servicios básicos.

La región ha sido materia de discusión pública por los incesantes pedidos de organizaciones nacionales e internacionales por ayuda humanitaria que incluye atención al conflicto y requerimiento de servicios básicos. La Defensoría del Pueblo ha hecho en diferentes ocasiones llamados al gobierno nacional en búsqueda de una atención oportuna, por ejemplo, para 2022 uno de los principales hospitales de la región dejó de prestar el servicio por cuenta de la huelga de los trabajadores asistenciales que reclamaban derechos laborales, ya que por varios meses no recibieron sus salarios (UTADEO, 2024). Sumando la falta de insumos, insuficiente personal médico, deficiencias en infraestructura. Todo ello vino a agravarse con la crisis desencadenada producto del COVID 19.

La población afrocolombiana figura entre los grupos con mayor riesgo al contagio a causa de su situación socioeconómica desfavorable y el arraigo a la discriminación, que los hace especialmente vulnerables a las altas tasas de infección y mortalidad,

y al acceso desigual a la atención sanitaria. La pandemia del COVID-19 ha agravado las desigualdades estructurales, en lo relativo al acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios. Esta respuesta contradice la obligación humanitaria de proteger el derecho de todos a la salud y enfrenta a las personas a situaciones de discriminación racial, racismo y otras manifestaciones conexas a la intolerancia. (ILEX, 2021, p.132).

Las estadísticas vitales reflejan de manera alarmante la cantidad de niños y mujeres gestantes que fallecen debido a una atención inadecuada en salud o, en muchos casos, a la total ausencia de esta. El seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, así como los controles prenatales, están directamente vinculados con la promoción y prevención en salud, aspectos que prácticamente no existen en el departamento.

En ese escenario, la partería en el Chocó, organizada como una red social de apoyo comunitario, se convierte en un complemento crucial al sistema de salud estatal. Estas redes, basadas en el conocimiento ancestral y la solidaridad, no solo intentan suplir las deficiencias del sistema de salud pública, sino que también brindan una atención esencial en zonas donde el Estado no llega.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2021, solo el 7,3% de la población del Chocó se encuentra afiliada en el régimen contributivo de salud (DANE, 2022b), lo que indica una alta vulnerabilidad socioeconómica. Además, según los datos del censo de 2018, uno de los municipios pertenecientes al Chocó, Alto Baudó, presenta el tercer índice más alto de personas sin afiliación al sistema de salud con 40,5% (DANE, 2020a). Esta situación los hace depender exclusivamente de hospitales y puestos de salud públicos que enfrentan constantes dificultades financieras, afectando gravemente la capacidad de brindar servicios básicos de calidad. Sin embargo, como se ha mencionado, la medicina tradicional como la partería han suplido de cierta manera esos servicios en salud que el Estado no ha proporcionado. Probablemente, las cifras serían peores sin este tipo de complementariedad institucional.

Ahora pues, el Departamento del Chocó se encuentra en la región pacífica colombiana, la cual según el censo poblacional de 2018 presenta un 13,8% de privación por barreras de acceso a servicios de salud (DANE, 2018) y que conforme expresa Aday y Andersen (1974), las barreras relacionadas con el acceso a los servicios de salud están ligadas a las características de la población, falta de tiempo, escasez de dinero, la dificultad por cuenta de la geografía, la distancia a los centros, la poca confianza al personal de salud, entre otros. Es oportuno divisar que el departamento no posee suficiente capacidad hospitalaria, muestra de ello han sido las dificultades que enfrentó en la pandemia del

COVID-19, donde su único centro hospitalario de nivel II³⁰ no tenía unidades de cuidados intensivos para atender a los pacientes que poseían el virus (Soto, 2020).

4.2 EL PAPEL DE LA PARTERIA TRADICIONAL EN EL CHOCÓ

En el Pacífico colombiano, la partería tradicional es la responsable por proveer servicios esenciales de salud materna, neonatal y reproductiva, en contextos donde el acceso a servicios de salud básicos es limitado. Esta práctica ancestral fue reconocida en 2017 como Patrimonio Cultural de la Nación por el Ministerio de Cultura de Colombia (MINCULTURA, 2017). La resolución 1077 de 25 de abril de 2017 reconoce la importancia de los saberes y prácticas de la partería afro del Pacífico, reconociendo el uso de técnicas sobre el cuidado del cuerpo y el uso de plantas para atender el ciclo reproductivo de la mujer, así como atender enfermedades en las comunidades. A través del Ministerio de Cultura, el gobierno se comprometió con fortalecer y revitalizar la partería afro del Pacífico; promover la sostenibilidad de la práctica y. aprobar y ejecutar un plan especial para salvaguardar la transmisión de conocimientos, fomentar la investigación y dar acceso a las personas a estos saberes, sin afectar los derechos colectivos.

Aunque la práctica fue reconocida, las y los parteros tradicionales no han sido formalmente incluidos en el sistema de salud formal y la medicina tradicional; aún no existe un alineamiento con el sistema. Esta desarticulación institucional puede generar ineficiencia e ineficacia en el tratamiento de salud de las mujeres del Pacífico.

En relación con el derecho de toda mujer a recibir atención durante el embarazo y el parto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incluyen metas e indicadores específicos que abordan el cuidado de las gestantes en las etapas del embarazo, parto, posparto, y también de los recién nacidos, entre otros aspectos. En este contexto, las parteras/os desempeñan un papel fundamental en la salud sexual y reproductiva, especialmente, en áreas rurales dispersas, donde su intervención es crucial para el cuidado de estas poblaciones. Además, pueden contribuir a la reducción de la mortalidad materna (meta 3.1) y de menores de 5 años (meta 3.2).

Como ya se ha mencionado a lo largo de la investigación, los servicios básicos de salud en el Chocó son precarios, las condiciones climáticas son complejas y no existe una adecuada infraestructura característica de un territorio básicamente desarrollado

³⁰ Es aquel centro hospitalario que cuenta con área de hospitalización, urgencias y Unidades de Cuidado Intensivo.

(entendido como el suministro de agua potable; la existencia de vías que comuniquen el departamento con el resto del país; un sistema de alcantarillado; suministro de energía; entre otros). El acceso de una mujer embarazada del Chocó a los servicios de salud en el sistema colombiano resulta sumamente difícil, especialmente en las comunidades más aisladas. En muchas de estas zonas, no existen puestos de salud ni infraestructuras similares. Como consecuencia, quienes necesitan atención médica, en algunos casos deben viajar aproximadamente 12 horas por río para llegar a una cabecera municipal. En otras comunidades, el acceso solo es posible a pie, lo que implica recorrer largas distancias caminando (ASOREDIPARCHOCO, 2024).

De esta manera persiste la labor de la partería tradicional ejercida por mujeres y hombres que, por tradición o cultura, adquirieron sus conocimientos de manera empírica, a través de la transmisión oral y la práctica. Estas personas se convierten en expertos en su oficio, brindando apoyo integral antes, durante y después del embarazo, adaptándose al entorno socioeconómico y familiar de la gestante, con el fin de preservar la vida de la madre y del recién nacido. Estas habilidades las han adquirido atendiendo sus propios partos o colaborando con otras parteras tradicionales, aprendiendo directamente de la experiencia en su comunidad (ASOREDIPARCHOCO, 2024).

La historia de partería en el departamento posee una estrecha relación con el periodo de esclavitud, en la que las propias mujeres esclavizadas sin ningún tipo de red de apoyo legal o de asistencia, atendieron sus propios partos y auxiliaron a otras en las mismas condiciones. También, fueron las manos que recibieron a los niños nacidos en este territorio (ASOREDIPARCHOCO, 2024). A pesar de que la partería es una práctica en el Chocó que se remonta a hace más de dos siglos, persisten los prejuicios y el desconocimiento, por lo cual las y los parteros han sido estigmatizados y sólo fue hasta hace poco que les fue reconocida su labor ante la ley colombiana.

Para gran parte de la sociedad occidentalizada, la partería tradicional suele asociarse con supersticiones o prácticas anticuadas, ignorando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) defiende esta labor como fundamental para reducir la mortalidad materna e infantil (OMS, 2024b). Además, algunos países desarrollados han legalizado la partería e integrado esta práctica en sus sistemas de salud, reconociendo su valor no solo en la atención primaria y en comunidades con acceso limitado a servicios médicos, sino también en la promoción de un parto humanizado, que prioriza el bienestar de la madre y el recién nacido (DANE, 2023).

En ese contexto surge la Asociación de la Red interétnica de Parteras y Parteros del Chocó – ASOREDIPARCHOCO, una organización sin fines de lucro que se dedica a la integración, capacitación y asistencia técnica en el ámbito de la obstetricia, operando conforme a las leyes colombianas para promover la salud materno-infantil. El objetivo es dar visibilidad a las parteras como gestoras clave en los procesos sociales relacionados con la salud (ASOREDIPARCHOCO, 2024).

En el podcast “PUJ: La Partería” (2022), se entrevista a Manuela Mosquera, fundadora de la asociación, quien relata que comenzó a estudiar enfermería a los 18 años en el departamento del Chocó. Allí, su interés por las parteras creció y aprendió de ellas sobre remedios tradicionales para diversos problemas de salud, especialmente relacionados con el embarazo y la salud reproductiva. Durante su tiempo en la comunidad, Manuela se dedicó a documentar todo lo que aprendía y; mientras estudiaba, fue conectándose y colaborando con agencias de las Naciones Unidas. Al finalizar su carrera, tras haber trabajado con la Cruz Roja y otras organizaciones, le preguntaron qué haría con las muchas mujeres y parteras que había identificado. Fue así como decidió formar una asociación en 2010 para reunir y capacitar a las parteras y médicos tradicionales. Comenzó sola, pero con el tiempo consiguió el apoyo de otras personas, logrando organizar la asociación y redactar sus estatutos. Iniciaron con 39 miembros, luego crecieron a 129, y para 2022 la asociación contaba con más de 1.200 personas.

El reconocimiento de esta práctica tradicional ha sido difícil, especialmente, por la disputa que existe con la biomedicina, pues esta última es considerada por la mayoría de la sociedad como el único saber válido y científico. Provocando que otros saberes sean invisibilizados y castigados o penalizados (Botero, 2022).

Con lo anterior, en medio de la emergencia sanitaria por COVID 19, en 2021 dos asociaciones de partería tradicional: ASOPARUPA (perteneciente al departamento del Valle del Cauca), ASOREDIPAR CHOCÓ (perteneciente al departamento del Chocó); junto con ILEX Acción Jurídica, interpusieron una acción de tutela contra el Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud de Chocó y Valle del Cauca, argumentando la vulneración de sus derechos fundamentales a la igualdad, la no discriminación, la diversidad étnica y cultural, el trabajo, el mínimo vital y la salud. La pandemia, afectó gravemente a las parteras al reducir sus ingresos, forzarlas a cerrar espacios en varias localidades y aumentar los costos de sus servicios. Además, las secretarías de salud no les proporcionaron equipos

de protección personal ni pruebas diagnósticas de COVID-19, y el Ministerio de Salud no les otorgó el reconocimiento económico establecido en el Decreto 538 de 2020³¹.

Según datos de ILEX (2024) para el 22 de febrero de 2021, siete parteras afiliadas a ASOPARUPA habían fallecido debido al COVID-19 sin recibir atención médica oportuna. Aunque el Juzgado 11 Civil del Circuito de Bogotá negó la tutela inicialmente, el 10 de mayo de 2021, el Tribunal Superior de Bogotá revocó parcialmente esa decisión y ordenó priorizar a las parteras en el Plan Nacional de Vacunación, además de suministrarles protección adecuada.

En septiembre de 2021, la Defensoría del Pueblo solicitó a la Corte Constitucional revisar el caso. El Ministerio de Salud argumentó estar trabajando en un documento técnico para incluir los saberes tradicionales en el sistema de salud y mencionó que se estaba avanzando en una política pública en salud. Finalmente, en mayo de 2022, la Corte Constitucional falló a favor de las parteras, reconociendo la vulneración de sus derechos y ordenando al Ministerio pagarles el reconocimiento económico, realizar una campaña informativa sobre la vacunación y llevar a cabo un censo nacional sobre quienes ejercen la partería en Colombia (ILEX, 2024).

A pesar de que en Colombia coexisten dos sistemas de cuidado para las gestantes, al cual pertenecen médicos y enfermeros del sistema de salud formal y, por otro lado, se encuentran los sabedores o parteras/os tradicionales. No existen aún políticas públicas formales que consideren las necesidades y apoyen a quienes practican los saberes tradicionales y solo hasta hace poco con el último Plan Decenal de Salud se dio apertura en la agenda política, es decir, son políticas que aún se encuentran en fase de formulación.

4.2.1 Partería tradicional en el Plan Decenal de Salud 2022-2031

El Plan Decenal de Salud Pública es una política de Estado que busca enfrentar los desafíos de la salud pública en Colombia durante una década, con un enfoque en reducir las inequidades y garantizar el derecho fundamental a la salud. El Plan actual reconoce la diversidad cultural, social y política del país, promoviendo una acción coordinada entre diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales (MINSALUD, 2023). Cada plan, aunque creado en gobiernos diferentes, trasciende a la ideología de los políticos de turno, pues como se observa en el Plan 2012-2021 y en el actual 2022-2031 con sus ajustes; en

³¹ Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica (Colombia, 2020).

cada uno de ellos se ha incluido el enfoque diferencial en salud, el cual es entendido como las acciones que aportan al cuidado de la salud, a partir del nivel y el tipo de vulnerabilidad (estrato socioeconómico, género, religión y cultura de cada persona). El enfoque diferencial fue definido mediante la ley 1448 de 2011³².

El Plan 2022-2031 fue creado en el gobierno de Iván Duque, este contenía el enfoque diferencial y reconocía la partería como un saber ancestral, el actual conserva la misma premisa. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2023) el último, da continuidad a los avances logrados en el primer plan (2012-2021), que introdujo la planificación a largo plazo y promovió la intervención sobre los determinantes sociales de la salud para mejorar las condiciones de vida y bienestar de la población (MINSALUD, 2023).

Añaden que, pese a los avances alcanzados, el PDSP 2012-2021 enfrentó varias dificultades en su implementación, como la falta de articulación entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales, limitaciones en la capacidad operativa y financiera de los municipios, y deficiencias en el sistema de información para la toma de decisiones. Sin embargo, según el informe, se lograron avances importantes en áreas como salud laboral, salud ambiental y derechos sexuales y reproductivos. Para el nuevo plan, se han propuesto recomendaciones para fortalecer las capacidades locales, mejorar la articulación intersectorial y optimizar los sistemas de información con el fin de asegurar un impacto más efectivo en la salud pública del país.

Por otro lado, en el Plan Decenal 2022-2031 se identifican las circunstancias nacionales e internacionales que impactan en los sistemas de salud impulsados por la aparición de nuevas enfermedades, el aumento de epidemias, la pandemia del COVID-19, y los cambios en los patrones migratorios debido a crisis sociales y ambientales. Estos factores han puesto de manifiesto la desigualdad en el acceso a servicios de salud y las carencias en la inversión y desarrollo de los sistemas de salud pública, especialmente en países como Colombia. Además, la firma del Acuerdo de Paz entre el Estado colombiano y las FARC ha sido un acontecimiento clave, destacando la necesidad de intervenciones diferenciales que mejoren la atención en salud en comunidades vulnerables y apartadas.

El PDSP Ajustado 2022-2031 surge como una actualización del plan base para reflejar mejor las realidades y los aprendizajes de la implementación inicial del PDSP 2022-2031. Se ajustan metas, indicadores y estrategias con base en análisis más recientes

³² Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones (Colombia, 2011).

(MINSALUD, 2023). En cuanto a la partería, se describe con mayor explicitud las estrategias para que la práctica sea reconocida e incluida en el sistema de salud. Producto de los acuerdos entre el gobierno y las comunidades mediante el Espacio Nacional de Consulta Previa ³³, se estableció:

13. Diseñar e implementar un sistema de caracterización y registro de los sabedores, parteras, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades Negras, Afrocolombianos, Raizales y Palenqueros (MINSALUD,2023, p.272).

16. Diseñar e implementar estrategias que permitan visibilizar y reconocer el saber ancestral y las prácticas tradicionales (sabedores, sobadores, curanderos, rezanderos, parteras etc) para el fortalecimiento de la medicina tradicional de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (MINSALUD,2023, p.272).

18. Diseñar e implementar estrategias para el intercambio de saberes entre la medicina ancestral (sabedores, sobadores, parteras, curanderos, rezanderos, etc.) y la medicina occidental, en espacios comunitarios que permitan el fortalecimiento de la identidad cultural de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras en el territorio colectivo, tradicional y/o ancestral, zonas de asentamiento o zonas urbanas (MINSALUD,2023, p.272).

Sin duda, la necesidad del reconocimiento de la partería tradicional ha estado en la agenda de los últimos gobiernos, para lo cual se han creado leyes, decretos e incluso los propios planes decenales de salud. Ha sido claro que existe un problema que afecta a un importante número de personas que habitan, en especial, los territorios afrodescendientes e indígenas del país, por lo cual los propios movimientos sociales, representados por asociaciones como ASOREDIPARCHOCO, han exhortado al Estado a la creación de políticas públicas que incluyan la partería y los saberes tradicionales en el sistema de salud. Sin embargo, aunque se ha reconocido el problema y la propia Corte Constitucional ha ordenado al ejecutivo a tomar medidas, las políticas públicas relacionadas no han conseguido llegar a la fase de implementación.

³³ La consulta previa es un derecho esencial de los grupos étnicos que les permite tomar decisiones sobre medidas, como leyes, regulaciones o proyectos que se planeen ejecutar en sus territorios. Este proceso tiene como objetivo salvaguardar su integridad cultural, social y económica, además de asegurar su derecho a participar activamente en dichas decisiones. Se estableció mediante el Decreto 1372 de 2018 (Colombia, 2018a).

4.2.2 Proyecto Partera Vital

El proyecto “Partera Vital” nace como una iniciativa del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)³⁴ en el Chocó. Tiene como objetivo reducir la mortalidad materna y perinatal en comunidades afrocolombianas e indígenas, mediante la integración del conocimiento ancestral de parteras y parteros con los servicios de salud y registros estadísticos. Para ello, el proyecto inició con el desarrollo de una aplicación móvil que permite registrar gestantes y nacimientos, facilitando el acceso a estadísticas vitales y mejorando la detección de riesgos durante el embarazo (UNFPA Colombia, 2024).

El programa ha capacitado a parteras/os en el uso de la tecnología, buscando una mayor comunicación entre las instituciones de salud y las comunidades locales, particularmente en áreas rurales donde los servicios de salud son limitados. El proyecto también fomenta el reconocimiento de la partería tradicional, la cual ha sido clave para la atención de la salud materno-infantil en estas zonas. Según la UNFPA (2022) el trabajo articulado entre actores comunitarios, institucionales y locales fortalece la confianza y la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la región, acercando los servicios a las comunidades marginadas. La herramienta también contribuye a los objetivos globales de desarrollo sostenible promovidos por UNFPA.

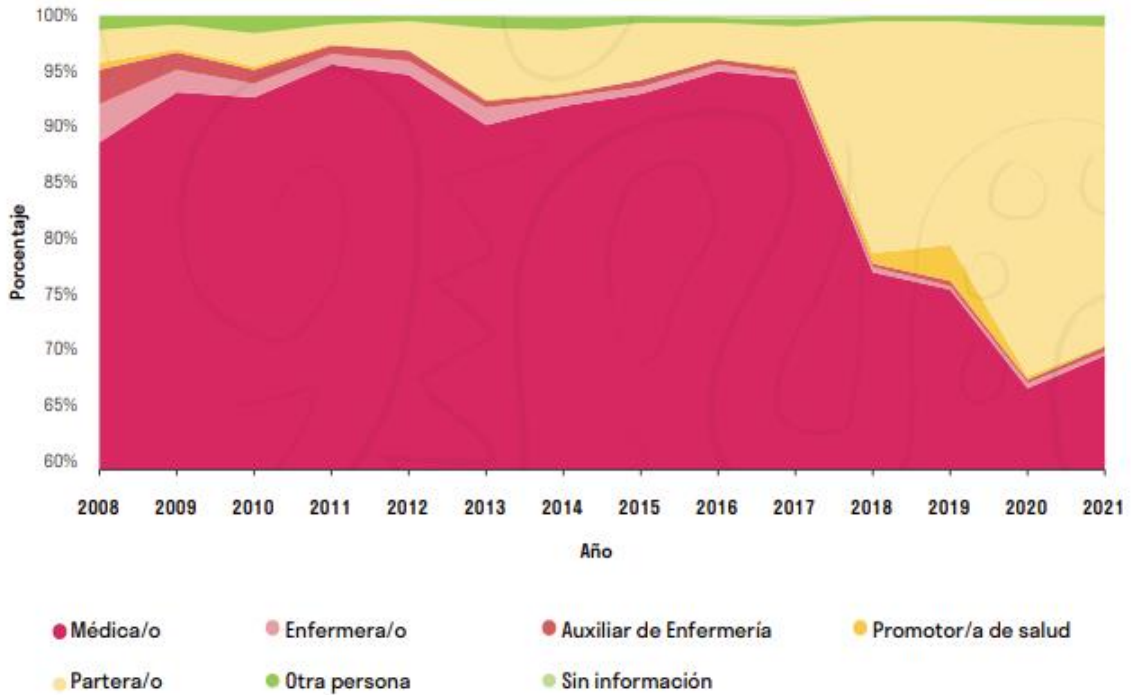
Este proyecto se desarrolló en dos fases. La primera comenzó en mayo de 2020, durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, y finalizó en diciembre del mismo año, abarcando 30 municipios del Chocó. En esta etapa, se avanzó en la caracterización y georreferenciación de las parteras y parteros tradicionales para el registro de nacimientos. Junto con el DANE, se emitió la Resolución 3676 de 2021³⁵, que permitió a las parteras/os de ASOREDIPARCHOCÓ registrar nacimientos utilizando un formato especial para personas de grupos étnicos. La segunda fase, iniciada a principios de 2022, se centró en el diálogo con autoridades nacionales y locales para reconocer el papel de la partería tradicional, extendiendo también el proyecto a Buenaventura (DANE, 2023). Actualmente, el proyecto se encuentra en la tercera fase, conservado el objetivo de fortalecer la comunicación entre la partería y la institucionalidad, alineado con los objetivos de desarrollo

³⁴ Agencia de la ONU para la salud sexual y reproductiva.

³⁵ Por la cual se autoriza a las parteras y parteros de la Asociación de la Red Interétnica de Parteras y Parteros del departamento del Chocó (ASOREDIPARCHOCO), a certificar los nacimientos que atiendan, utilizando los formatos de Notificación de Nacimiento para Personas Pertenecientes a Grupos Étnicos, expedidos por el DANE (Registraduría Nacional del Estado Civil, 2021).

para la disminución de la mortalidad materna e infantil. A continuación, el porcentaje de nacimientos en el Chocó, según la persona que atendió el parto.

Gráfico 18-Porcentaje de nacimientos según la persona que atendió el parto en el Chocó, 2008-2021



Fuente: Tomado de (DANE 2023, p. 38)

De acuerdo con el gráfico 18 y según el informe del DANE (2023), el principal incremento de los registros de atención por parteras/os tradicionales que se dio entre 2020 y 2021, coincide con la implementación del proyecto Partera Vital en sus dos fases.

4.3 PERCEPCIÓN DE LA POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA PARTERÍA TRADICIONAL

4.3.1 Entrevista a representante de ASOREDIPARCHOCO

En entrevista³⁶ (ANEXO A) con Manuela Mosquera, enfermera de profesión, representante y directora de ASOREDIPARCHOCO. Ella relató cómo nació la asociación, una idea que surgió producto de su trabajo como voluntaria de la Cruz Roja colombiana mientras recorría el departamento del Chocó. Por otro lado, enfatizó en que “la idea nació

³⁶ ANEXO A- Guía semiestructurada para entrevista

para enfocarse más en la promoción y prevención, tomando medidas correctivas a tiempo para la atención de mujeres embarazadas” (Mosquera, Manuela, 2024).

La constitución de la asociación tomó aproximadamente tres años, y fue solo en 2014 cuando comenzó a operar formalmente. Gracias a la gestión de su directora, se obtuvo el respaldo, principalmente, de organizaciones no gubernamentales, lo que ha permitido expandir una red que abarca actualmente 31 municipios del departamento. Además, la asociación brinda apoyo a agrupaciones de parteras en los departamentos de Bolívar y Cauca.

Según lo relatado, la asociación cuenta con más de 1.500 personas activas; entre las que ejercen la partería existen tres categorías: partera experta, partera activa y partera semilla. Asimismo, se informó que cerca del 95% de las personas que desempeñan esta labor son mujeres afrodescendientes, indígenas y mestizas, mientras que el 5% restante está compuesto por hombres de las mismas etnias.

En respuesta a la pregunta sobre los cambios que la Resolución 1077 de 2017 trajo para las parteras y los parteros, Manuela opina que este reconocimiento significó "un cambio en el empoderamiento de la mujer en la partería, un cambio que empezamos a percibir como un derecho" (MOSQUERA, 2024). Adicionalmente, comentó que a través de los últimos gobiernos se han realizado constantes mesas de trabajo y concertación para que sean creadas las políticas públicas que vinculen a las y los parteros, por lo que considera que el Estado conoce las necesidades reales de quienes ejercen la labor y de las comunidades que se benefician de ello. Y aunque existen iniciativas en gestión, persisten problemas relacionados con el reconocimiento de la partería en el sistema de salud, pues según ella, el gobierno pretende que el/la partera sean clasificados como promotores de salud³⁷, lo cual no corresponde exactamente a la labor que ejercen.

Sobre la pregunta acerca de las principales necesidades que tienen los y las parteras, afirma que es primordial que sea emitido un acto administrativo³⁸ con el fin de que la partería tenga garantías jurídicas ante la ley colombiana. También, comentó que producto de la emergencia por el COVID 19, el gobierno colombiano les prometió un único

³⁷ El Promotor de Salud es un profesional auxiliar en el campo de la salud, que pertenece a la comunidad donde opera. Su labor se centra en atender a individuos, familias y la comunidad en su entorno, considerando la diversidad étnica, sociodemográfica y ambiental. Actúa como un enlace entre la comunidad y los actores del Sistema de Salud, contribuyendo al cuidado de la vida, a la promoción de la salud y al bienestar integral de las poblaciones (FENALCO, 2024).

³⁸ Según la Corte Constitucional es "la manifestación de la voluntad de la administración, tendiente a producir efectos jurídicos ya sea creando, modificando o extinguiendo derechos para los administrados o en contra de éstos, tiene como presupuestos esenciales su sujeción al orden jurídico y el respeto por las garantías y derechos de los administrados" (Colombia, 2000).

reconocimiento económico por el trabajo realizado por parte de las parteras en la atención de las comunidades. No obstante, hasta la fecha, ese depósito no se ha hecho efectivo.

Según Manuela, las parteras y parteros continúan enfrentando los desafíos vinculados a la propia geografía del territorio, pues muchos se encuentran en lugares apartados de las cabeceras municipales, sin acceso a puestos de salud, a internet y a comunicaciones. Su labor es principalmente, voluntaria, pues no reciben ningún tipo de remuneración.

Además, relató cómo fue implementado el proyecto Partera Vital y cada una de sus fases. Inicialmente, se desarrolló una aplicación para que las parteras y los parteros pudieran reportar los nacimientos. Sin embargo, el proyecto ha crecido significativamente, expandiéndose a 35 municipios del departamento. En cada municipio, se capacitó a cinco representantes en buenas prácticas de partería, con el objetivo de que replicaran los conocimientos en sus comunidades. Hasta la fecha (octubre de 2024), se han realizado cuatro encuentros formativos.

Según comentó Manuela, a pesar de que han existido aplicaciones para reportar los nacimientos, no todas las parteras o parteros poseen las herramientas tecnológicas o acceso a internet en sus comunidades, por lo que realizar el registro de esta manera es difícil. Para 2021 los y las parteras ya poseían una herramienta creada por el DANE para reportar los nacimientos, por medio de un formato físico³⁹, para cuyo diligenciamiento recibieron la respectiva instrucción. La partera o la autoridad étnica encargada diligencia el formato que funciona como identificación de los recién nacidos, posteriormente, el documento se entrega a los padres del bebé para que estos se acerquen hasta una registraduría y soliciten el registro civil del recién nacido.

Esta herramienta facilita el registro del recién nacido y sirve como garantía de los derechos del nuevo ciudadano colombiano. Además, recopila información sobre su procedencia étnica, lo que permite generar reportes más precisos y contribuye a las estadísticas nacionales.

4.3.2 Cuestionario aplicado a los y las parteras tradicionales

Mediante la herramienta de formularios de Google, fue aplicado el cuestionario (ANEXO B) dirigido a los y las parteras vinculadas con ASOREDIPAR para identificar su

³⁹ Denominado como "FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE NACIMIENTO Y REGISTRO PARA PERSONAS PERTENECIENTES A GRUPOS ÉTNICOS". El formato solo puede ser aplicado en los lugares donde no es posible obtener el certificado de nacimiento emitido por personal de salud autorizado.

percepción sobre las políticas públicas dirigidas a la partería tradicional y sobre el proyecto Partera Vital. Hubo en total diez respuestas al cuestionario.

La información recogida reveló detalles significativos sobre las y los parteros encuestados en relación con su edad, experiencia, pertenencia comunitaria y participación en políticas públicas. Los participantes pertenecen a diversas comunidades, como la Cabecera Municipal, comunidades indígenas, Buena Vista, Villa Conto y Belén de Bajirá. En cuanto a la experiencia, la mayoría tiene menos de 20 años en la partería, y un número importante ha ejercido durante menos de 5 años. Respecto a su implicación en procesos de formulación de políticas, la mayoría expresó que han tenido poca participación y consideran que las iniciativas actuales del gobierno no reflejan adecuadamente sus necesidades. Además, manifestaron que existen barreras como la falta de recursos, desconocimiento sobre las políticas, débil articulación institucional y escasa voluntad política.

Por otro lado, el programa Partera Vital ha tenido una acogida positiva entre las encuestadas, ya que todas afirmaron participar en él y valoraron los beneficios principalmente en términos de capacitación y herramientas para registrar nacimientos, lo cual también ha favorecido la visibilidad de su labor. Asimismo, consideran que el programa ha facilitado su integración con instituciones como el DANE y el Ministerio de Salud. Algunas participantes manifestaron su deseo de recibir mayor reconocimiento por parte del sistema de salud, profundizar su formación y destacaron la importancia de que este tipo de iniciativas continúe, al fortalecer sus conocimientos y dignificar su rol dentro de la salud comunitaria.

Mediante la entrevista realizada a la directora de ASOREDIPAR y los datos obtenidos de la encuesta, se evidenció que la partería tradicional del Pacífico funciona como una complementariedad institucional en el Chocó. Sin esta práctica, y como ya lo han manifestado diversos organismos, los índices de mortalidad materna e infantil serían significativamente más altos, debido a que la región carece de infraestructura hospitalaria suficiente para cubrir las necesidades básicas de su población.

Adicionalmente, según lo expresado por los miembros de ASOREDIPAR, desde hace varios años existen mesas de concertación con el gobierno nacional para implementar políticas públicas relacionadas con la partería tradicional. Aunque la Resolución 1077 de 2017 reconoce la importancia de los saberes y prácticas de la partería afro del Pacífico, así como su valor como patrimonio inmaterial de la nación, esta normativa no reglamenta la profesión. Por ello, una de las principales necesidades es la declaración de una voluntad

política y administrativa que permita legislar sobre la partería tradicional mediante un acto administrativo.

El programa Partera Vital ha proporcionado herramientas y capacitación a las y los parteros para registrar los nacimientos, fortaleciendo así la comunicación con los organismos del Estado. Este esfuerzo ha resultado beneficioso tanto para quienes ejercen la partería como para las comunidades en las que los médicos tradicionales y las parteras son, muchas veces, el primer recurso de atención médica disponible.

De esta manera, aunque existe normativa que reconoce la labor de las parteras e incluso órdenes de la Corte Constitucional para que esta práctica sea gradualmente incluida en el sistema de salud colombiano, los y las parteras continúan trabajando al margen del sistema, desempeñándose como profesionales de la salud, pero sin recibir la remuneración ni el reconocimiento adecuado.

5 CONSIDERACIONES FINALES

Desde principios del 2000, con los Objetivos del Milenio, hasta la Agenda 2030 con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la salud ha sido considerada un factor esencial para el desarrollo de la población. Este desarrollo se entiende no solo como el crecimiento del Producto Interno Bruto, sino como la garantía de los derechos socioeconómicos y culturales de las personas.

En Colombia, el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, consagrado en la Constitución Política de 1991, ha impulsado políticas públicas destinadas a garantizar el acceso a servicios básicos. Aunque leyes y normativas posteriores reforzaron este compromiso, su implementación se dio en un contexto de reformas económicas neoliberales. Como señala Jorge Castañeda (1994), las políticas neoliberales no fueron únicamente una elección gubernamental, sino el resultado de una convergencia de factores: presiones internas y externas, crisis económicas, inestabilidad política y el desarrollo limitado de la clase media. Este marco propició una inclinación hacia la adopción de políticas conservadoras en línea con las recomendaciones de organismos internacionales.

La Constitución de 1991 marcó un cambio paradigmático al reconocer a Colombia como un Estado pluriétnico y multicultural, alejándose de visiones excluyentes y centralistas. Este reconocimiento dio lugar a una inclusión progresiva de las necesidades de poblaciones afrodescendientes e indígenas en la agenda política. Sin embargo, la población afrodescendiente sigue enfrentando una representación reduccionista que la asocia únicamente con territorios específicos, como las costas y la región del Pacífico, ignorando su diversidad geográfica y las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta en todo el país.

Aunque la Ley 70 de 1993 reconoció derechos colectivos y buscó proteger la identidad cultural, su enfoque se centró en comunidades rurales del Pacífico, dejando de lado a las poblaciones afrocolombianas urbanas. Este avance, producto de movilizaciones sociales en los años 90, no ha sido suficiente para abordar la deuda histórica derivada de la esclavitud y la exclusión sistemática. Persisten desigualdades estructurales, como la falta de servicios públicos esenciales y barreras de acceso a la salud, que perpetúan condiciones de pobreza desproporcionadas en estas comunidades.

La historia del Chocó ilustra la compleja interacción entre colonización, explotación de recursos naturales, olvido estatal y racismo estructural. A pesar de su riqueza en

recursos minerales, la región enfrenta desafíos como corrupción, exclusión y dependencia de transferencias gubernamentales. Estos factores agravan la crisis en el acceso y calidad de servicios de salud, como lo evidencia el estado crítico del Hospital San Francisco de Asís. Problemas de infraestructura, déficit financiero y falta de articulación institucional reflejan una crisis sistémica agravada por corrupción y ausencia de voluntad política. Aunque los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) proponen mejorar la infraestructura en salud, su implementación ha sido limitada.

El Acuerdo de Paz abrió una ventana de oportunidad para abordar causas estructurales de la violencia y construir un país más equitativo. Sin embargo, los avances en salud en el Chocó han sido deficientes, como lo muestran indicadores de mortalidad materno-infantil e incidencia de enfermedades prevenibles, que superan significativamente los promedios nacionales. Colombia, además, muestra indicadores deficientes en comparación con otros países de la OCDE.

En este contexto, la partería tradicional del Pacífico se destaca como un ejemplo de cómo los saberes ancestrales pueden complementar los sistemas de salud modernos. Las parteras/os desempeñan un papel crucial en la atención de comunidades alejadas, mitigando brechas de acceso a pesar de trabajar en condiciones de precariedad. Programas como Partera Vital demuestran que la integración de tecnología y tradición puede beneficiar a las poblaciones más vulnerables desde un enfoque diferencial y culturalmente apropiado. Sin embargo, la inclusión efectiva de estas prácticas requiere superar prejuicios, fortalecer políticas públicas y garantizar el respeto a los derechos culturales.

Las/os parteras/os han señalado la necesidad de un Acto Administrativo que formalice su inclusión en la agenda política y les otorgue reconocimiento y garantías como actores del sistema de salud colombiano. Esto permitiría articular su trabajo con las políticas públicas en salud de manera más efectiva.

En conclusión, aunque se han logrado avances en reconocimiento étnico y territorial, las políticas públicas en salud han sido insuficientes para garantizar equidad real en derechos y oportunidades para la población afrocolombiana en el Chocó. La persistencia de desigualdades estructurales refleja una necropolítica que afecta el desarrollo pleno de estas comunidades. Es imperativo adoptar un enfoque interseccional que combine perspectivas de etnicidad, género, ubicación geográfica y desigualdad estructural, junto con un fortalecimiento institucional, inversiones sostenibles y una participación comunitaria efectiva. Solo así será posible cerrar las brechas históricas y garantizar una mejora tangible

en la calidad de vida de las comunidades del Chocó.

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Serv Res**, [s. l.], vol. 9, no 3, p. 208–220, out. 1974. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>. Acceso en: 10 jun. 2025.

AGUILAR, L. **Política Pública Una visión panorámica**. 1o ed. La Paz: PNUD Bolivia, 2012.

ALCALDE, S. **La población mundial crece mucho menos de lo previsto**. 2 ene. 2023. Disponible en: https://www.nationalgeographic.com.es/mundo-ng/poblacion-mundial-crece-mucho-menos-previsto_19098. Acceso en: 5 ago. 2023.

ALLEYNE, G. La salud y el desarrollo humano. **Bol Oficina Saint Panam**, Washington, vol. 120, no 1, p. 1–10, 26 ago. 1996. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15513/v120n1p1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 28 oct. 2022.

ANDERSON, B. **COMUNIDADES IMAGINADAS**. 1o ed. São Paulo: Companhia das letras, 2009.

ARAÚJO, J. D. de. SAÚDE E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: ATUALIZAÇÃO DE UM TEMA. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 9, p. 515–528, 1975. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89101975000400007>. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zCvqZ9fgxfK7WdDsk599FXw/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 28 sep. 2024.

ARDILA, M. **La eterna crisis del único hospital de segundo nivel de Chocó | EL ESPECTADOR**. 23 abr. 2020. Disponible en: <https://www.elespectador.com/colombia/mas-regiones/la-eterna-crisis-del-unico-hospital-de-segundo-nivel-de-choco-article-915993/>. Acceso en: 6 feb. 2023.

ASOREDIPARCHOCO. **Rediparchochó- Partería Tradicional**. 2024. Disponible en: <https://rediparchoco.wixsite.com/inicio/redchocoana>. Acceso en: 7 out. 2024.

ASTORQUIZA, B.; OSPINA, M. ¿Menos pobres más vulnerables? Una medición alternativa de la pobreza basada en el progress out of poverty index. **Desarrollo y Sociedad**, Bogotá, no 86, p. 13–42, 1 sep. 2020. DOI 10.13043/DYS.86.1. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-35842020000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acceso en: 2 sep. 2023.

BANCO MUNDIAL. **Indicador de mortalidad materna (SH.STA.MMRT): Colombia y América Latina y el Caribe**. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?locations=CO-OE>. Acceso en: 9 dic. 2024a.

BANCO MUNDIAL. **Tasa de mortalidad infantil (SH.DYN.MORT): Colombia y América Latina y el Caribe**. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT?locations=CO-OE>. Acceso en: 9

dic. 2024b.

BANCO MUNDIAL. **Incidencia de tuberculosis (SH.TBS.INCD): Colombia, Alemania, Chile, Centroamérica y México.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD?locations=CO-OE-DE-CL-CA-MX>. Acceso en: 9 dic. 2024c.

BANCO MUNDIAL. **Personas de 0 a 14 años viviendo con VIH (SH.HIV.0014): Colombia, México, Chile y Costa Rica.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.HIV.0014?locations=CO-MX-CL-CR>. Acceso en: 9 dic. 2024d.

BANCO MUNDIAL. **Mortalidad provocada por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas entre las edades de 30 y 70 años: Colombia y OCDE.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.NCOM.ZS?locations=CO-OE>. Acceso en: 9 dic. 2024e

BANCO MUNDIAL. **Tasa de mortalidad por lesiones de tráfico (SH.STA.TRAF.P5): Colombia y América Latina y el Caribe.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.TRAF.P5?locations=CO-OE>. Acceso en: 9 dic. 2024f.

BANCO MUNDIAL. **Inmunización con vacuna DPT , 2000-2022 (% de niños entre 12 y 23 meses de edad): Colombia y OCDE.** Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.IMM.IDPT?locations=CO-OE>. Acceso en: 9 dic. 2024g.

BENACH, J.; MUNTANER, C. **Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?** Valencia: IAESP “Dr. Arnoldo Gabaldon”, 2005. Disponible en: www.iaesp.edu.ve. Acceso en: 2 sep.2023

BONET, J. **¿Por qué es pobre el Chocó?** Cartagena: Banco de la República de Colombia, abr. 2007. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/docum/documtrabeconomreg4.htm>. Acceso en: 1 ago. 2023.

BOTERO, M. C. **Partería y biomedicina no compiten, se complementan.** 2 dez. 2022. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/parteria-tradicional-biomedicina/>. Acceso en: 16 oct. 2024.

BOYER, R. COHERENCE, DIVERSITY, AND THE EVOLUTION OF CAPITALISMS: The Institutional Complementarity Hypothesis. **PSE Paris Jourdan Science Économique**, Paris, no 76, 18 jul. 2005.

BUSS, P. M.; FILHO PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, vol. 17, no 1, p. 77–93, 15 mar. 2007.

CANLLINICOS, A. **Igualdad y capitalismo. La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas.** Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales,

2006. Disponible en: [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacion-virtual/20100720070945/11Callin icos.pdf](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacion-virtual/20100720070945/11Callin%20icos.pdf). Acceso en: 5 nov. 2024.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde Health determinants in Brasil: searching for health equity Resumo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 26, no 3, p. 676–689, set. 2017. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Acceso en: 12 ago. 2023.

CARVAJAL, E. **La razón por la que Colombia es el país más lluvioso del mundo**. 17 out. 2017. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/medio-ambiente/pais-del-mundo-donde-mas-llueve-XD7511550>. Acceso en: 2 ago. 2023.

CASTAÑEDA, J. **UTOPIA DESARMADA: Intrigas, Dilemas e Promessas da Esquerda Latino-americana**. 1º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CASTAÑEDA, V. LA TRIBUTACIÓN EN AMÉRICA LATINA DESDE LA CRISIS DE LA DEUDA Y EL PAPEL DEL LEGISLATIVO EN COLOMBIA. **Revista de Economía Institucional**, Bogotá, vol. 15, nº 28, p. 257–280, 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962013000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acceso en: 13 oct. 2023.

CEPAL. **Familias y Políticas Públicas En América Latina. Una Historia de Desencuentros**. 1º ed. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2007.

CHANG, H. J. **Retirar la escalera: La estrategia del desarrollo en perspectiva histórica**. 1º ed. Madrid: Los libros de la Catarata, 2004.

CITIES ALIANCE. **Una visión general de las leyes nacionales urbanas en América Latina y Caribe: estudios de caso de Brasil, Colombia y Ecuador**. 1º ed. São Paulo: Publisher Brasil, 2017. Disponible en: <https://www.citiesalliance.org/sites/default/files/National%20Urban%20Laws%20LAC%20-%20EN%20ES%20-%20web%20%284%29.pdf>. Acceso en: 6 feb. 2023.

CLAVIJO, D.; MONTAÑO, M. LAS DUALIDADES DE LA MINERÍA ILÍCITA DEL ORO: RÍO QUITO- CHOCÓ/ THE DUALITIES OF ILLICIT GOLD MINING IN THE RÍO QUITO, CHOCÓ. In: CAGAN, S.; KELSEY, M. (orgs.). **L PRECIO DEL ORO Minería mecanizada en el Chocó, Colombia / THE PRICE OF GOLD Mechanized mining in El Chocó, Colombia**. 1º ed. New York : Steve Cagan, Mary Kelsey, 2020. p. 136–144. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/342396392>. Acceso en: 7 feb. 2023.

COLOMBIA. **Acto Legislativo 01 de 2016**. POR MEDIO DEL CUAL SE ESTABLECEN INSTRUMENTOS JURÍDICOS PARA FACILITAR Y ASEGURAR LA IMPLEMENTACIÓN Y EL DESARROLLO NORMATIVO DEL ACUERDO FINAL PARA LA TERMINACIÓN DEL CONFLICTO Y LA CONSTRUCCIÓN DE UNA PAZ ESTABLE Y DURADERA. 7 jul. 2016. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75874>. Acceso en: 31 ene. 2023.

COLOMBIA. **Constitución Política de Colombia de 1991**. 2024. Disponible en: <https://www.constitucioncolombia.com>. Acceso en: 6 ago. 2024.

COLOMBIA. **Decreto 538 de 2020**. Bogotá: Presidencia de la República, 12 abr. 2020. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=111934>. Acceso en: 16 oct. 2024.

COLOMBIA. **Decreto 1372 de 2018**. Bogotá: Presidencia de la República, 2 ago. 2018a. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87801>. Acceso en: 16 oct. 2024.

COLOMBIA. **Ley 1448 de 2011**. Bogotá: Congreso de la República, 10 jun. 2011. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=43043>. Acceso en: 16 oct. 2024.

COLOMBIA. **Plan de acción para la transformación regional-PART subregión Chocó**. Quibdó: Presidencia de la República, 2018b. Disponible en: https://serviceweb.renovacionterritorio.gov.co/artdev/media/files/2021-06-05_162405_174692559.pdf. Acceso en: 12 ago. 2023.

COLOMBIA. **Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz (P.M.I.)**. 2017. Disponible en: <https://portalterritorial.dnp.gov.co/PlanMarcoImplementacion/>. Acceso en: 4 set. 2022.

COLOMBIA. **Sentencia C-1436/00 Corte Constitucional**. Bogotá: Corte Constitucional, 25 oct. 2000. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/c-1436-00.htm>. Acceso en: 22 out. 2024.

CONSEJO MUNICIPAL DE QUIBDÓ. **Acuerdo N0.005 Por el cual se aprueba y se adopta el plan de desarrollo del municipio de Quibdó vigencia 2020-2023**, “Lo estamos haciendo posible”, Quibdó, ciudad sostenible. p. 1–449, 31 maio 2020. Disponible en: https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2020/11/Quibdo_Plan-de-Desarrollo-Municipal_2020-2023.pdf. Acceso en: 6 fev. 2023.

CORRÊA DO LAGO, A. **CONFERÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**. 1o ed. Brasília: FUNDAÇÃO ALEXANDRE DE GUSMÃO, 2013.

DANE. **ANUARIO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS VITALES**. BOGOTÁ: DANE, 2021a. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/anuario-EEVV-2019/anuario-nacional-de-estadisticas-vitales-colombia-2019.pdf>. Acceso en: 13 nov. 2022.

DANE. **Base de datos - indicadores ODS nacionales V.1**. Bogotá: DANE, 5 ago. 2022a. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/objetivos-de-desarrollo-sostenible-ods>. Acceso en: 8 ago. 2023.

DANE. **Boletín Técnico Medida de Pobreza Multidimensional Municipal Medida de Pobreza Multidimensional Municipal de Fuente Censal**. Bogotá: DANE, 31 ene. 2020a.

DANE. **Censo Nacional de Población y Vivienda 2018**. 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>. Acceso en: 24 sep. 2022.

DANE. **Cuenta satélite de Salud**. Bogotá: DANE, 30 out. 2020b. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/css/BL_cuenta_satelite_de_salud_2019_pr.pdf. Acceso en: 2 oct. 2022.

DANE. **El DANE y las comunidades Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera**. 2024a. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional/autorreconocimiento-etnico/poblacion-negra-afrocolombiana-raizal-y-palenquera>. Acceso en: 17 nov. 2024.

DANE. **Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV)**. Bogotá: DANE, 20 abr. 2022b. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2021/Boletin_Tecnico_ECV_2021.pdf. Acceso en: 31 ene. 2023.

DANE. **Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia**. Bogotá: DANE, 2023. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/analisis-de-parteria-tradicional-y-su-incorporacion-en-estadisticas-vitales>. Acceso en: 20 sep. 2024.

DANE. **POBLACIÓN NEGRA, AFROCOLOMBIANA, RAIZAL Y PALENQUERA RESULTADOS DEL CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018**. Bogotá: DANE, 2021b.

DANE. **Pobreza multidimensional**. 19 abr. 2024b. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-multidimensional>. Acceso en: 19 nov. 2024.

DANE. **Visor de autorreconocimiento étnico**. 2024c. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional/autorreconocimiento-etnico>. Acceso en: 17 nov. 2024.

DIAS, R.; MATOS, F. C. de. **Políticas públicas: principios, propósitos e processos**. Rio de Janeiro: Grupo Gen, 2012. Disponible en: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522484478/>. Acceso en: 17 sep. 2024.

DÍAZ, L.; TORRUCO, U.; MARTÍNEZ, M.; VARELA, M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. **Investigación educ. médica**, Ciudad de México, vol. 2, no 7, p. 162–167, 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&nrm=iso. Acceso en: 19 sep. 2024.

DINIZ, E. Depois do neoliberalismo. **Variedades de Capitalismo, Política e Desenvolvimento na América Latina**. 1º ed. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

DNP. **Salud y bienestar - La Agenda 2030 en Colombia - Objetivos de Desarrollo Sostenible**. 2023. Disponible en: <https://ods.dnp.gov.co/es/objetivos/salud-y-bienestar>. Acceso en: 6 ago. 2023.

DNP COLOMBIA. **Desempeño Fiscal**. 2023. Disponible en: <https://2022.dnp.gov.co/programas/desarrollo-territorial/Estudios-Territoriales/Indicadores-y-Mediciones/Paginas/desempeno-fiscal.aspx>. Acceso en: 14 oct. 2023.

DNP COLOMBIA. **Sobre la OCDE**. 2024. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/ocde-colombia/Paginas/sobre-la-ocde.aspx. Acceso en: 16 nov. 2024.

ENTREVISTADAS: MANUELA MOSQUERA Y LIANY KATERINE ARIZA;
ENTREVISTADOR: DANIEL GARRIDO DURÁN. **Podcast PUJ: La Partería**. Bogotá: [s. n.], 23 mar. 2022. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=aNcL3aHryw0>. Acceso en: 10 oct. 2024.

ERAZO, A. La Ley 70 de 1993 y la participación política de las comunidades negras. **Trans-pasando Fronteras**, Cali, vol. 2, p. 31–45, 2012. Disponible en: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/trans-pasando_fronteras/article/view/1321/1889. Acceso en: 20 ene. 2023.

ESPING-ANDERSEN, G. **Los tres mundos del estado del bienestar**. Valencia: Alfons el Magnànim, 1993.

FENALCO. **MinSalud añadirá sección en el Decreto Único Reglamentario en relación con los promotores de salud**. 2024. Disponible en: <https://www.fenalco.com.co/blog/juridico-2/notijuridico-013-minsalud-adicionara-seccion-en-el-decreto-unico-reglamentario-en-relacion-con-los-promotores-de-salud-830>. Acceso en: 22 oct. 2024.

FRANCO, Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, vol. 33, n° 3, 30 set. 2015. DOI 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/21734>. Acceso en: 3 nov. 2023.

GADELHA, C. A.; COSTA, L. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 46, n° SUPPL.1, p. 13–20, dez. 2012. DOI 10.1590/S0034-89102012005000062. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tY88TFnwqxn5x8PgN3x8Pmc/?lang=pt>. Acceso en: 6 ago. 2023.

GAITÁN, F. O desenvolvimento esquivo e as tensões do desenvolvimentismo. **Variedades de Capitalismo, Política e Desenvolvimento na América Latina**. 1° ed. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

GEORGE, F. **Histórias de saúde pública**. 1° ed. Lisboa: Livros Horizonte, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4° ed. São Paulo: Atlas S.A., 2002.

GONCALVES, G. C.; AFFONSO, L. M. F.; TEIXEIRA, V. R.; ET AL. **Elaboração e implementação de políticas públicas**. Porto Alegre: Grupo A, 2017. Disponible en: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595021952/>. Acceso en: 19 sep. 2024.

GONZÁLEZ, L. **Quibdó: Contexto histórico, desarrollo urbano y patrimonio arquitectónico**. 1º ed. Medellín: UNAL, 2003.

HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. **Políticas públicas e desenvolvimento : bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

HESPANHA, M. J.; HESPANHA, P. O papel das redes sociais nas políticas sociais. O caso da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. **Cidadania, políticas públicas e redes sociais**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2011. p. 83–104. DOI 10.14195/978-989-26-0222-6. Disponible en:
URI:[http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/documentos/Pages_from_Ci dadania.pdf](http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/documentos/Pages_from_Ci_dadania.pdf);
URI:<http://hdl.handle.net/10316.2/2609>. Acceso en: 20 sep. 2024.

ILEX. **Alumbradoras de vida**. 2024. Disponible en: <https://ilexaccionjuridica.org/alumbradoras-de-vida-historias-de-parteras-en-colombia/>. Acceso en: 16 oct. 2024.

ILEX. **Análisis de dos pandemias: racismo y crisis de la salud pública**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponible en: <https://ilexaccionjuridica.org/analisis-de-dos-pandemias-racismo-y-crisis-de-la-salud-publica-en-colombia/>. Acceso en: 29 ene. 2023.

INSTITUTO SINCHI. **CHOCÓ**. 2024. Disponible en: <https://www.sinchi.org.co/choco>. Acceso en: 17 nov. 2024.

JÁUREGUI, D. **¿De qué hablamos cuando hablamos del pueblo Raizal?** 1 ago. 2024. Disponible en: <https://www.senalcolombia.tv/cultura/pueblo-raizal-archipelago-san-andres-providencia>. Acceso en: 17 nov. 2024.

KRAFT, M. E.; FURLONG, S. R. **Public Policy: Politics, Analysis, and Alternatives**. 3º ed. Washington D.C: CQ Press, 2009.

LEFEBVRE, H. **O direito à cidade**. 5º ed. São Paulo: Centauro, 2011.

LIMA, A.; SIMÕES, R.; MONTE-MÓR, R. Espaço, cidades e escalas territoriais: novas implicações de políticas de desenvolvimento regional. **Economia e Sociedade**, Campinas, vol. 23, nº 1, p. 223–241, abr. 2014. DOI 10.1590/S0104-06182014000100008. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ecos/a/ZFMCyQfxL5cXTxK5trjLM6g/?lang=pt>. Accesos en: 6 feb. 2023.

LOWI, T. J. American Business, Public Policy, Case-Studies, and Political Theory. **World Politics**, Cambridge, vol. 16, nº 4 ed. 2011/07/18, p. 677–715, 1964. DOI DOI: 10.2307/2009452. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/product/6621C1B577BB52D00AFBD70F82B94C2D>. Acceso en: 3 feb.2023

LOZANO, M. **Impacto de la Corrupción en la Gestión Pública del Departamento del Chocó, 2016 - 2019**. 2020. UNAD, Quibdó, 2020. Disponible en: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/34482/mhlozanao.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acceso en: 6 nov. 2024.

LUSTIG, N. SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO. El caso de México. **El Trimestre Económico**, Ciudad de México, vol. 74 n.296, p. 793–822, dez. 2007. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-718X2007000400793&lng=es&nrm=iso. Acceso en: 16 nov. 2024.

MANTILLA, S.; SASTOQUE, T.; QUINTERO, S. La solución al problema de las drogas ilícitas en la construcción de paz. Desafíos en la implementación del Programa Nacional Integral de Sustitución de Cultivos Ilícitos (PNIS) en Colombia. **Estudios Políticos (UDA)**, Medellín, , p. 184–213, 2021. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/344321/20806575>. Acceso en: 1 nov. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodología Científica**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponible en: www.atlasnet.com.br. Acceso en: 1 nov. 2022.

MBEMBE, A. NECROPOLÍTICA. **Arte & Ensaios**, [s. l.], vol. 32, p. 123–151, 2016. Disponible en: <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acceso en: 28 ene. 2023.

MEDLINEPLUS. **Vacuna DTaP (difteria, tétanos, tos ferina)**. 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007594.htm>. Acceso en: 15 nov. 2024.

MENDIZÁBAL, N. La osadía en la investigación: el uso de los Métodos Mixtos en las ciencias sociales. **Espacio Abierto**, Maracaibo, vol. 27, nº 2, p. 5–20, 21 fev. 2018. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/88819>. Acceso en: 12 ago. 2023.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. 3º ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2015. Disponible en: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-970-0359-8/>. Acceso en: 19 sep. 2024.

MINCULTURA. **Resolución 1077 de 2017. por la cual se incluye la manifestación “Saberes asociados a la partería afro del Pacífico” en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial del ámbito nacional, y se aprueba su Plan Especial de Salvaguardia**. Bogotá: Ministerio de Cultura, 25 maio 2017. Disponible en: https://normograma.mincultura.gov.co/mincultura/compilacion/docs/resolucion_mincultura_1077_2017.htm. Acceso en: 20 sep. 2024.

MINSALUD. **ABECÉ DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2022. Disponible en: <https://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2022/06/ABECE-EPDSP.pdf>. Acceso en: 10 may. 2023.

MINSALUD. **Ajustes para la implementación del Plan Decenal de Salud Pública**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, nov. 2023. Disponible en:

https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/convocatoria/anexo_11._plan_decenal_de_salud_publica_2022-2031.pdf. Acceso en: 16 oct. 2024.

MINSALUD. **Cifras de aseguramiento en salud**. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>. Acceso en: 3 oct. 2022.

MINSALUD. **Plan decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, abr. 2013.

MINSALUD. **Plan Nacional de Salud Rural**. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf.%20Consultado%20el:%208%20jun.2022>. Acceso en: 12 ago. 2023.

MIRZOEFF, N. El derecho a mirar. **IC – Revista Científica de Información**, Nueva York, vol. 13, p. 29–65, 2016. DOI 10.12795/IC.2016.i01.01. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/68274/Mirzoeff.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 29 ene. 2023.

MONTERUBBIANESI, P. **CRECIMIENTO ECONÓMICO Y TRAMPAS DE POBREZA: EL ROL DE LA SALUD**. 2012. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, 2012. Disponible en: <https://repositoriodigital.uns.edu.ar/handle/123456789/2938>. Acceso en: 11 oct. 2023.

MORALES, G. **Sistematización de la experiencia normativa nacional relacionada con salud y comunidades indígenas en Colombia**. Popayán, 2002.

MORENO, A. **Análisis de las órdenes proferidas por la Corte Constitucional en el auto 413 de 2015 – caso focalizado Chocó y de las reacciones provocadas por el fallo en las entidades estatales obligadas a su cumplimiento**. 2021. 1–70 f. EAFIT, Medellín, 2021. Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/31117?show=full>. Acceso en: 5 feb. 2023.

MOSQUERA, Manuela. **Entrevista concedida a: Daniela Alejandra Osorio Domínguez**. [S. l.: s. n.], 21 oct. 2024.

MOSQUERA, Miladys; CUESTA, Á. Factores biosociales asociados a la mortalidad materna en el departamento de Chocó 2013-2019. **Revista Médica de Risaralda**, Pereira, vol. 28, n° 1, p. 33–45, 17 set. 2022. DOI 10.22517/25395203.24934. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672022000100033&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acceso en: 2 sep. 2023.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2024. Disponible en: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acceso en: 11 nov. 2024.

NASCIMENTO, E. Trajetória da sustentabilidade: do ambiental ao social, do social ao econômico. **Estudos Avançados**, São Paulo, vol. 26, n° 74, p. 51–64, 2012. DOI 10.1590/S0103-40142012000100005. Disponible en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Trajeto-da-sustentabilidade-do-ambiental-ao-do-Nascimento/7136aa5feeb067deae939d459b0e2e47c0807438>. Acceso en: 12 ago. 2023.

O'DONNELL, G. **Democracia/Estado/Ciudadanía. Hacia un Estado de y para la Democracia en América Latina**. Lima: PNUD, 2008. vol. 1, p. 1–530. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28698.pdf>. Acceso en: 23 sep. 2023.

OLIVEIRA, G. Algumas Considerações sobre Inovação Tecnológica, Crescimento Econômico e Sistemas Nacionais de Inovação. **Revista da FAE**, [s. l.], vol. 4, nº 3, p. 5–12, 2001. Disponible en: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/494>. Acceso en: 12 ago. 2023.

OLIVEIRA, G. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. **Revista da FAE**, [s. l.], vol. 5, nº 2, p. 37–48, 2002. Disponible en: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/477>. Consultado en: 12 ago. 2023.

OMS. Informe sobre la salud en el mundo. **La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal**. 2011. [S. l.: s. n.], 2011. Disponible en: <http://edeltripp.daportfolio.com>.

OMS. **La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución**. 2024a. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Acceso: 3 nov. 2024.

OMS. **Mortalidad neonatal**. 2024b. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality>. Acceso en: 16 nov. 2024.

OMS. **Un nuevo informe da la alarma sobre la escasez mundial de 900 000 profesionales de la partería**. 2024c. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/05-05-2021-new-report-sounds-the-alarm-on-global-shortage-of-900-000-midwives>. Consultado en: 16 oct. 2024.

ONU. **Concepto de desarrollo**. 2022. Disponible en: <https://research.un.org/es/docs/dev/intro>. Acceso en: 12 ago. 2023.

ONU. **Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo “Nuestro futuro común”**. [S. l.: s. n.], 1987.

ONU. **La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**. 2024a. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>. Acceso en: 15 nov. 2024.

ONU. **La Declaración Universal de los Derechos Humanos** | Naciones Unidas. 2024b. Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acceso en: 19 nov. 2024.

ONU COLOMBIA. **Objetivos de Desarrollo Sostenible**. 2024. Disponible en: <https://colombia.un.org/es/sdgs>. Acceso en: 19 nov. 2024.

OPHI. **MPPN Colombia**. 2022. Disponible en:

https://mppn.org/es/paises_participantes/colombia/. Acceso en: 2 ene. 2023.

OPS. **SALUD EN EL DESARROLLO HUMANO**. Washington: [s. n.], 1997. Disponible

em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6208/Salud-en-desarrollo-humano_doc357.pdf?sequence=1. Acceso en: 11 may 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La Carga de las Enfermedades**

Respiratorias Crónicas. 2024. Disponible: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-respiratorias-cronicas>. Acceso en: 16 nov. 2024.

ORTEGÓN, E. **Guía sobre diseño y Gestión de la política pública**. Bogotá: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA, 2008.

PINEDA, J. E. R.; MORALES, Z. D. C. T.; GARZÓN, S. A. R. Participación social y comunitaria frente a la respuesta al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], vol. 28, p. e230152, 19 abr. 2024. DOI 10.1590/INTERFACE.230152. Disponible en:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/RJZ4mkhbgh6j4f4S4WQLT4D/>. Acceso en: 16 nov. 2024.

PLAN INTERNACIONAL. **Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial**, PDET.

2021. Disponible en: <https://www.plan.org.co/proyectos/programas-de-desarrollo-con-enfoque-territorial-pdet/>. Acceso en: 12 ago. 2023.

PNUD. **ODS en Colombia: Los retos para 2030**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponible en:

https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/co/undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030_ONU.pdf. Acceso en: 7 ago. 2023.

PORTAL ÚNICO DEL ESTADO COLOMBIANO. **Tasa de Cambio Representativa del**

Mercado- TRM. 2022. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Econom-a-y-Finanzas/Tasa-de-Cambio-Representativa-del-Mercado-TRM/32sa-8pi3>.

Acceso en: 17 nov. 2022.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. **Chocó Informe sobre el estado del**

avanza en la implementación del Acuerdo de Paz en la Subregión PDET Chocó. [S.

l.: s. n.], nov. 2020. Disponible en:

[https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/docs/MSI-](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/docs/MSI-Reporte%20Choc%C3%B3%281%29.pdf)

[Reporte%20Choc%C3%B3%281%29.pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/docs/MSI-Reporte%20Choc%C3%B3%281%29.pdf). Acceso en: 13 nov. 2022.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL. **RESOLUCIÓN NUMERO 3676 DE**

2021. Bogotá: Registraduría Nacional del Estado Civil, 26 abr. 2021. Disponible en:

https://www.nuevaleislacion.com/files/susc/cdj/conc/r_conj_3676_21.pdf. Acceso en: 16 oct. 2024.

RESTREPO, E. Articulaciones de negritud: políticas y tecnologías de la diferencia en

Colombia. **Hegemonía cultural y políticas de la diferencia**2. 1º ed. [S. l.]: CLACSO,

2013. p. 147–164.

ROBLEDO CAICEDO, J. **¿A dónde se fue la fortuna? Historia económica y social del Chocó, Colombia**. Cartagena: [s. n.], out. 2019. Disponible en: <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/9753>. Acceso en: 14 oct. 2023.

SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. **Políticas públicas; coletânea**. Brasília: ENAP, 2006.

SECCHI, L. **Análise de políticas públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: CENGAGE, 2017.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos**. 2º ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SECCHI, L.; COELHO, F. de S.; PIRES, V. **Políticas Públicas: Conceitos, Casos Práticos, Questões de Concursos**. São Paulo: Cengage Learning, 2019. Disponible en: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522128976/>. Acceso en: 18 sep. 2024.

SEGATO, R. Laura. **La nación y sus otros: raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad**. 1º ed. Buenos Aires: Prometeo Libros, 2007.

SILVA, A. S.; SOUZA, J. G.; LEAL, A. C. A SUSTENTABILIDADE E SUAS DIMENSÕES COMO FUNDAMENTO DA QUALIDADE DE VIDA. **Geografia em Atos (Online)**, [s. l.], vol. 1, nº 12, 30 ago. 2012. DOI 10.35416/geoatos.v1i12.1724. Disponible en: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/view/1724>. Acceso en: 12 ago. 2023.

SOTO, L. **Principal hospital del Chocó: sin UCI, sin plata y medio cerrado**. [s. l.], 22 abr. 2020. Disponible en: <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/principal-hospital-del-choco-sin-uci-sin-plata-y-medio-cerrado/>. Acceso en: 3 oct. 2022.

STRAUSS, J. The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and The Impact of Improved Nutrition on Labor Productivity and Human Resource Development: An Economic Perspective. **Discussion Papers**, [s. l.], vol. 494, p. 1–40, 1 dez. 1985. Disponible en: <https://elischolar.library.yale.edu/egcenter-discussion-paper-series/502>. Acceso en: 3 oct. 2022.

SUBIRATS, J.; KNOEPFEL, P.; LARRUE, C.; VARONE, F. **Análisis y gestión de políticas públicas**. 1º ed. Barcelona: Planeta, 2012.

TAYLOR, S. J.; BOGDAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós Básica, 1992.

UNDPA COLOMBIA. **Guía para la medición y reporte de los indicadores globales en el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible**. [S. l.: s. n.], 31 dez. 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/indicadores-ods/Guia-medicion-reporte-indicadores-ODS.pdf>. Acceso en: 8 ago. 2023.

UNESCO. **Partería: conocimientos, competencias y prácticas - patrimonio inmaterial**. 2024. Disponible en: <https://ich.unesco.org/es/RL/parteria-conocimientos-competencias-y-practicas-01968>. Acceso en: 28 set. 2024.

UNFPA. **El estado de las matronas en el mundo 2021**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/sowmy#:~:text=En%20el%20informe%20El%20Estado,pa%C3%ADses%20mantienen%20la%20trayectoria%20actual>. Acceso en: 28 sep. 2024.

UNFPA COLOMBIA. Comienza segunda fase de Partera Vital en Chocó. 27 jul. 2022. **UNFPA Colombia**. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/comienza-segunda-fase-de-partera-vital-en-choco#:~:text=Igualmente%2C%20la%20Raz%C3%B3n%20de%20Mortalidad,ese%20mi smo%20a%C3%B1o%5B5%5D>. Acceso en: 12 ago. 2023.

UNFPA COLOMBIA. **Partera Vital: un proyecto pionero que articula la sabiduría ancestral con los servicios de salud y estadística en Chocó**. 2024. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/partera-vital-un-proyecto-pionero>. Acceso en: 16 oct. 2024.

UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS. **Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras**. 2024a. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/>. Acceso en: 9 nov. 2024.

UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS. **Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras**. 2024b. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/comunidades-negras-afrocolombianas-raizales-y-palenqueras/>. Acceso en: 17 nov. 2024.

UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS. **Geoportal – Datos para la paz**. 2023. Disponible en: <https://datos paz.unidadvictimas.gov.co/geoportal/>. Acceso en: 2 dic. 2023.

UTADEO. **Chocó vive la cuarentena entre la vulnerabilidad y la limitación a la información**. 2024. Disponible en: <https://www.utadeo.edu.co/es/articulo/crossmedialab/277626/choco-vive-la-cuarentena-entre-la-vulnerabilidad-y-la-limitacion-la-informacion>. Acceso en: 8 dic. 2024.

VILLALOBOS, M. S. **La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado**. 2019. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2019. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77843/20942370.2020.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acceso en: 28 sep. 2024.

WACQUANT, L. Marginalidade, etnicidade e penalidade na cidade neoliberal: uma cartografia analítica. **Tempo Social**, [s. l.], vol. 26, n° 2, p. 139–164, 2014. DOI 10.1590/S0103-20702014000200009. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ts/a/L5b6ZxLWYb9ZSnWWLg3cMnC/?lang=pt>. Acceso en: 7 feb. 2023.

WHO COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH. **Macroeconomía y Salud : Invertir en Salud en Pro Del Desarrollo Economico Informe de la Comision Sobre Macroeconomía y Salud**. [S. l.]: World Health Organization, 2002. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42825>. Acceso en: 6 ago. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – GUIA SEMIESTRUTURADA PARA ENTREVISTA

¡Hola!

Usted está siendo invitado/a a participar en una investigación. Este documento, llamado **Consentimiento Informado**, tiene como objetivo asegurar sus derechos como participante de la investigación y se elabora en dos copias, firmadas tanto por la investigadora como por el participante, de las cuales una quedará en su poder y la otra con la investigadora. Por favor, léalo con calma y atención, aprovechando para aclarar cualquier duda. Si tiene preguntas antes o incluso después de firmarlo, podrá consultarlas con la investigadora. Si lo prefiere, puede llevar este Consentimiento a casa y consultarlo con sus familiares u otras personas antes de decidir participar. No habrá ningún tipo de penalización ni perjuicio si decide no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento. Toda la información recopilada en este estudio será confidencial (su nombre nunca será divulgado). Solo la investigadora y/o el equipo de investigación tendrán acceso a su identidad, y nos comprometemos a mantenerla en secreto, asegurando la omisión total de cualquier información que permita identificarle. Los datos recopilados serán utilizados únicamente para esta investigación. En cualquier momento, antes, durante o después de la investigación, podrá solicitar más aclaraciones, negarse a participar o desistir de su participación en el estudio. En todos estos casos, no será perjudicado/a, penalizado/a ni responsabilizado/a de ninguna manera.

La entrevista forma parte de una investigación para una tesis de maestría en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana en Foz do Iguaçu (Brasil). La investigación se titula: **"POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL CHOCÓ-COLOMBIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO. ESTUDIO DE CASO: PARTERÍA TRADICIONAL"**.

Si tiene alguna duda puede comunicarse al correo electrónico: daosoriod32@gmail.com.

1. ¿Cómo nació ASOREDIPAR Chocó?
2. ¿Cuántos parteros y parteras están vinculados a ASOREDIPAR?
3. ¿Cómo fue el proceso para que la partería en el Pacífico fuera Reconocida como patrimonio inmaterial colombiano?

4. ¿Qué cambio para las/los parteras/os después de ese reconocimiento?
5. En el Plan decenal de Salud se describen algunas estrategias para crear políticas públicas que promuevan e integren la partería tradicional al sistema de salud. ¿Han estado vinculados a esas iniciativas?
6. ¿Cuáles son las principales necesidades de los y las parteras en el Chocó?
7. ¿Qué tipo de apoyo reciben por parte del Estado?
8. ¿Cuáles son los desafíos enfrenta cada día una partera del Chocó?
9. ¿Han recibido apoyo económico del gobierno? Lo digo porque la Corte Constitucional emitió un fallo en que decía que les debía ser renumerado por su trabajo, esto fue en el contexto de la pandemia

Sobre el proyecto Partera Vital...

10. ¿Cómo funciona?
11. ¿Qué desafíos han encontrado durante la implementación del programa Partera Vital?
12. ¿Qué tipo de apoyo adicional considera necesario para mejorar el programa Partera Vital?
13. ¿Cuántas parteras/os participando en el proyecto Partera Vital?
14. ¿Algo más que adicionar?

**ANEXO B- CUESTIONARIO SOBRE EL PROYECTO “PARTERA VITAL “Y
PERCEPCIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA
PARTERÍA TRADICIONAL**

¡Hola!

Usted está siendo invitado/a a participar en una investigación. Este documento, llamado Consentimiento Informado, tiene como objetivo asegurar sus derechos como participante de la investigación y se elabora en dos copias, tanto para la investigadora como para el participante, de las cuales una quedará en su poder y la otra con la investigadora. Por favor, léalo con calma y atención, aprovechando para aclarar cualquier duda. Si tiene preguntas antes o incluso después de firmarlo, podrá consultarlas con la investigadora. Si lo prefiere, puede llevar este Consentimiento a casa y consultarlo con sus familiares u otras personas antes de decidir participar. No habrá ningún tipo de penalización ni perjuicio si decide no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento. Toda la información recopilada en este estudio será confidencial (su nombre nunca será divulgado). Solo la investigadora y/o el equipo de investigación tendrán acceso a su identidad, y nos comprometemos a mantenerla en secreto, asegurando la omisión total de cualquier información que permita identificarle. Los datos recopilados serán utilizados únicamente para esta investigación. En cualquier momento, antes, durante o después de la investigación, podrá solicitar más aclaraciones, negarse a participar o desistir de su participación en el estudio. En todos estos casos, no será perjudicado/a, penalizado/a ni responsabilizado/a de ninguna manera.

El cuestionario forma parte de una investigación para una tesis de maestría en Políticas Públicas y Desarrollo de la Universidad Federal de la Integración Latinoamericana en Foz do Iguaçu (Brasil). La investigación se titula: "POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN EL CHOCÓ-COLOMBIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO. ESTUDIO DE CASO: PARTERÍA TRADICIONAL".

De esta manera, el acceso al cuestionario solo ocurrirá después de aceptar el Consentimiento Informado.

Si tiene alguna duda puede comunicarse al correo electrónico: daosoriod32@gmail.com.

Sección 1: Información Demográfica

- Nombre (opcional):
- Edad:

	Menos de 30 años
	30-40 años
	40-50 años
	Más de 50 años

- Comunidad a la que pertenece:
- Años de experiencia como partera/o:

	Menos de 5 años
	5-10 años
	10-20 años
	Más de 20 años

Sección 2: Formación de Agenda en Políticas Públicas

- ¿Está familiarizada (o) con el Plan Decenal de Salud 2022-2031 y las estrategias para la implementación de políticas públicas relacionadas con la práctica de la partería tradicional?

Sí

No

- En su opinión, ¿las políticas públicas actuales reflejan adecuadamente las necesidades de las/los parteras/os y sabedores tradicionales?

Sí

No

En parte (¿Por qué?)

- ¿Cree que las/los parteras/os han tenido suficiente participación en la creación de las políticas públicas que las afectan?

Sí

No

No estoy segura(o)

- ¿Cómo considera que se podría mejorar la participación de las/los parteras/os en la toma de decisiones relacionadas con las políticas públicas?

Reuniones con funcionarios del gobierno

Talleres y capacitaciones

Representación en mesas de trabajo

Otros (especificar)

- ¿Qué barreras ha encontrado para que se implementen plenamente las políticas públicas dirigidas a la partería tradicional? (Puede seleccionar más de una opción)

Falta de recursos

Falta de conocimiento sobre las políticas

Escasa articulación entre el gobierno y las/los parteras/os

Otros (especificar)

Sección 3: Programa Partera Vital

- ¿Está participando en el programa Partera Vital?

Sí

No

- ¿Qué beneficios ha encontrado al participar en el programa Partera Vital?

Herramientas para registrar nacimientos

Mayor visibilidad de la labor de las parteras

Mejora en el acceso a recursos

Otros (especificar)

- ¿Considera que el programa Partera Vital ha facilitado la integración de las/los parteras/os al sistema de salud?

Sí

No

En parte (especificar)

- ¿Qué desafíos ha encontrado durante la implementación del programa Partera Vital?

Falta de capacitación adecuada

Falta de recursos tecnológicos

Problemas con el registro de nacimientos

Otros (especificar)

- ¿Ha tenido acompañamiento por parte del gobierno para el registro de nacimientos gracias al programa Partera Vital?

Sí

No

Solo en algunas ocasiones

- ¿Qué tipo de apoyo adicional considera necesario para mejorar el programa Partera Vital?

Mayor formación en herramientas tecnológicas

Acompañamiento técnico constante

Mejor comunicación con el sistema de salud

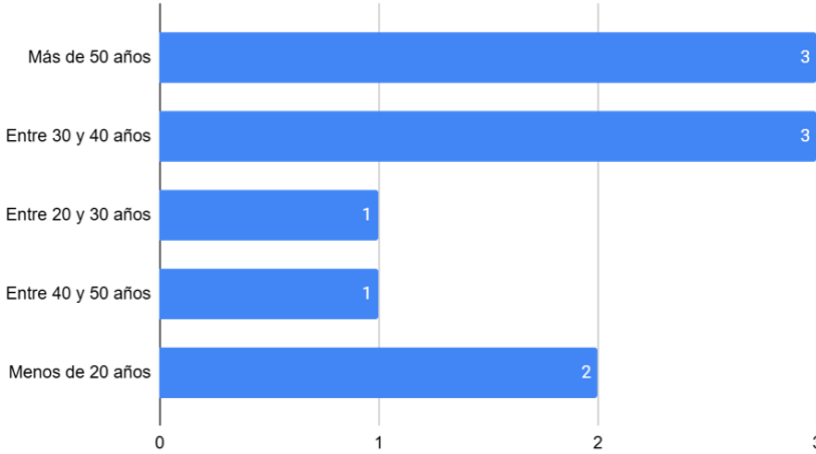
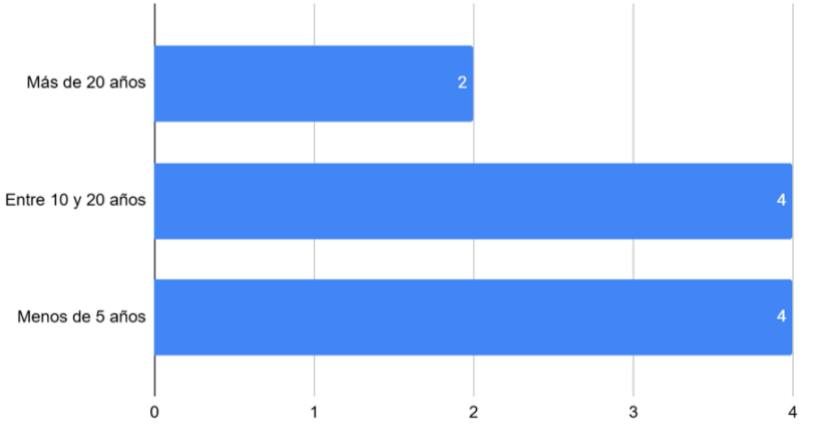
Otros (especificar)

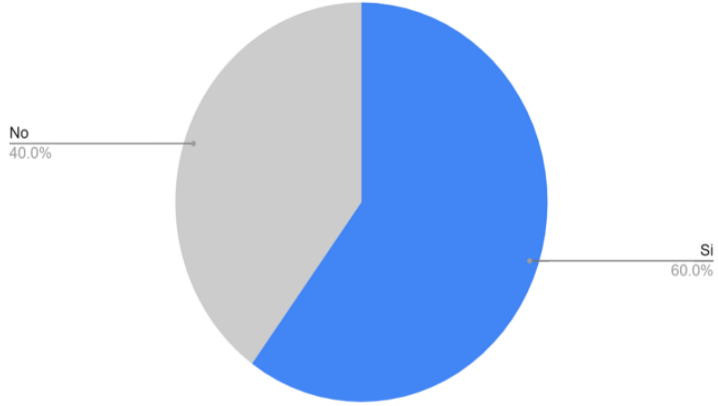
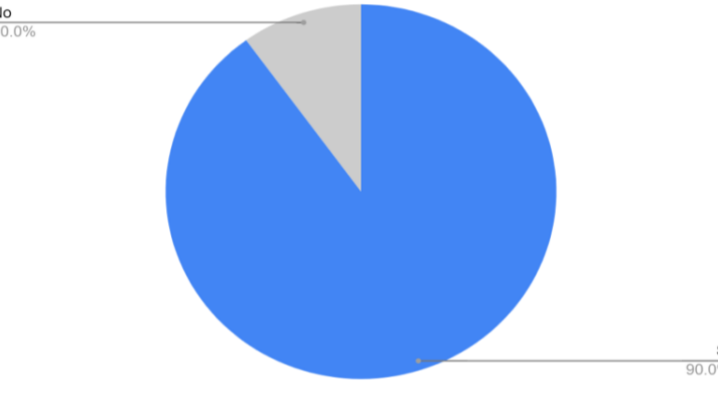
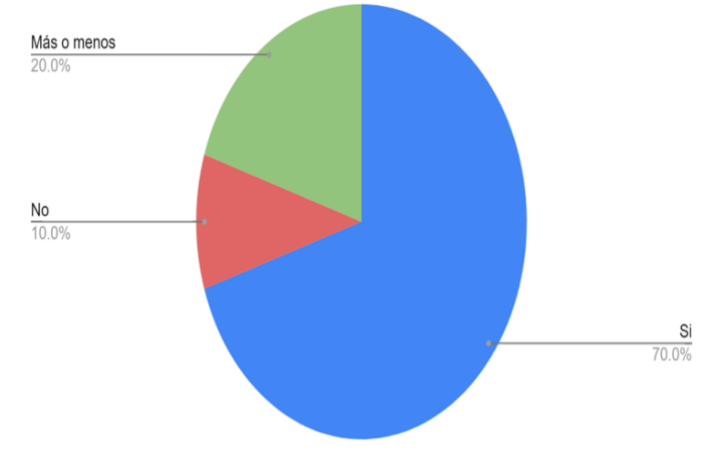
Sección 4: Comentarios adicionales

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia con las políticas públicas relacionadas a la partería o el programa Partera Vital?

Respuesta abierta

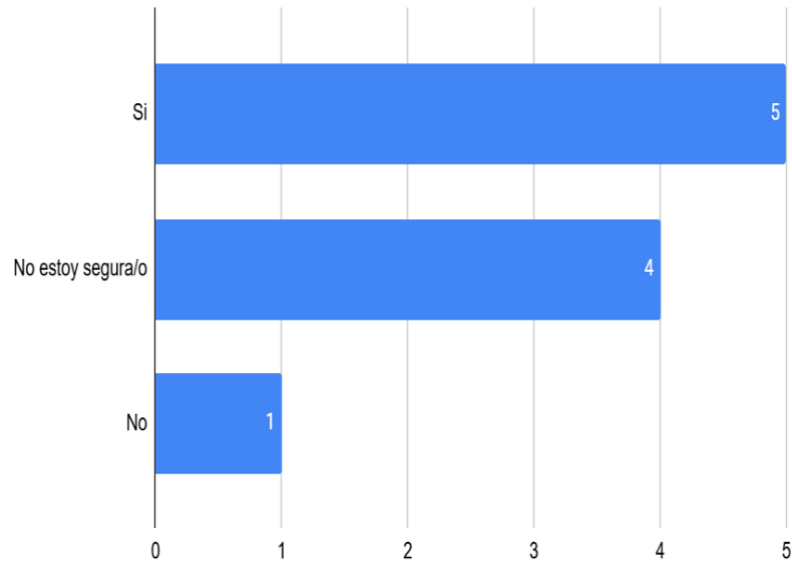
Tabla 6-Preguntas y respuestas sobre políticas públicas relacionadas a la partería tradicional.

Pregunta	Respuestas												
¿Cuántos años tiene?	<p>Gráfico 19-Edad de los encuestados</p>  <table border="1"> <caption>Data for Gráfico 19</caption> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>Número de encuestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Más de 50 años</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Entre 30 y 40 años</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Entre 20 y 30 años</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Entre 40 y 50 años</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Menos de 20 años</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Edad	Número de encuestados	Más de 50 años	3	Entre 30 y 40 años	3	Entre 20 y 30 años	1	Entre 40 y 50 años	1	Menos de 20 años	2
Edad	Número de encuestados												
Más de 50 años	3												
Entre 30 y 40 años	3												
Entre 20 y 30 años	1												
Entre 40 y 50 años	1												
Menos de 20 años	2												
¿A cuál comunidad pertenece?	<p>Los encuestados respondieron que pertenecen se encuentran ubicados en la Cabecera Municipal, otros a comunidades indígenas, a la comunidad Buena Vista, a Villa Conto y a Belén de Bajirá.</p>												
¿Cuántos años de experiencia tiene como partera/o?	<p>Gráfico 20-Años de experiencia como partera/o</p>  <table border="1"> <caption>Data for Gráfico 20</caption> <thead> <tr> <th>Años de experiencia</th> <th>Número de encuestados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Más de 20 años</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Entre 10 y 20 años</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Menos de 5 años</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Años de experiencia	Número de encuestados	Más de 20 años	2	Entre 10 y 20 años	4	Menos de 5 años	4				
Años de experiencia	Número de encuestados												
Más de 20 años	2												
Entre 10 y 20 años	4												
Menos de 5 años	4												

<p>¿Ha sido participe de las mesas de concertación con el gobierno nacional para la creación de políticas públicas relacionadas con la partería tradicional?</p>	<p>Gráfico 21-Opinión sobre la participación en políticas públicas</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>60.0%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>40.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Porcentaje	Sí	60.0%	No	40.0%		
Respuesta	Porcentaje								
Sí	60.0%								
No	40.0%								
<p>¿El reconocimiento de Partería en el Pacífico como patrimonio inmaterial colombiano ha impactado positivamente en la imagen que tiene la sociedad sobre la partería tradicional?</p>	<p>Gráfico 22-Opinión sobre el impacto del reconocimiento de la Partería del Pacífico como patrimonio</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>90.0%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>10.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Porcentaje	Sí	90.0%	No	10.0%		
Respuesta	Porcentaje								
Sí	90.0%								
No	10.0%								
<p>¿El reconocimiento de la Partería del Pacífico como patrimonio inmaterial colombiano ha impactado positivamente en su vida y en su labor?</p>	<p>Gráfico 23-Opinión sobre el impacto del reconocimiento de la partería tradicional</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>70.0%</td> </tr> <tr> <td>Más o menos</td> <td>20.0%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>10.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Porcentaje	Sí	70.0%	Más o menos	20.0%	No	10.0%
Respuesta	Porcentaje								
Sí	70.0%								
Más o menos	20.0%								
No	10.0%								

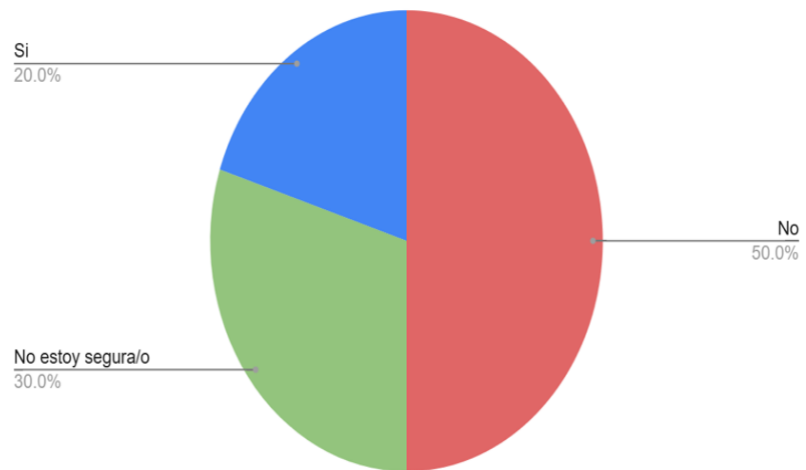
¿Las iniciativas actuales del gobierno para la creación de políticas públicas relacionadas con la partería tradicional reflejan adecuadamente las necesidades de las/los parteras/os y sabedores?

Gráfico 24-Opinión sobre las iniciativas del gobierno



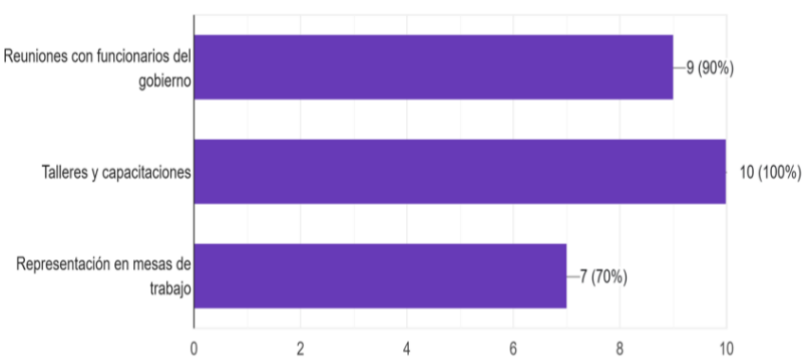
¿Cree que las/los parteras/os han tenido suficiente participación en la creación y formulación de las políticas públicas que les afectan?

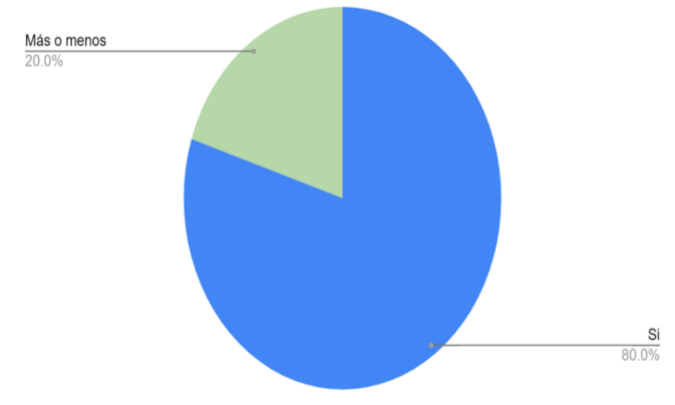
Gráfico 25-Opinión sobre la participación en políticas públicas relacionadas a la partería



¿Cómo considera que se podría mejorar la participación de las/los parteras/os en la toma de decisiones relacionadas con las políticas públicas?

Gráfico 26-Opinión sobre opciones para mejorar la participación en la toma de decisiones de políticas públicas



<p>¿Qué barreras ha encontrado para que se implementen plenamente las políticas públicas dirigidas a la partería tradicional?</p>	<p>En general, los encuestados coincidieron en que las barreras están relacionadas con la falta de recursos, la falta de conocimiento sobre las políticas públicas, la escasa articulación entre el gobierno y las parteras y, la falta de voluntad política.</p>						
<p>¿Está participando en el proyecto Partera Vital?</p>	<p>Todos respondieron que están participando del proyecto</p>						
<p>¿Qué beneficios ha encontrado al participar en el programa Partera Vital?</p>	<p>La mayoría consideró que los beneficios están relacionados con la capacitación y la proporción de herramientas para registrar los nacimientos. Otros consideraron que esto generó mayor visibilidad para las y los parteros. Y una persona considero que se ha sentido apoyada.</p>						
<p>¿Considera que el programa Partera Vital ha facilitado la integración de las/los parteras/os con la institucionalidad (Departamento Nacional de Estadísticas (DANE) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)?</p>	<p>Todos respondieron afirmativamente. Por tanto, consideran que el programa ha facilitado la integración de los y las parteras con la institucionalidad.</p>						
<p>¿Ha tenido acompañamiento por parte del gobierno para el registro de nacimientos gracias al proyecto Partera Vital?</p>	<p>Gráfico 27-Opinión sobre el acompañamiento del gobierno</p>  <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico 27</caption> <thead> <tr> <th>Respuesta</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>80.0%</td> </tr> <tr> <td>Más o menos</td> <td>20.0%</td> </tr> </tbody> </table>	Respuesta	Porcentaje	Sí	80.0%	Más o menos	20.0%
Respuesta	Porcentaje						
Sí	80.0%						
Más o menos	20.0%						
<p>¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su experiencia con las políticas públicas relacionadas a la partería o el programa Partera Vital?</p>	<p>Algunas respuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le gustaría que en los hospitales no fueran menospreciada su labor. Sino que por el contrario vieran a las parteras como un apoyo a la salud materno-infantil - Otra persona desea capacitarse aún más sobre la partería tradicional - Una persona respondió que el programa Partera Vital ha sido importante para afianzar los conocimientos y que tiene el deseo de que este tipo de iniciativas continúen. 						

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado en Google Formularios.