

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Artículo de Investigación para optar por el título de Politólogo.
2. **TITULO:** MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL DIALOGO DE CONCEPCIONES.
3. **AUTOR (ES):** Nubia Brigeth Coba Gallo.
4. **LUGAR:** Bogotá D.C
5. **FECHA:** 17 de Julio de 2019
6. **PALABRAS CLAVES:** mortalidad, materno-infantil, Chocó, descentralización, Sumak Kawsay, concepciones, salud, partería.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El presente artículo de investigación trata de evidenciar logros y debilidades de la descentralización en el sistema de salud, y demuestra cómo estos repercuten en la mortalidad materno-infantil en el departamento de Chocó en el periodo 2000 – 2015, además de hacer un aporte constructivo a dicho sistema desde el Sumak Kawsay.
8. **LÍNEA DE INVESTIGACION:** Población Territorios y Políticas Publicas.
9. **METODOLOGÍA:** Método comparativo.
10. **CONCLUSIONES:** El sistema de salud actual constituido de forma descentralizada creó una suerte de Sistema igualitario, sin distinciones, poco inclusivo que deja de lado la incorporación de conocimientos de otras culturas, no es apto para minorías y población en condiciones especiales que deben ser protegidas (Indígenas, Afros, Niños, Madres), tiene problemas en cuanto a cobertura y dificultades de acceso debidas a lo económico, lo cultural y lo geográfico, la información transmitida a los usuarios es insuficiente, esto ligado a una flexibilidad presupuestal y dependencia del gobierno central, que hace que la mortalidad materno-infantil presentada en el departamento de Chocó no haya tenido herramientas suficientes para su disminución, pues la situación empeora, las soluciones alternativas son rezagadas por el sistema establecido, imponiendo una perspectiva única de los procesos de salud; vacíos que pueden ser complementados para la disminución de la problemática con el Sumak Kawsay ya que este brinda una noción de construcción de relaciones, diálogo de saberes y apuesta por el conocimiento y la igualdad.

MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL, DIALOGO DE CONCEPCIONES.

NUBIA BRIGETH COBA GALLO.

Artículo de investigación presentado como requisito para optar por el título profesional en
Ciencia Política.

Asesor: Docente Yolanda Marín.

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA – SEDE BOGOTA.
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS.**

BOGOTA. D.C – 2019

El territorio Chocoano siempre ha sido un interesante espacio para la investigación debido a sus riquezas naturales y culturales, en el marco del semillero de investigación Sumak Kawsay Chocó, surge el interés en nutrir conocimientos en torno a este territorio y trabajar con sus comunidades para la reproducción de una cultura de vida, entendiendo Sumak como plenitud y armonía y Kawsay como mención a la vida y al tejido entre las personas y la madre tierra, con esto el Sumak Kawsay se puede definir como una forma de construcción de relaciones entre hombre y tierra llevadas con gozo y respeto, además de ser una respuesta frente a la destrucción del planeta, el no reconocimiento y la desigualdad (Gudynas, Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo, 2011), el Sumak Kawsay o Buen Vivir es vivir en armonía con uno mismo, con los demás y con la naturaleza y toma fuerza con la lucha de los movimientos indígenas y sociales que cumplen con sus principios, por lo anterior se considera que este puede ser una influencia positiva para las comunidades Afro y la reproducción de sus saberes ancestrales. (Gudynas, Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo, 2011)

El presente artículo de investigación trata de evidenciar logros y debilidades de la descentralización en el sistema de salud, y demuestra cómo estos repercuten en la mortalidad materno-infantil en el departamento de Chocó en el periodo 2000 – 2015, además de hacer un aporte constructivo a dicho sistema desde el Sumak Kawsay.

Entender la reforma al sistema de salud desde el año 1987 es un componente importante para contextualizar el tema a tratar, teniendo en cuenta que según la ley 12 de 1986 la descentralización fiscal y la descentralización administrativa contribuyen a obtener una mayor eficiencia en la prestación de los servicios del Estado y hacen al ciudadano más responsable del gobierno de su

propio municipio, por tanto, para lo anterior se hará uso de algunos autores que tratan los procesos de descentralización en el sector salud, se intentará caracterizar la situación de la mortalidad materno infantil en el periodo comprendido entre los años 2000 – 2015, para finalizar con una reflexión en torno a las practicas ancestrales y sus contribuciones desde el Sumak Kawsay para contribuir a la mejora de las cifras de mortalidad materno-infantil en la región.

Descentralización en salud.

A partir de la década de los 80 el proceso de descentralización tenía como objetivo el retorno a la democracia, planteando: incentivar, proporcionar y abrir canales de participación de la población, la provisión de bienes públicos de acuerdo a las necesidades y los procesos de ajuste fiscal, siendo entendida como lo apropiado para la eficiencia y efectividad del Estado, con el fin de ampliar la cobertura, el acceso y calidad de los servicios públicos de salud (Molina & Spurgeon, 2007), para una adecuada comprensión del presente artículo se me elaboro una tabla de leyes importante para entender el desarrollo del proceso descentralizador, el cual influye en la instauración del nuevo sistema de salud descentralizado, la mortalidad materno-infantil y la disminución de las prácticas tradicionales. (Perez)

Tabla 1
Evolución legal de la descentralización.

Ley/Norma/Decreto Año de Vigencia	Entes creados (C)/Organizados (O) / Reorganizados (R) / Disueltos (D), Sucidados (S) o Fusionados (F).	Puntos propuestos
Decreto 77 de 1997	Ministerio de Salud - Fondo Nacional Hospitalario (R)	<p>Se expide el estatuto de la descentralización en beneficio de los municipios. Otorgando a los municipios la facultad de dotar, construir y mantener centros de salud y hospitales.</p> <p>Se dicta reorganizar el Ministerio de Salud – Fondo Nacional Hospitalario para que adecue su planta de personal.</p>
Ley 10 de 1990.	Sistema Nacional de Salud (R)	<p>Asignó competencias de funcionamiento de primer nivel de atención a los municipios y de segundo y tercer nivel a los departamentos, dicta los sectores por los que está compuesto es sector de salud: oficial y privado, se establecen acciones de coordinación y supervisión de los recursos (entre ellos los del situado fiscal), y recaudos además de hacer referencia a los requisitos que tenían que cumplir las entidades territoriales.</p> <p>Habla del orden y administración del servicio público de salud, se establecen acciones para contribuir a la formulación y adopción de planes y programas, y establecen los principios básicos que rigen el servicio los cuales son: Universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiaridad, complementariedad e integración funcional.</p>
Ley 60 de 1993 (Derogada por la Ley 715 del 2001)	Departamento Nacional de Planeación (R) Ministerio de Educación Nacional (R) Fondo Prestacional del Sector Salud (C)	<p>Reglamenta competencias y recursos de municipios, departamentos (administran los recursos de la salud) , distritos y nación.</p> <p>Otorgo recursos de transferencia nacional para los municipios y departamentos.</p> <p>Los distritos y municipios podrán desconcentrar, delegar o descentralizar las funciones derivadas de sus competencias en las localidades, comunas o corregimientos, previa asignación de los recursos respectivos, excepto para el sector educativo.</p> <p>Art 25: el presupuesto de transferencias dirigido a los resguardos indígenas reconocidos por la ley será dado a el departamento en el que estos habiten y solo se podrá usar en inversiones que benefician la respectiva comunidad indígena.</p> <p>Se dictan algunas competencias para los ministerios de: hacienda y crédito público, salud y de educación.</p>

<p>Ley 100 de 1993</p>	<p>Sistema de Seguridad Social Integral (C)</p> <p>Fondo de Seguridad Pensional (C)</p>	<p>Cambio el subsidio de la oferta por el subsidio a la demanda, mercado de participación del sector público y privado, creando 2 regímenes de afiliación el contributivo el subsidiado.</p> <p>Sistema de seguridad social integral el cual tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas, conformación, ámbitos de acción</p> <p>Se crea el Fondo de Solidaridad Pensional tiene por objeto subsidiar los aportes al Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural y urbano que carezcan de suficientes recursos para efectuar la totalidad del aporte.</p>
<p>Ley 715 del 2001</p>		<p>Reglamenta competencias y recursos que debe cumplir la nación y las entidades territoriales en el sector salud, expresa la constitución del Sistema General de Participaciones, establece reglas y procedimientos para instituciones que manejen recursos del sector salud, establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.</p> <p>Corresponde a los departamentos la dirección del sector salud, la gestión de la prestación del servicio de la salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento, entre otras funciones.</p> <p>Modifico la descentralización de una mirada territorial a una sectorial, el pago del personal médico quedo a cargo de los municipios, y el sistema seccional a cargo de los departamentos.</p> <p>Según la Ley de 715 del 2001: Los recursos para los resguardos indígenas se distribuirán en proporción a la participación a la participación del resguardo indígena, en el total de la población indígena reportada por el Incora al DANE; además cuando el resguardo se encuentre en jurisdicción de varios municipios, los recursos serán girados a cada uno de los municipios en proporción a la población indígena, estos recursos se manejaran en cuentas separadas de las de las entidades territoriales y para que se dé su ejecución deberá celebrarse un contrato entre la entidad territorial y las autoridades del resguardo antes del 31 de diciembre de cada año en la cual se determinara el uso de los recursos en el año siguiente, la copia del contrato se enviará antes del 20 de Enero al Ministerio del Interior.</p> <p>“Los recursos de la participación asignados a los resguardos indígenas deberán destinarse a satisfacer las necesidades básicas de salud incluyendo la afiliación al Régimen Subsidiado, educación preescolar, básica primaria y media, agua potable, vivienda y desarrollo agropecuario de la población indígena” (Ley 715 del 2001)</p>

La tabla 1 expone una serie de leyes importantes para el desarrollo de la descentralización desde su creación. (Autoría Propia.2019) A partir de los Datos encontrados en la página web del Ministerio de Salud y en la página web de Función Pública.

Tabla 2:
Apuestas de la constitución de 1991.

<p>Constitución Política de Colombia.</p>	<p>Fiscalía General de La Nación. (C) Corte Constitucional. (C) Consejo Superior de la Judicatura. (C) Procuraduría. (R) Defensoría del Pueblo. (C)</p>	<p>Intentó fortalecer la descentralización estableciendo la prioridad que tendría el gasto social, previendo a posibilidad de financiar la aplicación de coberturas de distintos sectores, entre ellos la salud, además de universalizar la cobertura sectorial entre todos los habitantes del territorio nacional.</p> <p>Esta estableció que a los Distritos les correspondía la administración de los recursos cedidos por la nación y su relación con las competencias, dirigir los sistemas distritales de salud, financiar y realizar acciones de fomento prevención y tratamiento y rehabilitación correspondientes a todos los niveles de atención en salud.</p> <p>Fue creada bajo fundamentos democráticos, pluralistas y participativos esperando que los mecanismos de participación creados involucraran a los ciudadanos en el plano nacional. Con esta constitución Colombia dio un gran paso como Estado Social de Derecho, unitario y descentralizado y sus departamentos como entidades coordinadoras y complementarias a la acción municipal.</p>
<p>Art. 7 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>“El estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana.” (Constitución Política de Colombia.1991)</p>
<p>Art. 8 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>“Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.” (Constitución Política de Colombia.1991)</p>
<p>Art. 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>Garantiza el servicio de salud, corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación, ejercer su vigilancia y control.</p> <p>Establecer las competencias de la nación, de las entidades territoriales y los particulares; además determina los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley, los niveles de atención y la participación de la comunidad.</p>
<p>Art. 246 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos – (no contrarios a la constitución o leyes de la republica)</p> <p>La ley buscara la forma de coordinar esta jurisdicción con el sistema judicial nacional. (Constitución Política de Colombia.1991)</p>
<p>Art. 320 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>Se establece la creación de municipios con diferentes categorías; de igual forma que los departamentos, los municipios limítrofes que tengan una fuerte vinculación economía y social pueden constituirse en “Áreas Metropolitanas” las cuales tendrán una cobertura territorial más amplia; una excepción a la regla es la</p>

<p>Art. 320 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>figura de Distrito Especial estatus jurídico que define los casos de la capital (Bogotá), Cartagena de Indias, Barranquilla, Santa Marta, Cúcuta, Tunja, Buenaventura, Tumaco y Turbo. Cada uno de ellos posee un carácter distrital específico.</p> <p>A diferencia de los municipios, los distritos operan al menos potencialmente fuera del marco legal municipal, estando sujetos a una normativa propia, la cual puede concederles atribuciones especiales en materias específicas” “También cuentan como excepción las entidades territoriales indígenas cuya delimitación es una facultad del Gobierno Nacional.</p>
<p>Art. 329 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>En el caso de las entidades territoriales indígenas, las autoridades a cargo deben ser elegidas según usos y costumbres de su comunidad en un contexto de resguardo por la propiedad colectiva y “no enajenable”</p>
<p>Art. 356 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>	<p>Sistema General de Participaciones (C)</p>	<p>Se fijan los servicios a cargo de la nación, departamentos, distritos y municipios. (Dando prioridad al servicio de salud)</p> <p>Hace beneficiarios del SGP (Sistema General de Participación) a los resguardos indígenas.</p> <p>Se encuentran bases sobre las que se reglamenta la financiación de las entidades territoriales descentralizadas.</p>
<p>Art. 357 de la Constitución Política de Colombia de 1991.</p>		<p>Dicta los montos del SGP. Establece que 2000-2008 el monto crecerá proporcional a la tasa de inflación.</p> <p>Se encuentran bases sobre las que se reglamenta la financiación de las entidades territoriales descentralizadas.</p>

La tabla 2 muestra la importancia de la Constitución Política de Colombia de 1991 para el sistema de salud y la defensa del patrimonio cultural de la nación, con su apuesta por la participación y el fortalecimiento de la descentralización. (Autoría propia. 2019) A partir de la Constitución Política de Colombia encontrada en la página web de la Secretaria del Senado.

Logros y desaciertos:

Algunos autores como: (Arango, Lopez, Fernandez, Arbelaez, & Gomez, 2004) (Molina & Spurgeon, 2007) (Ocon & Saavedra, 2013) entre otros que han tratado replicas a la descentralización atribuyen los mayores problemas a: los bajos niveles de transparencia, el manejo indebido de los recursos, la débil capacidad de gestión, y la baja capacidad de entender demandas

de la población, como prueba de lo anterior se encuentra: otorgar puestos médicos a personal no calificado a cambio de favores políticos, recursos humanos insuficientes, trabas con recursos económicos para los departamentos que no estaban acreditados como entes descentralizados para recibir las transferencias de los recursos, y las desarticulaciones entre las necesidades, creencias y prácticas de la población con el sistema de salud junto a los intereses de los gobernantes políticos; junto a estos desaciertos se dieron una serie de reformas a lo largo del tiempo las cuales fueron:

1993: La ley 100 modifico el sistema de provisión de servicios de salud, cambiando el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, a través de un mercado regulado abierto a la participación de los sectores público y privado, creando 2 regímenes de afiliación el subsidiado y el contributivo, el régimen subsidiado se financia principalmente con aportes fiscales, mientras que el contributivo aporta con los recursos de las cotizaciones que realizan conjuntamente los empleadores y sus trabajadores dependientes, independientes, pensionados y madres comunitaria.

2000: Se desvió la atención de temas de ordenamiento territorial a temas como: la pobreza, el desempleo y el conflicto armado.

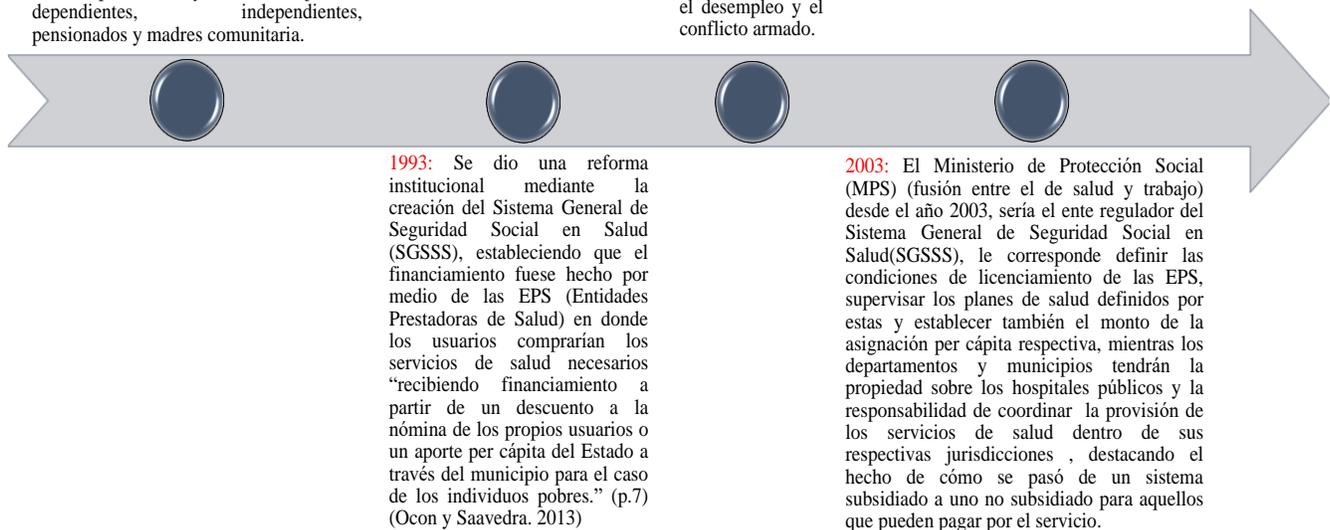


Figura 1: La presente figura ilustra las reformas hechas con el objetivo de lograr una cobertura total en salud. (Autoría propia.2019 A partir de los datos recolectados de (Ocon & Saavedra, 2013) y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Aunque con las anteriores reformas se esperaba que la cobertura total fuese lograda dentro de 7 años, lamentablemente eso no se cumplió, debido a la crisis económica a finales de los 90, la

demora en legislar, el continuo financiamiento a los trabajadores no asegurados en función de criterios históricos vigentes antes de la reforma y la baja capacidad institucional se interpusieron en lo anterior, sin embargo (Ocon & Saavedra, 2013) insisten en que se ha demostrado que las reformas que se dieron condujeron a mejoras en la eficiencia hospitalaria y mayor satisfacción de los beneficiarios, a pesar de que los operadores privados juegan un papel importante como proveedores de servicios de salud es el Estado es el que los financia mayoritariamente.

En América Latina la mayor parte de los países tiene un aporte privado al financiamiento total superior al 50%, mientras que la cifra equivalente en Colombia es solo del 24%, el cual es solamente superior en los casos de Cuba y Costa Rica con un 14%, sin dejar de lado que a pesar de los avances en materia de descentralización esta se ha opacado debido a la figura del presidente en terreno y la presencia del gobierno central como protagonista de los gobiernos locales, haciendo que las facultades otorgadas a cada departamento no sean llevadas a cabo con total independencia del gobierno central. (Ocon & Saavedra, 2013)

Oscar Bernal y Catalina Gutiérrez (Bernal & Gutierrez , 2012) hacen revisión de la evidente crisis del sistema de salud que se ha atravesado en Colombia en cuanto a la necesidad de recursos financieros para la atención de la población, las dificultades de acceder a servicios de salud de calidad de una forma equitativa sin importar el nivel de ingresos que tenga, (SENTENCIA T-720 de 2008, 2008) pues se hace necesario definir y unificar el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado para que los individuos con situaciones especiales puedan acceder a servicios y medicamentos si alguna enfermedad así lo amerita, sin trabas en procesos debido a la no especificación de los anteriores.

Por otro lado es primordial que se haga una adecuada selección de a quienes se asignan los recursos del Fosyga (Fondo de Seguridad y Garantía) pues no siempre benefician a la población pobre o que carece de capacidad económica sino a personas que tienen condiciones económicas suficientes, además el Fosyga debe cumplir con los recobros que las entidades de salud le soliciten en el caso de medicamentos o procedimientos que no estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud pero sean necesarios para algunos pacientes, el sistema de salud actual necesita establecer acciones para brindar información a afiliados o potenciales afiliados, entre otras dificultades, con la presencia de los anteriores problemas y otros sumándose a la lista es complicado llegar a un dialogo para encontrar soluciones pertinentes a esta crisis de salud. (SENTENCIA T-720 de 2008, 2008)

Gloria Molina y Peter Spurgeon (Molina & Spurgeon, 2007) analizan el desarrollo institucional y la descentralización comunitaria como los principales componentes del sector salud en cuanto a descentralización bajo 3 estudios de caso, cada uno con niveles diferentes de salud, población, entre otros; en este se llega a las conclusiones de que las instituciones que velan por la salud obtienen niveles bajos de efectividad en el cumplimiento de sus funciones principales, asegurando que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (organismo de regulación y convenio del sistema de salud colombiano) no se ve presente y las razones que se dan son: 1. Falta de liderazgo de la dirección de salud municipal y de la prestación de servicios 2. Falta de apoyo político por parte del gobierno municipal en cuanto a recursos humanos, pues los aspectos políticos al parecer son importantes para el nombramiento a cargos de gerentes de salud (sin importar si el personal es calificado) mientras que la experiencia con el trabajo en comunidades no importa mucho, la

mayoría del personal tiene contratos cortos y recibe salarios bajos, existe falta de sistemas de información y reducción en el presupuesto municipal.

El Sistema de Información sobre Salud (SIS) es limitado, hay poca efectividad en las entidades de vigilancia y control (Superintendencia Nacional de Salud, Secretaria de Salud Regional, Ombudsman, Veeduría ciudadana, Asociaciones de usuarios), existe un bajo porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. A lo anterior se agrega que la infraestructura, dotación e inversión hospitalaria no evidencian ser las prioridades de las administraciones municipales pues solo el 10% califica de manera excelente a la descentralización, el 50% de buena, el 25% de regular y el 1% de mala en términos de infraestructura. (Perez) (p.19)

Además, se han presentado conflictos entre compradores y proveedores en el proceso de contratación, “Los hospitales públicos han reducido su personal y las compañías de seguro privadas han disminuido el número de contratos para ofrecer programas preventivos. Esas acciones han reducido la prestación de servicios tales como revisión prenatal y vacunación” (Molina & Spurgeon, 2007)

Iván Jaramillo Pérez explica en su Evaluación de la descentralización de Salud en Colombia (Perez) que aunque no parece valido asociar los cambios en el estado de salud de la población con la descentralización de competencias a departamentos y municipios, es seguro que los cuidados médicos durante el embarazo/parto y vacunación son fundamentales para asegurar la supervivencia del menor y de la madre, por lo tanto, cuando las madres han tenido cuidados antes y durante el parto la mortalidad infantil es inferior a 15 por mil, mientras que si no se tienen ningún cuidado la

mortalidad infantil casi se triplica llegando a un 44 por mil, en ese caso considerando que la descentralización está asociada con el fortalecimiento a la oferta o la financiación de la demanda de salud, esta podría explicar así fuera parcialmente las variaciones en mortalidad infantil y materna, así como la atención profesional de las madres en el periodo prenatal y durante el parto.(p.2)

Mortalidad y ancestralidades.

En esta sección se trataran las problemáticas centrales del presente artículo, la mortalidad materno-infantil, que será manejada en conjunto y no separada la materna de la infantil por el evidente nexo de la madre con él bebe y la importancia del nacimiento para la territorialidad, y la segunda problemática que es la disminución de prácticas tradicionales causada por las nuevas imposiciones del sistema “occidentalizado” de salud, conectando lo explicado en los anteriores apartados, el desmerito de los saberes ancestrales y su mantenimiento como un apoyo para la escasa cobertura del sistema occidental con las problemáticas ya nombradas. (Gutierrez, 2013)

Características e indicadores:

Este apartado brindara una serie de datos e indicadores nacionales que a lo largo del tiempo caracterizaron el sistema occidental de salud en el País, y que ayudan al entendimiento de los problemas de salud departamentales.

Como se vio anteriormente las leyes 10 de 1990 y 60 del 1993 aumentaron los requisitos y se dieron una serie de certificaciones para obtener el situado fiscal, sin embargo se presentaron varias trabas, la mayoría de municipios no cumplieron en totalidad con dichos requisitos, otros cumplieron y no les dieron lo correspondiente y muchos otros también tenían miedo de que se tomaran represalias en su contra, incluso algunos de los municipios ya certificados expresaban que estaban sufriendo abandono departamental, dicho esto se toma a la descentralización como el espacio en donde se expresan los conflictos territoriales sobre el poder administrativo de la salud.

Los recursos financieros eran administrados una parte por los departamentos y otra por los municipios para manejar las redes de grados de atención, considerando los recursos humanos como el componente más difícil de descentralizar debido a varias trabas sindicales y políticas, la estructura de salud viéndose a cargo de los municipios con un 47% lo cual ha sido de los años 90 a 99 en términos de hospitales de nivel 1, centros de salud y puestos de salud, disminuido en hospitales de nivel 2 manteniéndose estable con los hospitales de nivel 3; a nivel departamental la infraestructura cuenta con un 17%, con un ascenso en hospitales de nivel 2 y 3 para los años 90 a 99, y disminución de los otros niveles, mientras que existe un 24% en donde coexisten instituciones municipales y departamentales. (Perez)

En cuanto a los resultados financieros de la descentralización el mismo (Perez) plantea que en el sector salud la mayor parte es conseguida por esfuerzos propios y ventas de las ESE (empresas sociales del estado) con un 22,5%, los recursos financieros fueron subiendo desde la década del 90 para finalmente descender en los años 98 y 99 en donde se produjo una caída de 5 puntos porcentuales frente a la financiación global y la crisis también produjo una deceleración en los

procesos de certificación de municipios; lo más destacable de esa época fue el crecimiento de ICN (ingresos corrientes de la nación) e IVA aplicados a salud los cuales crecieron 10 veces, además se dio la creación del Fosyga (Fondo de solidaridad y garantía) como una fuente nueva de financiación que llegó a representar el 22%.

A pesar de que uno de los objetivos de la descentralización era generar un esfuerzo local para los recursos de salud se encontró un 4% de esfuerzo local y un 96% proveniente de recursos de forzosa inversión en salud, sin embargo se ha visto incrementado en el periodo de crisis, no obstante es oportuno que los organismos de control vigilen el cumplimiento de las normas en la aplicación de recursos de destinación específicamente para la salud y el régimen subsidiado pues los departamentos solo asignaban 16% del 25% mientras los municipios casi cumplían la norma correctamente; en cuanto la atención en los partos estaba bajo un 84% una de las causas fue la descentralización debido a que transfirió parte de la responsabilidad a los municipios de origen o a los departamentos, además de la escasez de especialistas en las áreas locales debido al temor de ver reducidas sus garantías laborales con la vinculación de planta municipal, en cuanto a crecimiento de infraestructura se concluye que los hospitales de alta complejidad crecieron más que los de baja complejidad, el manejo territorial y municipal de la descentralización estuvo modificado por la creación del régimen subsidiario de salud. (Perez)

La mortalidad materno-infantil ha sido una de las grandes preocupaciones de Colombia al menos desde el año 2000 (Lizcano, 2015), lo cual hizo entre muchas otras cosas que se refrendaron Los objetivos de Desarrollo del Milenio que tendrían como misión reducir la pobreza extrema del mundo, reuniendo a los líderes del mundo en Nueva York, la comunidad internacional estableció

8 objetivos que tendrían como principios la equidad, la igualdad y la humanización como base del desarrollo humano, en estos objetivos se encuentra el 4 que es reducir la mortalidad infantil y el 5 mejorar la salud en la maternidad. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.)

El impacto de la reforma sobre la seguridad social en salud sobre la oferta de servicios se vio reflejada en que 44% de la población de la anterior oferta pública que entro a ser financiada por los regímenes contributivo y subsidiario solo el 10% siguió siendo atendido en consulta general por la red pública, el 34% por la red privada o red de ARS y EPS.

En tema de consulta especializada ninguna siguió siendo atendida por la red pública y toda paso a la privada, en cuanto a la atención de partos toda siguió siendo atendida en la red pública, odontología en promedio toda siguió siendo atendida en la red pública mejorando un 33% sin incluir aquellos que pudieron ser atendidos por las ARS y EPS caso igual a la atención para urgencias, dando como resultado un indicador global que contiene todos los distintos ítems en un 15% atendido en la red pública y un 29% en la red privada hasta 1999. (Perez)

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) la tasa de mortalidad infantil en Colombia para el periodo 1995-2000 fue de 21 por mil, la mortalidad neonatal de 15 por mil y la mortalidad de los primeros 5 años de vida de 25 por mil. (Perez)

Sin embargo, la mortalidad infantil antes de la encuesta en el periodo 1990-1995 presento un deterioro pasando del 27 al 31 por mil, luego en el 2000 presentando una mejora del 24 por mil,

esta situación podría confirmar que al inicio de la descentralización se cae en una etapa de desorden y confusión en donde se afectan los indicadores de salud. (Perez)

Tabla 3.
Mortalidad Infantil.

Mortalidad infantil

Mortalidad infantil por cada mil	2000 1995	1995 1990	1990 1985	1985 1980	1980 1975
Neonatal	15	18	16	19	24
Post-neonatal	7	10	10	19	19
MI < 1 año	21	27	26	38	44
MI > 1 y < 5 años	4	4	9	12	17
MI < 5 años	25	31	35	49	59

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Pág. 96.

La tabla 3 muestra la evolución de la mortalidad infantil desde el año 1975 hasta el 2000. Recuperado de Profamilia, ENDS 2000, Resultados Pág. 96. Como se citó en (Perez)

Cabe anotar que la atención prenatal mejoro en términos de: cobertura, atención profesional en los partos y vacunas antitetánicas para el año 2000. En el caso de las vacunas del polio y la DPT hay una reducción importante para la segunda y tercera dosis, al reducirse a 67% para el DPT y al 63% para la de polio. (Perez)

Tabla 4.
Asistencia Profesional a las madres.

Asistencia profesional a las madres

Asistencia profesional de los médicos o enfermeras	ENDS 2000	ENDS 1995	ENDS 1990	ENCAPS 1986-89 (*)
	%	%	%	%
Prenatal	90.8	82.6	82.0	68.2
Vacuna antitetánica	87.7	80.1	54.5	ND
Parto	86.4	84.6	80.6	80.5

Fuente: Profamilia, ENDS 2000, Resultados Págs. 112, 113, 117. INS-Minsalud, ENCAPS 1986-1989, Págs. 59, 62.

La tabla 4 muestra la evolución porcentual de la asistencia profesional a las madres desde el año 1986 hasta el año 2000. Profamilia, ENDS 2000, Resultados Págs. 112,113,117. INS. Minsalud, ENCAPS 1986-1989, Págs. 59,62 Como se citó en (Perez)

Entre los motivos de no acceso a la salud se explica que el 51, 5 % son económicas el 2,8 sufre de rechazo explícito, el 3,4 tiene barreras geográficas el 6,3 por descuido y el 30% a razones de opinión, culturales y administrativas lo que complementan (Molina & Spurgeon, 2007) exponiendo que la prestación de servicios ha sido fragmentada, los pacientes deben ir a diferentes organizaciones de salud para recibir un servicio básico.

Tabla 5.
Cambios en los motivos de no consulta.

Cambios en los motivos de no consulta

Motivos de no consulta	ENDS	ENH	ENCAPS
	2000	1992	1986-89
Falta de dinero - Limitaciones económicas	51.5%	50.5%	64.1%
No lo atendieron	2.8%	3.3%	1.0%
Centro médico no hay, queda lejos	3.4%	9.7%	2.1%
Falta de tiempo, descuido, motivos per/les	6.3%		16.0%
Caso leve	21.8%		
No confía en el médico	3.2%		
No resuelven problemas	2.2%		
Muchos tramites	1.9%		
Servicio malo	1.1%		
Otros	5.0%	36.5%	12.6%
Sin información	0.8%		4.1%
Población de referencia	45.291	4.748.366	26.602.269
Enfermos que no consultan	2.386	909.830	4.872.137
Porcentaje que no consulta teniendo necesidad	5.3%	19.2%	18.3%

Fuente: Profamilia, END 2000, Resultados págs. 195.
ENH, Encuesta de Hogares 77, Sep. de 1992, cálculos Fedesarrollo.
INS-Minsalud, ENCAPS 1986-89, Pág. 51.

La tabla 5 muestra los cambios en los motivos de no consulta desde el año 1986 hasta el año 2000. Profamilia, END 2000, Resultados Págs. 195. ENH, Encuesta de Hogares 77, Sep. De 1992, cálculos Fedesarrollo. INS. Minsalud, ENCAPS 1986-89, PÁG 51. Como se citó en (P.38) (Perez)

En cuanto a la parte comunitaria (Molina & Spurgeon, 2007) se analiza que muchos no conocían la descentralización en la salud en sus municipios ni siquiera tenían información sobre los problemas de salud (P.16), existen aspectos de contexto que pueden afectar la participación comunitaria como la falta de cultura de participación y la presencia de un conflicto armado, dejándonos claro que: “La capacidad administrativa del sector salud está en estrecha relación con la cultura política de los municipios y del país como un todo.” (P.18) Lo que explica que los municipios no han tenido un desarrollo integrado del proceso de descentralización.

Jaime Martínez (Mora, 2005), Mónica Arbeláez Rudas y Sergio Galilea (Ocon & Saavedra, 2013) se encargan de recordar que la salud es un derecho que se debe garantizar a todos los ciudadanos, su organización, dirección y reglamentación está a cargo del estado por medio de una forma descentralizada orientada con principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

No todo lo logrado por la descentralización en el periodo de tiempo 2000 - 2015 ha sido malo pues se vieron mejoras progresivas, por ejemplo para el año 2000 el grado de atención para la parte prenatal subió (Perez) además de que existen más instituciones con acceso a implementos de salud, en cuanto al acceso a la salud de la población pobre ha mejorado en algunos municipios mediante la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (Molina & Spurgeon, 2007); además en la mayoría de los casos el director de salud es un profesional de la salud, tan solo un mínimo porcentaje hace parte de otras áreas.

A pesar de que muchas veces la prestación del servicio de salud ha tenido que hacerse por medio de una acción de tutela este medio (SENTENCIA T-720 de 2008, 2008) ha logrado que se preste el servicio por sobre dificultades económicas en cuestiones de compra de medicamentos, cubrimiento de exámenes y cirugías u otras necesidades para el cumplimiento del derecho a la salud y la vida, además de adelantarse una mejora en cuanto a planes de información al afiliado, y lo más importante hacer mayor vigilancia en cuanto a su cumplimiento. (SENTENCIA T-720 de 2008, 2008)

Indicadores de salud en Chocó:

Si se hace un recuento de cifras en torno al sistema de salud en Chocó para el periodo estudiado (2000 – 2015) y su principal problema de salud: la mortalidad materno-infantil, encontramos que a pesar de los avances logrados en transferencias de recursos para la salud en los años 1998 y 2004 según (Mora, 2005) todavía quedaban excluidas del aseguramiento 168 mil personas en Chocó y las posibilidades de lograr la cobertura universal continuaban siendo bastante remotas, y lo que se evidenciaba en el departamento era:

Entre los años 2004-2008 Chocó hizo parte del grupo de departamentos donde aproximadamente el 35% de los niños entre 1 y 4 años tenían anemia, además de una tasa alta de menores de 5 años que padecían EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), que padecían IRA (Infección Respiratoria Aguda) y se presentó un incremento de desigualdades para disminuir en 2011, mientras otros departamentos se mantuvieron constantes.

Para el año 2005 Chocó contaba con un porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud de aproximadamente 18% el más alto de todos los departamentos, un porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia en 35% de nuevo el más alto entre los departamentos; la mortalidad materna después de los 42 días post parto a nivel nacional presento un incremento progresivo entre los años 2008 y 2010 con un 71,64 por cada 100 mil nacidos vivos, así mismo la mortalidad materna tardía presenta un incremento en estos mismos años con un 73, 31 por cada 100 mil nacidos vivos, presentándonos a Chocó como uno de los departamentos con mayor mortalidad materna junto a la Guajira, Caquetá y Putumayo. (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013)

En Colombia la mortalidad infantil ha tenido una tendencia al descenso entre los años 2005 y 2010, partiendo de una tasa de 15,91 a una de 12,76 por cada mil nacidos vivos, lo cual indica una reducción de 3 muertes por cada mil nacidos vivos en el año 2010; en la mortalidad infantil la mortalidad neonatal ocupa un gran porcentaje, cerca de 63% de los casos se producen durante los primeros 28 días después del nacimiento, en el 2010 se registraron un total de 8.355 muertes de niños menores de un año , el 56,79% (4.745 muertes) correspondió a los hombres y el 43,17% (3.607 muertes) a las mujeres.

A pesar de que la región pacífica presentaba una tendencia constante con alrededor de 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (en el 2010) mientras las demás regiones presentan descensos en esta área, las tasas de mortalidad son significativamente más altas que las del país ya que para ese entonces (2010) la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos en el país es de 12,8 y en Chocó

de 33,8, la tasa de mortalidad en menores de 5 años del país estaba en 15,7 y la del choco en 42,3 la de mortalidad materna para el país estaba en 75,3 y la del departamento en 196,5 por cada cien mil nacidos vivos, como se observa en la figura 2, las tasas del departamento son más elevadas.



Indicador	Colombia	Región Pacífica	Cauca	Chocó	Nariño	Valle del Cauca	Región Amazonia-Orinoquía	Amazonas	Guaviare	Putumayo	Vaupés	Guainía
Tasa global de fecundidad (por mujer) por 1.000 (2010-2015)	2,4		2,7	3,6	2,5	2,0		3,7*	3,7*	3,1	3,7*	3,7*
Tasa general de fecundidad por 1000 mujeres (2010-2015)	71,5		83,0	122,7	79,0	60,8		124,4*	124,4*	98,1	124,4*	124,4*
Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes (2010-2015)	18,8		20,7	29,3	20,2	16,4		29,1*	29,1*	24,8	29,1*	29,1*
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (2010-2015)	5,8		6,7	6,6	6,2	6,1		5,6*	5,6*	5,5	5,6*	5,6*
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (2010)	12,8	14,1	15,9	33,8	14,5	11,4	19,7	23,0	14,8	17,9	17,4	39,0
Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 100.000 menores de cinco años (2010)	15,7	17,2	19,7	42,3	17,3	13,8	27,1	32,5	20,7	21,3	49,1	47,5
Tasa de mortalidad por IRA por 100.000 menores de cinco años (2010)	16,5	15,5	19,9	42,3	12,8	10,3	32,2	39,3	7,2	22,7	50,3	140,1
Tasa de mortalidad por EDA por 100.000 menores de cinco años (2010)	5,3	8,2	10,7	27,2	6,7	4,4	32,2	39,3	7,2	5,1	234,8	60,0
Razón de mortalidad materna (hasta los 42 días) por 100.000 nacidos vivos (2010)	71,6	79,2	135,0	178,7	69,4	55,0	138,2	0,0	74,1	242,2	0,0	0,0
Razón de mortalidad materna (hasta el año) por 100.000 nacidos vivos (2010)	75,3	86,5	152,6	196,5	69,4	60,5	138,2	0,0	74,1	242,2	0,0	0,0
Prevalencia de bajo peso al nacer por 100 (2010)	9,0		8,2	9,8	8,8	9,1		6,3	7,1	6,0	4,3	5,8
Prevalencia de anemia en niños de 1 a 4 años por 100 (2010)	29,4		32,6	37,2	39,4	28,2		43,9	28,7	33,1	34,4	29,2
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años por 100 (2010)	13,2		23,1	15,7	16,9	5,9		28,7	12,4	9,8	34,7	23,4
Prevalencia de obesidad de 18 a 64 años por 100	16,7		14,8	20,3	14,6	15,7		12,7	25,1	15,0	11,7	20,7
Cobertura de parto institucional por 100 (2010)	98,6	97,7					88,9					
Cobertura de 4 o más controles prenatales por 100 (2010)	86,2	86,3					61,6					

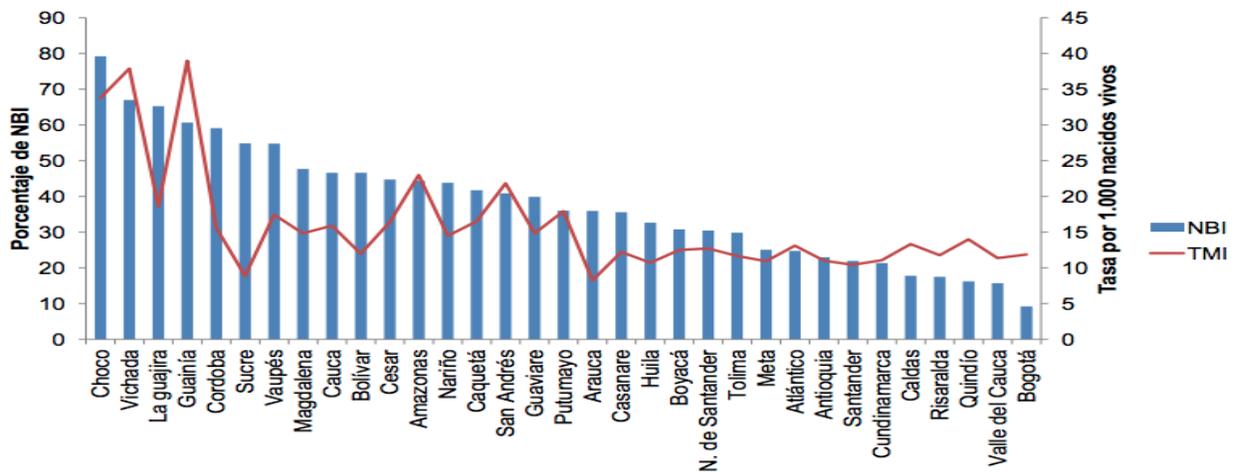
156

Figura 2. La figura ilustra distintos indicadores relacionados con mortalidad infantil, mortalidad materna, fecundidad, y parto en distintos departamentos de Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013) (P.156)

Según (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013) en el año 2010 se posee uno de los porcentajes más bajos de mujeres usando algún método anticonceptivo en el país (menos de 3%). En el año 2011 el índice de Gini (entendido como una medida del nivel de desigualdad de ingresos de los habitantes de un territorio) fue de 0,548 presentando una reducción de 0,009 puntos con respecto al año 2009, los departamentos con

mayor desigualdad de ingresos fueron Chocó, La Guajira, Córdoba, Huila y Cauca, cuyos índices oscilaron entre 0,554 y 0,567; además el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales es de un 71,23% el segundo más bajo después de la Guajira.

Chocó presento un alto índice de necesidades insatisfechas en el 2010 (como se observa en la figura 3) teniendo en cuenta que las personas con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas experimentan mayor mortalidad infantil, las mujeres con menores estudios fueron aquellas que hicieron menor uso de anticonceptivos, la mitad de la población menos educada experimenta el 53% de la mortalidad materna y tienden a tener altos índices de parto en casa u otros lugares. Dentro de las causas de la mortalidad materna una de las más importantes se relaciona con la dificultad en el acceso a servicios de salud de calidad (Naciones Unidas, 2010)



Fuente: DANE y-SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012.

Figura 3. La figura ilustra el porcentaje de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) por departamentos y la tasa por cada mil nacidos vivos. (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013) (P.103)

“En la región Pacífica el porcentaje de afiliación al sistema es de 90,69%. El 54,42% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 35,51% al contributivo, el 0,76% al especial y restante 9,31% no está afiliado al sistema.” (P.34) (Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía, Grupo ASIS, 2013).

En consideración el departamento del Chocó en el período 2000-2010 es uno de los que presenta grandes problemas entorno a mortalidad materno infantil, esto explicado desde varias perspectivas relacionadas con el derecho a la salud y el tema de la descentralización de salud en Colombia.

(Mora, 2005) explica como la intención fundamentada de la Constitución Política de 1991 y de las leyes que desarrollaron el Sistema General de Seguridad Social en Salud fue universalizar la cobertura sectorial entre todos los habitantes del territorio nacional, una forma de conocer sobre sus logros es haciendo seguimiento al sistema de salud, (Lizcano, 2015) y (Mora, 2005) se enfocan en el caso específico del Chocó iniciando con los resultados obtenidos frente a la meta de reducción en mortalidad materna planteada en los objetivos del milenio, ya que para el año 2000 Colombia refrendo estos objetivos en los cuales estaba el objetivo 5 para mejorar la salud materna en 3 cuartas partes en el periodo 1990-2015. (Mora, 2005)

Colombia estableció como objetivo reducir la mortalidad materna a 45 defunciones por cien mil nacidos vivos, en los años 2006-2010 se registró una mortalidad materna estable pasando de 75 por 100 mil nacidos vivos a 71, afortunadamente estas cifras mejoraron en el periodo 2011-2014 pues se pasó de 453 muertes tempranas a 344 debido a acciones como: acceso a métodos anticonceptivos modernos en un 75% de mujeres en edad fértil, cobertura del 99% de atención del

parto institucional en el 99% de los casos por personal calificado, desarrollo de normas técnicas y guías de atención para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, adopción de principios del parto humanizado, atención a embarazadas menores de 15 años, atención a preconcepciones e interrupción voluntaria del embarazo. (Lizcano, 2015)

No obstante, a pesar de haber cumplido el objetivo casi en su totalidad aún existen determinantes que inciden negativamente en la salud materna, como lo son la desigualdad expresada en un mayor riesgo de muerte materna en edades extremas de la vida reproductiva siendo más alta en menores de 14 años y en mayores de 35 años, así mismo en mujeres residentes en espacios rurales debido a deficiencias de comunicaciones y cuestiones geográficas estas condiciones crean brechas regionales dando como resultado departamentos que reportaron razones de mortalidad materna por encima de 140 por cien mil nacidos vivos, entre ellos Chocó, Putumayo y la Guajira; otros con 300 por cien mil nacidos vivos como lo son Guaviare, Guainía y Vichada lo que lleva a relacionar esas desigualdades con la debilidad de implementación y apropiación de las políticas de salud materna; y a pesar de que la política pública tiene opciones para mejorar estas consecuencias su no implementación va ligada a la pobreza, a la poca transparencia en el uso de los recursos en las regiones más críticas del país, al desinterés y poco compromiso de algunos aseguradores, además de la deficiente remuneración para prestadores y profesionales de la salud involucrados en la atención materna. (P.2) (Lizcano, 2015)

Según (Mora, 2005) en el caso del departamento de Chocó se identificó un avance en los niveles de beneficiarios de Sisbén de niveles 1 o 2 a diciembre de 1999, la población total del departamento ascendía a 405.028 habitantes, de los cuales 156.412 estaban identificados en los niveles I y II del

Sisbén (38,62%); al finalizar el año 2004, la población creció 2,21% (8.972 personas) mientras el número de beneficiarios del Sisben creció en 75,74% (118.472 personas), es decir que el cubrimiento paso de 38,62% a 66.40% para esos años, con lo que se evidencia que de cada 100 habitantes 66 están clasificados como pobres además de que la población en edad de trabajar (PET), pasó de 56,91% en 1998 a 93,82% en 2004 por supuesto afiliadas al Sisben.

Las transferencias del Gobierno Central Nacional para el Departamento, vía situado fiscal, la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación y los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), fueron la principal fuente de financiamiento de la salud en el departamento del Chocó entre los años 1998 y 2004. A pesar del buen comportamiento de los ingresos originados en las instancias nacionales, los escasos recursos para la salud en el año 2000, los manejos administrativos y las dificultades económicas de la población durante el período analizado, no permitieron generar mejores indicadores de esfuerzo fiscal propio que apalancaran recursos adicionales para la financiación de la salud en la región. Hasta el año 2001, el sistema de las transferencias a las entidades territoriales estuvo conformado por el situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. (Mora, 2005)

Los recursos públicos para financiar la salud en el departamento del Chocó de acuerdo a cifras obtenidas de (Mora, 2005) crecieron 8,97% en 1998, por el buen comportamiento del PIB en el año 1997; sin embargo en el año 1999 no hubo crecimiento y para el 2000 los recursos tuvieron el peor decrecimiento de la década (11,58%) debido a una caída del producto del 4,3% en el año 1999. A partir del año 2001 se presentó un quiebre en la tendencia, explicada por la modificación al sistema de reparto de las transferencias constitucionales a los municipios y departamentos,

siendo importante destacar que la participación de los municipios del departamento en los recursos nacionales para la atención social ha sido proporcional al índice de NBI y la evolución de número de habitantes. Por ejemplo, en los municipios de Quibdó, Acandí, Alto y Bajo Baudó, Bojayá, Condoto, Istmina, Riosucio, Tadó, Carmen y Ungía, se concentra el 60,75% de la población, el 80,24% de NBI y el 45,95% de los recursos transferidos por el Gobierno Central Nacional para salud. (P.11) (Mora, 2005)

La afiliación al régimen subsidiado pasó de 146.917 personas en 1998 a 225.786 personas en 2004 haciendo notorio un crecimiento del 53,68%, la tasa de desempleo se incrementó en 3 puntos porcentuales en los años 2003 y 2004 con 3.786 desempleados y la tasa de ocupación disminuyó en 4,5 puntos es decir existían 17.527 empleados para la época, el 80% de la población ocupada y subempleada trabajan en el mercado informal de la economía; debido a los bajos ingresos que reciben, no cotizan al régimen contributivo de salud, por ende y conectado con el régimen contributivo, de cada 100 personas solo 11 están afiliadas a este régimen que refleja lo complejo del mercado laboral. (Mora, 2005)

Quibdó concentra el 86% del total de afiliados al régimen contributivo, lo cual demuestra que las relaciones laborales en los demás municipios del departamento son desreguladas y hay una escasa presencia de EPS en estos sitios. Chocó presentó un menor avance en cobertura frente al resultado total del país, a pesar de que su indicador de cobertura entorno a la población total creció más de 10 puntos entre de 2001 y 2004, al pasar de 45,23% a 59,42% igualmente 168 mil personas (40,58%) permanecen por fuera del sistema, y no se espera un avance en temas de empleo en los próximos 10 años, las EPS están en desventaja frente al Seguro Social porque no tienen una

presencia directa en el departamento del Chocó con IPS propias y por esto sus afiliados deben acudir al Hospital San Francisco de Asís para la consulta con especialistas y para cirugías de segundo nivel, el balance presupuestal para este presente déficits constantemente, únicamente subió para el 2004. (Mora, 2005)

En contraste a la información anteriormente brindada y a modo de revisión de avances en materia de salud para el 2015 se tienen unos indicadores favorables, según (ENDS 2015, 2015) Colombia tuvo la mejor tasa de embarazo adolescente en los últimos 20 años puesto que el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo/hija disminuyó pasando de un 19,5% en el 2010 a un 17,4% en el 2015, además es importante anotar que este descenso en el porcentaje se dio en todos los aspectos (edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza) .

La tasa nacional de fecundidad ha disminuido de 2,1 hijos por mujer en 2010 a 2 hijos por mujer en el 2015, en los últimos 5 años accedieron a la educación superior 33,5% mujeres, sin embargo, la mortalidad infantil tuvo un aumento a comparación del año 2010 pues para el 2015 se ubica en 14 por mil nacidos vivos, lo que no deja de ser paradójico comparado con los resultados de la ENDS del 2010. En la actual, se obtuvo un aumento con respecto al número de visitas prenatales de control: el 92% obtuvo 4 visitas prenatales o más hablando de zona urbana, mientras que en zona rural el porcentaje con las mismas condiciones es de un 83%. (ENDS 2015., 2015)

Siguiendo con los resultados arrojados por la ENDS, el 17,0% de las mujeres abandonó sus estudios porque quedó en embarazo, 19,2% en zona rural y 16,1 en zona urbana; el 9,8 de niños nacidos en los últimos cinco años murió en el transcurso del primer mes de vida, el 15,8% en el

primer año de vida y el 18,7% durante los 5 primeros años de vida. En esta parte cabe resaltar el bajo resultado que han tenido estrategias o políticas públicas como De Cero a Siempre para impedir la mortalidad infantil en estas etapas de la niñez ya que sus objetivos estaban encaminados a garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los niños, asegurando que estos puedan desarrollar integralmente su primera infancia de acuerdo con su contexto y condición, para ayudar a llevar a cabo normativas internacionales en cuanto a la erradicación de la pobreza y mortalidad. (Castro & Vizcaino)

En cuanto a fecundidad el rango de hijos en mujeres de 13 a 19 años es de 13,8%, entre 15 y 19 años es de 24,8% en zona rural y 15,1% en zona urbana, añadiendo que el 17,4% de las mujeres de 15 a 19 años ya es madre o está embarazada del primer hijo; el 80,9% de las mujeres entre 13 y 49 años usan algún anticonceptivo, sin embargo, solo el 11,2% de las mujeres entre 13 y 49 años han accedido a un promedio de temas sobre sexualidad. (ENDS 2015, 2015)

Ahora si se ven los indicadores del departamento señalados por (ENDS 2015, 2015) encontramos que la tasa de mortalidad infantil es de un 27,0 reduciendo 6 puntos comparando con el año 2010, la tasa de fecundidad (hijos por mujer) es de 3,4, el porcentaje de mujeres de 15-19 años madres o embarazadas del primer hijo es de 29,6, el de mujeres de 13 a 19 años alguna vez embarazada es de 23,8 lo cual nos demuestra de nuevo que los indicadores del departamento son más elevados que los del país, permitiéndonos observar que en temas de mortalidad infantil se avanzó en cuanto a estrategias de información de sexualidad y planificación pero continua siendo visible la dificultad de este departamento por impedir algunos de los factores de la mortalidad infantil como por

ejemplo el embarazado adolescente que repercute como una de las principales causas de la mortalidad materna y neonatal.

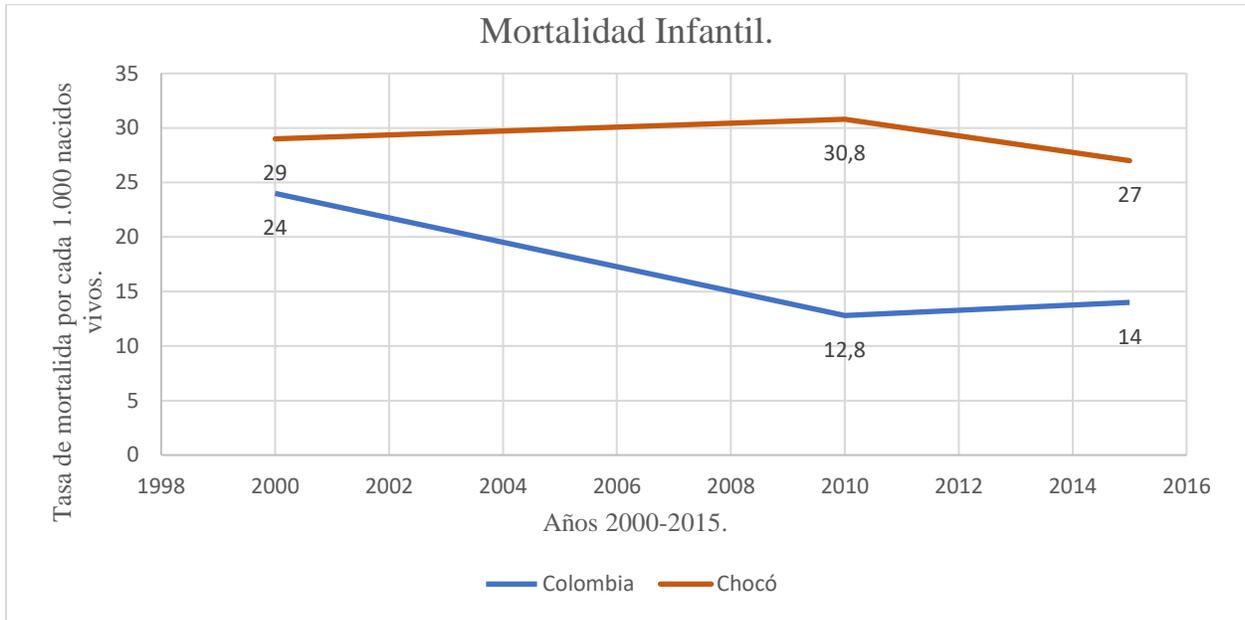


Figura 4. La figura ilustra la comparación entre la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos de Colombia y del departamento de Chocó, como un breve recuento de los datos importantes del apartado. (Autoría propia. 2019) Elaborada a partir de los datos del Ministerio de Salud y Protección Social, ENDS 2010, ENDS 2015.

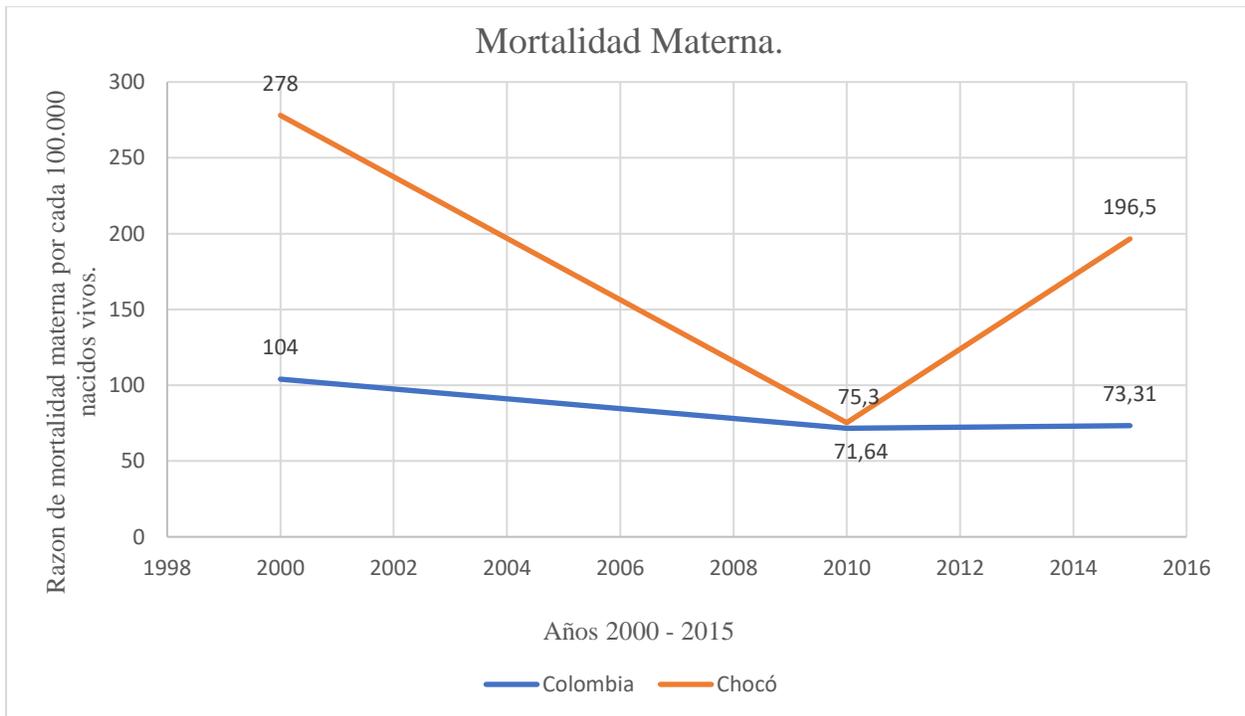


Figura 5. La figura ilustra la comparación entre la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos de Colombia y del departamento de Chocó, como un breve recuento de los datos importantes del apartado. (Autoría Propia.2019) Elaborada a partir de los datos del Ministerio de Salud y Protección Social, ENDS 2010, ENDS 2015.

Prácticas tradicionales:

Otro factor a tener en cuenta para el aumento de la mortalidad materno- infantil es la disminución de las prácticas culturales, más exactamente la partería, que aún se lleva a cabo en este departamento y es una práctica importante para la población, pues la forma en cómo se realiza el nacimiento es una conexión del ser que viene a la vida con su territorio y con la naturaleza, además de que antiguamente estaba ligada a otras prácticas posteriores al parto como por ejemplo la ombligada que consiste en poner residuos de materiales con las propiedades que la mamá quiere que su hijo posea. Un ejemplo de esto sería: para la fuerza moler las garras de un oso, para las facilidades con el dinero un poco de oro, etc. Lo cual conecta a las personas con su tierra y el cuidado de la misma, con prácticas del cuidado del niño y la madre anterior y posterior a su nacimiento, sabemos bien que la mortalidad infantil se da incluso después de los 5 años de vida, por esto las parteras se encargan de velar por estas tareas, con remedios tradicionales, recomendaciones ancestrales y cuidados de curación para las heridas tanto de la madre por su herida debida al parto como del bebe con su ombligo. (Gutierrez, 2013)

Pero ¿Cómo esto afecta a la mortalidad materno-infantil? El Sistema de Salud establecido se ha encargado de que las parteras de las comunidades indígenas y afro descendientes vean sus prácticas como algo poco higiénico, “atrasado”, poco moderno, y sobre todo peligroso, percepciones que se hacen evidentes en el discurso de las parteras cuando se les pregunta sobre su contacto con

profesionales de la salud en el área de atención de partos, y también en el discurso de los mismos profesionales haciendo alusión a que “la entidad no se puede dar el lujo de singularizar el servicio en razón de la diversidad de creencias”. (P. 176) como lo dice Andrea Salazar, médica encargada del área de maternidad en el Hospital Departamental San Francisco de Asís. 8 de abril de 2013. Quibdó-Chocó. En (Gutierrez, 2013)

El problema con lo anterior es que el Sistema de Salud no tiene en cuenta y no publica sus mismas deficiencias, como: los altos costos de acceso, las escasas vías de acceso y los pocos recursos destinados, las cuales pueden ser de alguna forma subsanadas por las practicas tradicionales, esto demostrado por las palabras de parteras que expresan como los funcionarios de este sistema les dicen que continúen con su ayuda realizando partería a pesar de siempre haber expresado su deslegitimación por medio de un discurso “respetuoso” en donde se comunica que es entendible la diversidad de creencias y culturas pero que **no** se puede prestar un servicio diferenciado por tales motivos.

Entrevista

Acá a mí me han llamado del hospital porque este conocimiento a veces no lo tienen los médicos. Una vez una niña que disque llevaba 7 años de experiencia venía el bebé de cabeza y lo cogió de las piernitas y lo jaló y claro le dañó la cabeza. ¡Imagínese! acá en el hospital a veces les dañan los brazitos o las piernas porque vienen y no los saben recibir.

²⁴ *En la última reunión que tuvimos el médico nos dijo: Bueno, ustedes no van a partear más porque ya está el centro y ustedes ya han parteado bastante, pero para una emergencia no se me vayan a quitar.* (Gutierrez, 2013) Entrevista citada a Delfina García.

20 de marzo de 2013. Quibdó- Chocó. Entrevista citada a Juana Francisca Moreno.

Es notorio que debido a las dificultades de acceso a la salud las prácticas como la partería se vuelven esenciales para evitar mayor índice de mortalidad materno-infantil, pero, ¿Quiénes son atendidas por parteras a la hora de dar a luz?, las mujeres alejadas del único hospital de nivel 2 en todo el departamento, al cual no es fácil acceder si se encuentra lejos del casco urbano (la mayoría de la población), teniendo en cuenta las olvidadas carreteras del mismo departamento que no hacen que el desplazamiento sea rápido, se desprestigian las tradiciones por medio de actividades realizadas por el Sistema de Salud pero sin ellas la mortalidad-materno infantil tendría un indicador aún más elevado ya que la problemática no es cubierta por el mismo sistema.

Samuelson plantea como se cita en (Finot, 2001) que a medida que las comunidades adoptan autónomamente sus decisiones estas coinciden con preferencias colectivas diferenciadas y preferencias individuales, lo que hace reflexionar en torno a que lo ideal para que la provisión descentralizada de servicios sea más eficiente que la centralizada es que exista una demanda geográficamente diferenciada de cada servicio para que cada ciudadano contribuyera en función del beneficio que recibe con aportes de lo que para el grupo poblacional es importante, (P.29) por ende los servicios descentralizados funcionarían mejor que los centralizados ya que corresponden a demandas de los pertenecientes al territorio los cuales son los que viven y conocen las necesidades de la población, cosa que no se evidencia con la deslegitimación de las prácticas y saberes de las comunidades.

Borja como se cita en (Finot, 2001) plantea que a pesar de que la descentralización tuvo aires progresistas en su momento, actualmente es poco eficiente desde lo económico, injusta desde lo social e inaceptable desde el punto de vista político, ya que dio paso a las oligarquías económico sociales, generando expropiación política de las clases populares y medias (P.33), no cumpliendo sus metas de participación y decisión ciudadanas, además de no velar por la eficiencia de los derechos fundamentales de las distintas poblaciones territoriales, dividiéndolas por importancia de territorio para las oligarquías anteriormente nombradas.

Para complementar y profundizar la ayuda que pueden brindar las parteras en comunidades en las que son recibidas debido a la distinción de creencias (Oviedo, Hernandez, Mantilla, Arias, & Flores, 2014) investigadoras de la universidad de Antioquia exponen: que en Colombia existen para el 2013 89 grupos étnicos, los cuales constituyen aproximadamente el 2% de la población total nacional, y 82 diferentes lenguas que aún perviven, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), en el año 2005 se contaba con 892.631 indígenas distribuidos en 81 pueblos, para el caso del departamento del Chocó habitan 52.062 distribuidos en cinco etnias dentro de las cuales se incluyen los pueblos Embera y Wounaan que tienen una serie de tradiciones en el cuidado durante el proceso de gestación.

En los pueblos Embera y Wounaan no se acostumbra a realizar controles periódicos de salud durante el embarazo, sin embargo, se identificaron dos momentos en los cuales acuden: cuando consideran que la gestante está enferma y cuando se acerca el momento del parto, el hombre toma la decisión de buscar inicialmente ayuda con la medicina tradicional, pero no es usual que por el embarazo los médicos tradicionales revisen a la mujer, en la comunidad hay jaibana (Quien revisa

a la mujer y determina si la enfermedad puede ser tratada desde la medicina tradicional o amerita enviarla a atención desde la medicina occidental), algunas mujeres que son atendidas por el jaibana pasan por un tratamiento una sola vez durante el embarazo, para que el jaibana vea si tiene algún jai (enfermedad espiritual) tanto el bebé como la mamá, le hace masajes en todo el cuerpo, le toca la barriga, cantan y con eso cuidan a las embarazadas y a los niños, porque son perseguidos por espíritus malos; el tratamiento que hace el jaibana es para que no aborte, le dan un tratamiento de chontaduro en jugo cocinado, cuando la enfermedad es del espíritu requiere ser atendida por parte de la medicina tradicional, es así como el jaibana y el tonguero trabajan juntos, el primero realiza cantos sanadores y el segundo ve el estado del espíritu, este rito puede durar entre ocho y doce horas, “Si la mujer embarazada siente dolor, entonces el jaibana canta con el espíritu y ahí dice si es enfermedad occidental o no y la manda a control, y si es del espíritu la cura con plantas”. (Oviedo, Hernandez, Mantilla, Arias, & Flores, 2014)

El trabajo de los médicos tradicionales es reconocido por la comunidad con mercado, alcohol y tabaco, cuando se acerca el momento del parto: en las comunidades cuentan con parteras, quienes son las encargadas de apoyar a la gestante, estas solo las asisten cuando son buscadas o llamadas ya sea por el padre o por la misma mujer, específicamente la partera realiza actividades para determinar la posición del bebé, acomodarlo para ayudar a un buen parto y en algunas ocasiones lo asiste solo cuando se presentan dificultades al momento del parto, porque usualmente las mujeres tienen sus hijos solas, cuando la partera identifica problemas durante el embarazo, avisa al gobernador de la comunidad para que la mujer sea llevada a atención por parte de la medicina occidental, si la mujer aborta la partera dará recomendaciones para que no vuelva a pasar,

demostrando así la confianza y el vínculo creado entre la comunidad indígena y la partera que no existe actualmente entre la comunidad y la medicina occidental.

Entre los obstáculos que se dan para que las mujeres no asistan a la medicina occidental están: que el hombre es quien decide si la lleva o no, ellos tienen resistencias porque durante la atención las mujeres son examinadas y deben mostrar su cuerpo lo cual no es aceptado desde su cultura, a las mujeres esto también las intimida y no las hace sentir cómodas pues dicen que les mandan a quitar la ropa para ver su cuerpo el cual ni el marido conoce, también expresan temor en asistir al servicio médico, dado que han tenido experiencias donde a las mujeres les han realizado cesárea y esto no es aceptado en las comunidades lo cual generaría rechazo, cuando el papá del niño no se encuentre en la comunidad, la mujer debe buscar un hombre que la represente y de esta manera pueda acudir al servicio de salud. (Oviedo, Hernandez, Mantilla, Arias, & Flores, 2014)

El Sumak Kawsay.

Por último, pero definitivamente una cuestión importante para el desarrollo del presente artículo y para entender la relación del Sumak Kawsay con el sistema de salud y la mortalidad materno infantil se hará una breve explicación del Sumak Kawsay a través de 3 exponentes, Eduardo Gudynas, Boaventura De Sousa Santos y Alberto Acosta.

Eduardo Gudynas (Gudynas, Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo, 2011) plantea que el Sumak Kawsay es una manifestación del Buen vivir, un concepto en construcción que a pesar de su pluralidad es una propuesta compartida, el cual vela por el reconocimiento, social, cultural, y la relación entre la sociedad y la naturaleza, que además aborda distintas críticas al desarrollo

(occidental) desde diferentes miradas, una de ellas son las reformas sectoriales (en este caso específico se manejara con la reforma del sector salud), esta propuesta se interesa por el desarrollo social más allá de un aspecto netamente económico y material, y reivindica los saberes tradicionales visibilizando su pérdida lo cual repercute en el mismo desarrollo social.

Propuesta importante para la reivindicación de las costumbres tradicionales y del momento del parto ya que defiende la conexión del ser que está por nacer con la naturaleza y su territorio, y como esta conexión puede lograr un desarrollo distinto al occidental que no por ser distinto es malo, simplemente es diferente, el reconocimiento cultural no es únicamente conocer la existencia de otras costumbres sino ver en la diferencia la oportunidad, el aprendizaje, y para este caso específico la mejora.

Por otra parte, Boaventura De Sousa Santos expone que los Indígenas y los Afro descendientes han sido invisibles para toda teoría de desarrollo postulada a lo largo del tiempo validando con esto la importancia que tiene el conocimiento popular y dándole el mismo valor que el conocimiento teórico y/o el científico, el Sumak Kawsay para Boaventura es un concepto en donde todos ganan, contrario de lo que es hoy el sistema occidental donde unos pierden para que otros puedan ganar, es una cosmovisión que construye interrelaciones, interrelaciones que serán de suma importancia para ayudar a la mejora del sistema de salud actual y para conseguir una unión entre lo pedido y lo brindado en materia de salud en este caso para el territorio chocono, entre lo tradicional y el desarrollo occidental, con lo anterior se puede decir que el Sumak Kawsay ayuda a desarrollar democracia participativa, el dialogo de saberes, el conocimiento y la inclusión. (De Sousa Santos, 2010)

Para cerrar Arturo Acosta propone que nos encontramos en una crisis de múltiples facetas, estas facetas son políticas, económicas, sociales y en las que se centra este artículo: culturales, según Acosta lo que se puede y debe hacer para la superación de esta crisis es encontrar alternativas democráticas (sin importar si son o no convencionales), pues a pesar de que la presencia del estado es fundamental para la solución a la crisis no es la única presencia que debe existir, es primordial dar paso a la búsqueda de alternativas porque hay un gran paso del hacer resistencia al buscar las alternativas para solucionar el problema, el proceso de búsqueda de estas alternativas debe ser llevado democráticamente ya que si no lo es el resultado por consiguiente tampoco será democrático. (Acosta, 2010)

Consideraciones:

De acuerdo a la información analizada en este artículo se puede avanzar en algunas conclusiones en torno a los temas tratados:

El objetivo de la descentralización no se ha cumplido del todo en el sector de la salud, pues aunque este sistema plantee que los ciudadanos pueden elegir las entidades prestadoras de salud esto no sucede, el régimen subsidiado somete a una asignación de la entidad que les prestara el servicio y el régimen contributivo cuenta con pocas EPS (empresas prestadoras de salud) de buena calidad para elegir; tampoco se ha generado un espacio de dialogo (más que la acción de tutela) para asegurar que el derecho a la salud sea cumplido como corresponde, pues este no asegura el cumplimiento de las necesidades de la población y mucho menos según características especiales

como se evidencia en los casos de los afros e indígenas del departamento de Chocó con las peticiones acorde a sus prácticas tradicionales, pues la forma en que se llevó a cabo el proceso descentralizador creó una suerte de Sistema igualitario sin distinciones, que no es apto para minorías y población en condiciones especiales que deben ser protegidas, según lo plantea la Constitución Política de Colombia:

Artículo 246. Las autoridades de los pueblos indígenas podrán ejercer funciones jurisdiccionales dentro de su ámbito territorial, de conformidad con sus propias normas y procedimientos, siempre que no sean contrarios a la Constitución y leyes de la República. La ley establecerá las formas de coordinación de esta jurisdicción especial con el sistema judicial nacional. (Constitucion Política de Colombia 1991, 1991)

Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana. (Constitucion Política de Colombia 1991, 1991)

Artículo 8. Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación. (Constitucion Política de Colombia 1991, 1991)

La forma de gobierno no dota a los municipios y departamentos con suficiente autonomía para llevar a cabo la prestación correcta del servicio, los recursos son manejados de forma desfavorecedora, y hay vacíos normativos que contribuyen al no desarrollo del proceso descentralizador, pues existe un agotamiento institucional originado en el deseo de obtención de los derechos y el aseguramiento de una estabilidad económica, fortalecido por relaciones de

beneficio entre sectores políticos institucionales y actores empresariales, dejando al Estado sin instituciones y desdibujando su razón de ser, influyendo así en la toma de decisión de quienes disponen del poder, transformando las políticas públicas en alternativas poco eficientes y adicionando la indiferencia de la sociedad civil.

El Sistema General de Participaciones presenta trabas para la autonomía de cada entidad territorial, pues se han establecido reformas constitucionales para evitar el déficit fiscal lideradas por el gobierno central, que impusieron un control fiscal territorial, limitando la determinación de los tributos territoriales imponiendo porcentajes y continuando con el manejo de estas competencias por parte del Congreso de la Republica, condicionando a la descentralización desde el gobierno central.

El Sistema de salud establecido tiene problemas en cuanto a cobertura, pues presenta dificultades de acceso debidas a lo económico, lo cultural y lo geográfico, la poca información transmitida a los usuarios no es suficiente para que se enteren de sus derechos y deberes, es un sistema poco inclusivo que deja de lado la incorporación de conocimientos de otras culturas, no hace diferenciaciones y carece de centros de salud con instrumentos para dificultades médicas (como el parto), esto ligado a la inflexibilidad presupuestal expuesta en el anterior párrafo y la necesidad de modificar la descentralización para que esta encuentre soluciones diferenciadas de acuerdo a las necesidades de cada región.

La mortalidad materno-infantil presentada en el departamento del Chocó indica que, a pesar de ser una problemática necesaria a tratar, no ha tenido las herramientas suficientes para su disminución,

pues la situación continua igual o incluso peor por la escasa mejora del Sistema de Salud en este aspecto, demostrada en las cifras de mortalidad infantil suministradas por la ENDS en el periodo 2010-2015 donde nos indican que la mortalidad infantil para el 2010 fue de un 12,8 por cada mil nacidos vivos y para el 2015 de 14 por cada mil nacidos vivos (como se pudo ver en la figuras 3 y 4).

Las soluciones alternativas son rezagadas por el sistema establecido, imponiendo una perspectiva única de los procesos de salud, irrespetando costumbres y culturas bajo un discurso de “comprensión” y “respeto”, dejando sin espacio al dialogo de saberes sin importar las normas constitucionales que protegen la diferencia de costumbres y culturas, poniendo en evidencia la falta de articulación del sistema de salud establecido descentralizada mente con las competencias “diferenciadas”; olvidando el porcentaje de población indígena y afro descendiente en Chocó, sus costumbres y tradiciones e ignorando la ayuda que estas pueden brindar a la disminución de la mortalidad materno-infantil.

Es allí donde el Sumak Kawsay Juega un papel clave pues habla de una noción de construcción de relaciones, diálogos y saberes, apostando por el conocimiento y la igualdad, noción que, por las consideraciones escritas anteriormente, aportaría a las acciones mal llevadas de la descentralización en el sistema de salud, ayudando a la disminución de problemáticas como los problemas de mortalidad materno-infantil causados por la desigualdad y rezago de otras perspectivas menos occidentalizadas, combatiendo las ideas subjetivas y centralizadas, dando paso a la importancia de la diversidad y diferenciación.

Desde esta perspectiva, se puede decir que los autores que tratan el Sumak Kawsay ayudan a comprender como este aportaría al sistema de salud, iniciando con la lucha por evitar la pérdida de saberes tradicionales, para la consecución de un sistema de salud más abierto a ideas que, aunque poco comunes son significativas, por razones culturales, geográficas, etc. Además de proporcionar una interrelación para entrelazar saberes y culturas, para la prestación de un servicio diferenciado que se torna necesario en los casos de departamentos como Chocó, desde el dialogo y la participación; y por último la importancia que tiene la solución de la crisis cultural del sistema de salud en mortalidad materno-infantil y la búsqueda de alternativas para solucionarla, que aunque ya están presentes (el parto asistido por parteras y el dialogo de saberes científicos y tradicionales) son segregadas y pasan de ser alternativas a resistencias.

Bibliografía

1. Acosta, A. (2010). Respuestas regionales para problemas globales. *Sumak Kawsay/Buen vivir y cambios civilizatorios*, 89-103.
2. Arango, G., Lopez, M., Fernandez, S. Y., Arbelaez, M. P., & Gomez, G. (2004). Política de descentralización en salud y respuesta social. El caso de una región colombiana*. (22). Antioquia.
3. Bernal, O., & Gutierrez , C. (Noviembre de 2012). La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones. *Ediciones Uniandes*.
4. Castro, A. L., & Vizcaino, J. R. (s.f.). Atención integral: Prosperidad para la Primera Infancia. De Cero a Siempre. 28. Colombia.
5. Constitución Política de Colombia 1991. (1991).
6. De Sousa Santos, B. (2010). La hora de l@s invisibles. *Sumak Kawsay/Buen Vivir y Cambios civilizatorios*, 13-25.
7. ENDS 2015. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 430.
8. ENDS 2015. (2015). ENDS 2015. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.
9. Finot, I. (2001). Descentralización en América Latina: teoría y práctica. *Gestión Pública*.
10. Gudynas, E. (Febrero de 2011). Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo. *América Latina en Movimiento*(462), 20.
11. Gudynas, E. (28 de Febrero de 2011). Buen vivir: Germinando alternativas al desarrollo.
12. Gutierrez, A. (Agosto de 2013). Ombligada y parteras en las poblaciones negras del medio Atrato. (E. Restrepo, Ed.) *Revista de Estudios Pacifico Colombiano*(2), 233.

13. Hernandez, A., & Barreto Nieto, L. H. (16 de Febrero de 2018). Resumen Ejecutivo. Descentralizacion y Finanzas Territoriales.
14. Lizcano, E. O. (2015). Colombia y el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio a la salud materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia*, 66(2).
15. Ministerio de Salud y Proteccion Social, Direccion de Epidemiologia y Demografia, Grupo ASIS. (2013). Análisis de Situación de Salud Según regiones Colombia. Colombia.
16. Molina, G., & Spurgeon, P. (2007). La descentralizacion del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde multiples ambitos. *Gestion y Politica Publica.*, XVI(1), 32.
17. Mora, J. M. (Noviembre de 2005). Monitoreo al sistema de salud en el departamento del Chocó: 1998-2004. *Monitoreo al sistema de salud en el departamento del Chocó: 1998-2004*. Medellin, Colombia.
18. Naciones Unidas. (2010). *Informe de Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
19. Ocon, S. G., & Saavedra, L. L. (Febrero de 2013). El estado de los servicios descentralizados en América Latina. Una perspectiva comparada. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. (55), 17.
20. Oviedo, M., Hernandez, A., Mantilla, B., Arias, K., & Flores, N. (Mayo-gosto de 2014). Comunidades Embera y Wounaan del departamento de Chocó: practicas de cuidado durante el proceso de gestación. *Re. Fac.Nac. Salud Publica*, 32(2), 9.
21. Perez, I. J. (s.f.). Evaluacion de la descentralizacion en salud en Colombia: Inicios de una decada. *Evaluacion de la descentralizacion en salud en Colombia: Inicios de una decada*. Bogotá, Bogotá, Bogotá.
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 20 de Abril de 2019, de : https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
23. SENTENCIA T-720 de 2008 (31 de Julio de 2008).