

Percepciones, conocimientos y actitudes de diferentes organizaciones basadas en la fe frente a su participación en la formulación del Plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla (Colombia), 2015

Perception, knowledge and attitudes from different faith based organizations about their participation in the design and postulation of the 2015 district of Barranquilla (Colombia) Territorial Health Plan

Marta Hernández¹, Wendy Bueno Ariza², Adriana Cantillo De la Cruz³, Nacira Caro Osorio⁴, Verónica Castro Bocanegra⁵, Mayra Escaf Vergara⁶, Jorge Jiménez Mesino⁷, Lina Navas Bornacelli⁸, Alexis Ramos Blanco⁹, Dairo Santana Beltrán¹⁰, Orlando Silvera Tapia¹¹

¹ ND Doctora en Salud Pública. Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York.

² Médico General, Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia).

³ Química Farmacéutica. Director técnico de Servicios Farmacéuticos Vital Salud IPS. Barranquilla (Colombia).

⁴ OD. Especialista en Gerencia de los Servicios de Salud y Auditoría. Gerente regional de Davita SAS. Colombia.

⁵ Instrumentadora quirúrgica. Docente universitaria. Coordinadora de Proyección Social CURN. Cartagena (Colombia).

⁶ Bacteriología. Especialista en biomedicina molecular. Vigilancia en salud pública, profesional especializado. Secretaría Distrital de Salud. Barranquilla (Colombia).

⁷ MD. Especialista en Auditoría de servicios de salud. Gerente Hospital de Repelón (Atlántico, Colombia).

⁸ Bacterióloga. Clínica Santana. Baranoa (Atlántico, Colombia).

⁹ MD. Especialista en Epidemiología. Coordinador de gestión del riesgo. Comfamiliar Eps-s. Cartagena (Colombia).

¹⁰ MD. Especialista en Gerencia de los servicios de salud. Gobernación del Atlántico.

¹¹ OD. Especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Gerencia Financiera. Gerente de Vital Salud IPS. Barranquilla (Colombia).

Correspondencia: Marta Hernández. Dirección residencial: 15 Hill Ave. Elmont, NY. 11003 purruqueta@hotmail.com

Resumen

Al revisar el Plan de Salud Territorial de Barranquilla no se encuentra evidencia de la participación de organizaciones basadas en la fe (OBF) en el diseño del mismo, aun cuando estas son parte representativa de la población y se perciben a sí mismas como conocedoras de la situación de salud pública y promotoras de acciones encaminadas al mejoramiento de la salud de las comunidades a que sirven. Por ello la cohorte de estudiantes de la sexta promoción de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Norte decidió dar a conocer esta reflexión con objeto de motivar a las diferentes instancias gubernamentales a evaluar la iniciativa de inclusión de representantes comunitarios en las mesas de participación. Esperamos también que esta reflexión motive a las organizaciones no gubernamentales basadas en la fe a que examinen y reconozcan la importancia de su participación en las mesas de trabajo convocadas por el sector público con el fin de lograr una integración que permita una mejor coordinación de acciones de promoción, planeación, implementación y sostenimiento de proyectos orientados al mejoramiento de la Salud Pública en el distrito de Barranquilla.

Palabras clave: comunidad, salud pública, religión, participación comunitaria, organizaciones de fe.

Abstract

A review of the Barranquilla Territorial Health Plan shows no evidence of involvement of faith based organizations (FBOs) in its design and implementation, even though they are community based organizations that see themselves as knowledgeable of the public health situation in their communities, and as promoters of actions aimed at improving the health of the community they serve. Therefore, the Universidad Del Norte Public Health Master students (sixth cohort) and their professor decided to deliver the following reflection in order to motivate the various government agencies to examine their Territorial Health Plan implementation, particularly the community-based organizations participation component. In addition, we hope to motivate faith-based organizations to examine and recognize the importance of their participation in the working groups convened by the public sector, in order to achieve an integration aiming to better coordinate activities associated with the promotion, planning, implementation and sustainability of Public Health projects in the District of Barranquilla.

Keywords: community, public health, religion, community participation, faith based organizations.

INTRODUCCIÓN

Barranquilla se encuentra localizada en el vértice nororiental del departamento del Atlántico, sobre la orilla occidental del río Magdalena, a 7,5 km de su desembocadura en el océano Atlántico; zona considerada estratégica del Caribe (1). Su posición geográfica ha permitido el asentamiento de inmigrantes, debido a lo cual es una ciudad con diversidad de creencias religiosas, aun cuando predomina el catolicismo como religión.

En Colombia, la diversidad de culto y creencias religiosas es considerada un derecho constitucional (2). Según documento publicado en 2012, el 80 % de la población en Colombia es católica. Por otra parte, se plantea que “la población no católica consta de cinco millones de Protestantes Evangélicos, 26 1000 Adventistas del Séptimo Día, 150000 miembros de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones), 10 000 musulmanes y 5000 judíos” (3).

Según estadísticas del DANE, la población de Barranquilla para 2015 es de 1218475 habitantes (4). Según la Arquidiócesis de la ciudad, existen 116 parroquias (5) y 505 iglesias no católicas registradas con personería jurídica ante el Ministerio del Interior (6). Sin embargo, según datos suministrado por un representante de la Asociación de Ministros del Atlántico (AMA), *“se estima que el número de Organizaciones de Fe no católicas es de aproximadamente 800, y agrupan aproximadamente 100000 fieles”*.

Con respecto a la situación de salud de Barranquilla, las causas que tienen mayor peso en la mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 140.1; seguida de *“Las demás causas”* (129.2) y las neoplasias (83.5). Cabe resaltar que la mortalidad por enfermedades transmisibles se ubica como la cuarta gran causa de mortalidad en el distrito, 37.9×100.000 . Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil es de 15.2 por cada 1000 nacidos vivos; la mortalidad materna es de 50.2 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos y la mortalidad en la niñez (menores de 5 años) de 17 por cada 1000 nacidos vivos (7).

Las organizaciones religiosas u organizaciones basadas en la fe (OBF) son organizaciones vinculadas con la religión y servicios sociales al público y se caracterizan por el papel que desempeñan con respecto a servicios de salud en las comunidades (8). Además, desde la fe o doctrina que profesan aportan valores que permiten la construcción de un ser integral.

Históricamente han funcionado como proveedores de servicios sanitarios y sociales, especialmente para los más desfavorecidos e indigentes, y deben ser involucradas como socios en el 100% de las actividades de salud (9). *“Tales organizaciones incluyen congregaciones religiosas y organismos coordinadores, además de organizaciones no gubernamenta-*

les (ONG) basadas en la fe (denominacionales, interdenominacionales o interreligiosas) que participan en actividades relacionadas con la salud comunitaria” (10).

Datos reportados por la literatura muestran que la asociación entre los entes gubernamentales y organizaciones religiosas contribuye positivamente en la promoción, prevención y reducción del riesgo de enfermedades en las comunidades que lideran estas organizaciones (11).

En entrevistas realizadas a líderes de las OBF en el distrito de Barranquilla manifiestan que estas organizaciones se perciben excluidas de la implementación y sostenimiento de programas de salud, por la poca o nula participación que se les otorga. Sin embargo, se evidencia la realización de actividades en salud que incluyen la provisión de recursos para cubrir necesidades básicas (alimentación, vivienda vestido, entre otras) hasta la realización de campañas masivas de salud en las comunidades que lideran.

No obstante, se identifica que son actividades que se realizan de manera aislada entre las distintas OBF, los programas de salud del distrito y los entes territoriales en salud.

En Colombia y en Barranquilla poco se conoce sobre la participación de las OBF en el diseño, implementación y sostenimiento de los programas de salud; a la fecha no se encontró un documento oficial que permitiera conocer esta situación.

Conscientes del poder de movilización que ejercen este tipo de organizaciones y motivados por conocer la percepción de las OBF con respecto a su participación en Salud Pública en Barranquilla, los estudiantes de III semestre de Maestría en Salud Pública

de la Universidad del Norte en el primer periodo 2015 decidieron abordar esta temática y presentan una reflexión de las ventajas y desafíos que implica la participación de estas organizaciones en las decisiones relacionadas con el mejoramiento de la salud pública de la población de Barranquilla.

Este trabajo incluye además una lista de posibles acciones que viabilicen la participación de estas organizaciones comunitarias, respetando la diversificación de valores y creencias religiosas, en mesas de trabajo gubernamentales encaminadas a mejorar la salud pública del distrito de Barranquilla.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con el fin de vivenciar y tener una mirada más real de las políticas públicas, los autores tuvieron la oportunidad de desplazarse a varios barrios del distrito de Barranquilla para reunirse y entrevistar a representantes de organizaciones de fe.

Empleando una metodología cualitativa se realizaron entrevistas a siete diferentes grupos focales conformados por líderes o representantes religiosos.

Entre las comunidades de fe entrevistadas se encuentran: la Iglesia Adventista del Séptimo día, Iglesia Bautista, Iglesia Asambleas de Dios, Iglesia Evangélica, Salón del Reino de los Testigos de Jehová, Filiación Trinitaria e Iglesia católica.

A los representantes de estas organizaciones se les realizaron los siguientes cuestionamientos directos, independientemente de los originados en el transcurso de la conversación:

1. ¿Cuál es el diagnóstico de la situación en salud de la comunidad a la que pertenece la organización de fe?

2. ¿Qué actividades ha implementado la organización relacionadas con la salud pública?

3. ¿Cuáles han sido los métodos tenidos en cuenta para implementar las actividades relacionadas con la salud pública en su organización?

4. En caso de no existir actividades relacionadas con la salud, ¿cuáles cree usted que han sido las barreras para el desarrollo de estas?

5. ¿Cuál y como ha sido su participación, como organización de fe, en las mesas de trabajo para la planeación, implementación y ejecución de planes de salud territorial en el distrito de Barranquilla?

6. ¿Han realizado acercamiento con otras iglesias para unir fuerzas y realizar actividades conjuntas en salud?

Se realizó una revisión de la literatura de artículos originales nacionales e internacionales.

La participación voluntaria y el permiso para la grabación de las entrevistas en los casos necesarios fueron tomados en cuenta como aceptación del consentimiento informado.

RESULTADOS

Tomando como referencia la normatividad legal vigente, la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla planea y direcciona los programas y proyectos del sector salud de acuerdo con las políticas nacionales y locales, formulando estrategias que permitan la realización de los mismos en el llamado Plan de Salud Territorial.

Para la ejecución de este plan se hace necesaria la participación social; entendida como la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto (12).

Al revisar el listado de los actores claves involucrados en la realización del Plan de Salud Territorial del distrito de Barranquilla no se evidencia la participación de las OBF, sin embargo, se observa la intervención de otras comunidades; entre las cuales se pueden mencionar las juntas de acciones comunales y locales, asociaciones de usuarios, comunidades académicas, EPS, IPS, líderes y entes territoriales (13).

En Barranquilla, las OBF son instituciones que aún no tienen clara su participación en la formulación del Plan de Salud Territorial, y mucho menos en la implementación de estrategias establecidas en estos planes.

En el cuadro 1 se evidencian las percepciones, los conocimientos y las aptitudes que manifestaron los representantes y líderes entrevistados al dar respuestas a interrogantes realizados por el grupo investigador, basados en su concepción religiosa y su participación en las mesas de trabajo del distrito. Esta última en ocasiones nula.

En las respuestas es notorio el empoderamiento de los líderes de las organizaciones y su influencia en la comunidad, debido a que cada uno de ellos desde su posición y su doctrina puede motivar e incrementar la participación activa de los feligreses, generando además cambios de conducta y estilos de vida.

Cuadro 1. Preguntas a líderes de OBF y sus repuestas. Barranquilla (Colombia) 2015

CUESTIONAMIENTO	RESPUESTAS
1. ¿Cuál es el diagnóstico de la situación en salud de la comunidad a la que pertenece la organización de fe?	<p>Cada iglesia adventista tiene un comité de salud y los directivos de los comités son profesionales afines en el área de la salud. A nivel de nuestra congregación no tenemos mucha información; nos basamos en la situación de salud general, hipertensos... Antes teníamos un sistema informático que permitía identificar y la situación de salud de los miembros de la congregación; sin embargo, con la ley de protección de datos esto desapareció...</p> <p>Los bautistas no tenemos mucha información de la salud de la comunidad; nos hemos centrado en la parte social; por ejemplo, ahorita mismo tenemos un problema en esta comunidad, y es que quieren colocar una planta de esterilización, y la comunidad se ha pronunciado colocando afiches que dicen: "¡No a la planta de esterilización!". Sabemos los problemas de salud en general de la comunidad. Algunos tienen problemas de diabetes, presión alta, problemas de violencia intrafamiliar, pero no podemos decir datos exactos de cuántos son los que sufren de estas enfermedades.</p>
2. ¿Qué actividades ha implementado la organización relacionadas con la salud pública?	<p>Se realizan campañas en contra del tabaco, el alcohol, distribución de libros para el cuidado de la salud desde la concepción adventista... Además, existen promotores y directores de salud, y la información se difunde por medios de comunicación propios de la organización.</p> <p>Se realizan brigadas de salud en unión con las juntas comunales para barrios pobres. Con anticipación se realizan encuestas para conocer sus necesidades. Nuestra congregación se ha enfocado más en actividades de tipo social (arreglo de parques, capacitación de emprendimiento con el Sena). A nivel de salud no hemos trabajado mucho. Se han realizado brigadas de salud en los sectores vulnerables de la ciudad. Con misioneros norteamericanos se han realizado campañas de salud.</p>
3. ¿Cuáles han sido los métodos tenidos en cuenta para implementar las actividades relacionadas con la salud pública en su organización?	<p>Impartir educación en salud desde el temor a Dios.</p> <p>Las actividades se realizan de acuerdo a las necesidades de la población. Se trata de cubrir las necesidades de esa población.</p> <p>Existe en cada iglesia adventista un grupo de hermanas llamadas "Dorcás", que van hasta la comunidad y hacen encuestas e identifican las necesidades de las personas...</p>

Continúa...

CUESTIONAMIENTO	RESPUESTAS
4. En caso de no existir actividades relacionadas con la salud, ¿cuáles cree usted que han sido las barreras para el desarrollo de estas?	<p>No se pueden unir diferentes doctrinas porque existen barreras religiosas. Hay un celo con la doctrina</p> <p>En ocasiones las iglesias queremos hacer más por la comunidad, pero los recursos son pocos. Si se hace una brigada, se hace con apoyo de fundaciones norteamericanas.</p> <p>En Colombia no se cuenta con apoyos para las iglesias que quieran hacer brigadas de salud.</p>
5. ¿Cuál y cómo ha sido su participación, como organización de fe, en las mesas de trabajo para la planeación, implementación y ejecución de planes de salud territorial en el distrito de Barranquilla?	<p>Conocemos las mesas de participación ciudadana para el diseño de las políticas, pero desconocemos nuestro derecho a participar en ellas.</p> <p>No hemos sido notificados de forma general o específica acerca de las fechas en que se realizan las mesas de participación, y no se evidencian mecanismos de comunicación para informar de tales convocatorias.</p> <p>Si nos invitan, nosotros participamos en esas mesas de trabajo.</p> <p>No hemos tenido participación; tengo conocimiento que en Medellín sí se ha hecho, pero en Barranquilla no hemos participado, y este modelo no se aplica; esto es algo que se maneja a nivel de asociación de la iglesia, y hasta donde yo conozco, no hemos recibido invitación.</p>
6. ¿Han realizado acercamiento con otras iglesias para unir fuerzas y realizar actividades conjuntas en salud?	<p>Nunca se ha dado; sería desastroso y difícil porque hay grupos que son más tolerantes que otros y grupos más apasionados, podría generar conflictos; sin embargo, en Colombia hay una agremiación llamada CEDECOL que agrupa las organizaciones evangélicas de sana doctrina; ha sido muy bueno porque a nivel nacional se tiene presencia en el Ministerio del Interior, o incluso se tiene senadores que han podido ejercer alguna influencia a nivel político; por ejemplo, ahora con la ley de adopción de parejas homosexuales, la Iglesia se pronunció al respecto (la Iglesia católica y la evangélica); allí sí se vio una unión. La relación entre la Iglesia católica y la evangélica no es tan negativa; las relaciones son escasas, pero se aprovechan en situaciones como estas. Unir esfuerzos para lograr resultados. Y aunque cada organización tiene su sistema y su manera de llegar a la comunidad, sí es posible unir esfuerzos para hacer actividades conjuntas.</p> <p>No. Nunca hemos tomado la iniciativa. Las otras iglesias no tienen la perspectiva de la salud que tiene la Iglesia adventista. Otras iglesias no tienen la prioridad en salud. Es una percepción que se tiene de las demás iglesias.</p>

Algunas de las organizaciones de fe entrevistadas cuentan con algunos procesos de apoyo y acompañamiento en la realización de obras sociales pero no participan en mesas de trabajos, en las que deberían tener un espacio importante y privilegiado, pues a través de ellas se abarcaría un amplio porcentaje de la población y facilitaría la promoción de programas de salud y sostenimiento de intervenciones encaminadas al mejoramiento de la salud pública en el distrito.

Esta ausencia se debe al desconocimiento de aspectos normativos para la convocatoria

ymecanismos de participación social y/o ciudadana que tienen los líderes y feligreses, como lo establece el artículo 103 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 134 de 1994.

Muchas de estas instituciones realizan actividades de salud aisladas que no están relacionadas con estudios y análisis previos de las condiciones de salud de los habitantes de cada uno de los sectores donde se desenvuelven. Sin embargo, a pesar de que estas acciones no están enmarcadas en metodología alguna, ejercen un poder facilitador en procesos de

promoción de salud debido a su constante presencia y contacto con la comunidad a la que sirven.

Es necesario entonces visibilizar la falta de participación de las comunidades de fe en los procesos relacionados con los programas y estrategias de salud pública en Barranquilla y plantear, a su vez, la hipótesis que esta puede ser una oportunidad perdida para que el distrito logre la participación de unos aliados estratégicos en los procesos de mejoramiento de la salud pública de Barranquilla. En este sentido, y como bien se evidencia, existen antecedentes en otros países que ponen de manifiesto la conveniencia de la coordinación de acciones de promoción de la salud entre este tipo de organizaciones comunitarias y el Gobierno.

Un ejemplo clave es lo que sucede en países como Guatemala y Honduras, en donde una cantidad relativamente grande de OBF ha ofrecido albergues o cuidados de hospicio a personas que viven con el VIH, aunque las dimensiones y la calidad de los distintos centros varían. En estos países, las OBF también brindan orientación psicológica y espiritual, oración y atención para moribundos, grupos de apoyo y otras formas de atención(10). Por lo tanto, estas organizaciones son una fuerza viva con liderazgo dentro de la comunidad, capaz de movilizar voluntades en la consecución de los logros relacionados con la salud pública.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que durante la revisión bibliográfica para la realización de este artículo no se encontraron antecedentes de estudios similares a nivel nacional y local que permitieran realizar comparaciones al

respecto, la discusión se presentará entorno a los resultados encontrados y datos reportados en estudios internacionales.

Se encuentran experiencias significativas, como la iniciativa de Minnesota en la que la asociación entre organizaciones de fe, organizaciones sin ánimo de lucro y el Gobierno federal permite aumentar la tasa de vacunación de las poblaciones más vulnerable; utilizando para ello los espacios físicos de adoración de estas organizaciones con el fin de llegar a la población objetivo (14).

Y la experiencia en el Bronx, en Nueva York, en la que se movilizó a la Iglesia para el desarrollo de programas en salud mediante el empoderamiento y educación de los líderes religiosos en la promoción de la salud y gestión de riesgo de enfermedad (15).

Todas estas son evidencias, sin lugar a dudas, de que este tipo de modelos de asociación en salud pública impactan satisfactoriamente en la salud de las comunidades.

Lo anterior, comparado con los resultados encontrados en esta investigación, demuestra que las organizaciones de fe en el distrito de Barranquilla son una fuerza de movilización en la población que aún no ha sido explorada para alcanzar logros conjuntos en salud con los entes territoriales.

De acuerdo con las respuestas obtenidas de las entrevistas realizadas a los diferentes líderes religiosos, se evidencia la percepción que tienen acerca de su participación en los planes de salud del distrito. La gran mayoría respondió que no tiene vínculos con el Gobierno, se sienten “abandonados” pero con la gran convicción de que “si les brindaran el espacio que se merecen como líderes, serían

de gran ayuda en la construcción de nuevos procesos encaminados al bienestar de la comunidad en general”.

Se considera importante que exista asociación entre las atenciones en salud y las OBF porque acciones coordinadas amplifican las posibilidades de abordar un amplio espectro de las necesidades humanas (9).

En un estudio realizado por la Association of State and Territorial Health Officials se reporta que del 57 al 78% de las congregaciones estadounidenses participan en diversas actividades de salud o de programas de servicios sociales. Asimismo, el estudio indica que las alianzas entre los departamentos de salud y las organizaciones basadas en la fe pueden incluir una mejora significativa en el conocimiento de las enfermedades entre los miembros de una comunidad, la mejora de la conducta y cambios en los patrones de vida, ya que a través de estos se puede emitir la educación que permite a las personas las prácticas de los cambios de los estilos de vida(8).

El Plan de Salud Territorial es la herramienta básica con que el distrito de Barranquilla reorienta periódicamente las estrategias de intervención en salud; también se reconoce la ausencia de participación de las OBF en la construcción e implementación del mismo. De igual forma, la capacidad de movilización de estos líderes religiosos es un elemento importante que debe tener en cuenta la Secretaría de Salud Distrital, en su área de salud pública, para la coordinación de acciones de promoción y prevención relacionadas con la salud e incluso en la provisión de otros servicios asistenciales en calidad de apoyo y/o facilitador.

Se recomienda que el ente territorial propicie los espacios para que las OBF ubicadas en el distrito de Barranquilla se constituyan en una verdadera red, unidas para la sostenibilidad de la salud pública; de manera que al margen de sus diferencias doctrinarias se organicen para potenciar acciones que mejoren la salud pública en la ciudad de Barranquilla.

La construcción del Plan Territorial de Salud es el escenario adecuado para generar la confluencia de las diferentes organizaciones de fe alrededor de objetivos comunes de construcción de entornos saludables, que permitan elevar la calidad de vida de sus feligreses, de un lado, y por otro, la formación de nuevos líderes religiosos multiplicadores de las estrategias para el logro de una mayor cobertura poblacional de acciones de salud pública.

La Secretaría Distrital de Salud debería establecer el mecanismo para la efectiva y proporcional participación de las OBF; las cuales, además de agrupar una considerable población, tienen credibilidad entre sus asistentes. Es posible también que estas alianzas contribuyan a la disminución de costos asociados con la promoción de la salud.

Sin duda, los representantes del ente territorial no deberían desaprovechar estas instancias, que contribuirían grandemente a la reducción de desigualdades e inequidades para la construcción de un municipio saludable y competitivo.

Es probable que la unión de las OBF, por sus diferencias doctrinarias, se constituya en un verdadero reto para el distrito de Barranquilla. Cabe anotar que a pesar de las múltiples doctrinas, creencias y valores, estos modelos de alianzas han sido exitosos en otras naciones.

Desconocemos si existen otros factores que pudiesen estar interfiriendo en esta alianza en favor de la salud pública; sería interesante establecerlo mediante un estudio en otro escenario y que además se logre incluir y/o entrevistar a más líderes religiosos para que tengan la oportunidad de expresarse.

CONCLUSIÓN

Durante el desarrollo de este trabajo no se encontró evidencia que demuestre la inclusión y participación de las OBF en la toma de decisiones y diseño de políticas públicas en el distrito de Barranquilla.

Los participantes de las entrevistas compartieron su visión y postura desde su convicción religiosa, definiendo diferentes actividades que como comunidad realizan en su quehacer diario.

Se observó que si bien la mayoría de estas organizaciones desarrollan labores sociales y comunitarias, siguen un patrón similar, a pesar de la ausencia de comunicación y coordinación al momento de desarrollarlas.

Debido a esta falta de comunicación entre las OBF, no se ha podido realizar ninguna actividad conjunta que beneficie a un sector poblacional mayor. A pesar de que existe la Asociación de Ministros del Atlántico (AMA), la cual reúne a todos los representantes de las diferentes congregaciones de una misma denominación, este espacio no ha sido aprovechado para desarrollar propuestas comunitarias conjuntas, ni para acceder a las instancias de gobierno pertinentes para garantizar su participación en la toma de decisiones.

Existe un desconocimiento general acerca de su participación en salud pública, es decir, las organizaciones identifican las actividades que realizan como comunitarias, pero desconocen que el desarrollo de dichas acciones contribuye a la salud pública del distrito. No se identifican a sí mismas como promotoras de la salud pública de la ciudad de Barranquilla.

Se observó que algunos grupos religiosos minoritarios han ganado terreno en cuanto a cantidad de participantes y simpatizantes de su fe, pero aun esto no les ha generado ventajas en cuanto a su inclusión dentro de la toma de decisiones distritales.

No se hallaron documentos u otros estudios que describan diferentes aspectos relacionados con la participación de las organizaciones de fe, a nivel local ni nacional, en la promoción, implementación y sostenimiento de programas de salud. Tampoco se encontró evidencia que demuestre la coordinación de estos proyectos con entes gubernamentales. Por lo tanto, no fue posible comparar este análisis con información correspondiente a nuestro contexto.

Pretendemos que este artículo sirva de base para futuras investigaciones que permitan un análisis de la viabilidad de estas alianzas, y del impacto de estas en la implementación y sostenimiento de acciones relacionadas con la promoción y prevención de enfermedades.

RECOMENDACIONES

Por lo anteriormente expuesto se recomienda a las organizaciones de fe y a los entes territoriales:

1. Es necesario emprender acciones encaminadas al empoderamiento y trabajo coor-

dinado entre las organizaciones de fe y la Secretaría Distrital de Salud. Con el fin de implementar su participación en la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas distritales, posibilitando su participación en las mesas sectoriales de salud y en las actividades que desarrolla, y de esta manera generar una participación más plural y representativa de Barranquilla.

2. Se requiere promover la agrupación de todas las OBF de forma coherente, a partir de fines y objetivos comunes, generando espacios que permitan visualizar las acciones de salud pública e integrarlas con la agenda de salud territorial.
3. Desde la integración generada con las OBF unificar esfuerzos para facilitar la adopción de cambios en conductas no saludables en grupos vulnerables, basadas en valores, la convivencia y el diálogo social.
4. Explorar la creación de un ente que posibilite la comunicación entre el gobierno y las OBF que coordine las acciones de promoción y prevención de salud y que potencialice estas acciones en el marco de la APS, a través de actividades transectoriales que favorecerán el impulso de la estrategia más allá del sector salud.
5. Socializar con las OBF el documento o manual de "Participación y Control Social en el Sistema de la Protección Social", Módulo 7, del Ministerio de Salud para incrementar su participación en la concertación regional a través de las mesas de trabajo, y lograr con ello un mayor desarrollo humano.

Agradecimientos

El grupo de investigadores agradece a los líderes y representantes religiosos de las Iglesias Bautista "Restaurando las naciones", las Iglesias Adventistas del Séptimo día, las Iglesias Asambleas de

Dios, al presidente de la Asociación de Ministros del Atlántico (AMA), al líder de la Fundación Seres Vivientes y del Movimiento Living Up, y a la Iglesia Católica Transfiguración del Señor y en especial al Ministerio Ora en su presencia, por haber aceptado participar en este estudio a través de sus comentarios y valiosos aportes.

Responsabilidades éticas

Este artículo se enmarca en la regulación y la normatividad que dispone la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, considerando que deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad de los personajes incluidos en el estudio, así como la protección de sus derechos y su bienestar. Este estudio se ajusta a los principios científicos y éticos; se realizó porque el conocimiento que se pretende construir no puede obtenerse por otro medio idóneo; fue realizado por personas con el conocimiento y la habilidad necesaria para llevarlo a buen término. El estudio se clasifica como una "investigación sin riesgo", en el cual se empleó una técnica y método de investigación en los que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

Conflicto de intereses: no existe entre las partes involucradas para la redacción de este artículo reflexivo.

Financiación: Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York.

REFERENCIAS

1. Alcaldía de Barranquilla. Conoce a Barranquilla. Disponible en: http://www.barranquilla.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=118.
2. Colombia, Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 19. Bogotá, D. C., 1991.
3. Reporte sobre libertades religiosas en Colombia 2012. Resumen Ejecutivo. Pp 1-7. Disponible en: <http://photos.state.gov/libraries/colombia/231771/PDFs/Report>

- te%20sobre%20Libertad%20Religiosa%20en%20Colombia%202012.pdf.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>.
 5. Arquidiócesis de Barranquilla. Disponible en: <http://www.arquidiocesisbaq.org/parrquias?decanato=Medalla+Milagrosa>.
 6. Ministerio del Interior. Registro Público ARNC. Disponible en: <http://www.mininterior.gov.co/mision/asuntos-religiosos/registro-publico-de-entidades-religiosas>.
 7. Secretaría Distrital de Salud Pública de Barranquilla. Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud. Disponible en: <http://www.barranquilla.gov.co/salud/index.php>.
 8. Association of State and Territorial Health Officials. Partnerships to Reach At-Risk Populations. Disponible en: <http://www.astho.org/infectious-disease/at-risk-populations/at-risk-populations-fact-sheet-fbo/>
 9. National Center for Cultural Competence Georgetown University Child Development Center. Sharing a Legacy of Caring Partnerships between Health Care and Faith-Based Organizations. Disponible en: <http://nccc.georgetown.edu/documents/faith.pdf>
 10. Derose KP, Kanouse DE, Kennedy DP, Patel K, Taylor A, Leuschner KJ, Martinez H. El papel de las Organizaciones basadas en la fe en la prevención y la atención del VIH en América Central. California. RAND Corporation, MG-891-RC, 2010. Disponible en: <http://www.rand.org/pubs/monographs/MG891/>
 11. De Haven MJ, Hunter IB, Wilder L *et al.* Health programs in faith-based organizations: Are they effective? *American Journal of Public Health* 2004;94(6):1030-1036.
 12. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 1438 de 2011, de 11 de enero, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C.: El Ministerio; 2011.
 13. Secretaría Distrital de Salud Pública de Barranquilla. Plan de Salud Territorial 2012 - 2015. "Barranquilla Saludable". Disponible en: <http://www.barranquilla.gov.co/salud/index.php>
 14. Ruijs W, Hautvasr J, Kerrar Said, Van de Velden K, Hulscher M. The role of religious leaders in promoting acceptance of vaccination within a minority group: a qualitative study. *BMC Public* 2013, 13: 511.
 15. Asekun-Olarinmoye I, Asekun - Olarinmoye E, Fatiregun A, Fawole O. Perceptions and activities of religious leaders on the prevention of HIV/ AIDS and care of people living with the HIV infection in Ibadan, Nigeria. *Research and Palliative Care* 2013;5 121-129.
 16. National Center for Cultural Competence Georgetown University Child Development Center. *Op. Cit.*
 17. Southall D. How can we protect children from abuse by carers working for charities, humanitarian aid agencies or faith - based organizations? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2012; 105: 499-500.
 18. Williams L, Gorman R, Hankerson S. Implementing a Mental Health Ministry Committee in Faith -Base Organizations: The Promoting Emotional Wellness and Spirituality Program. *Soc Work Health Care* 2014: 53 414-434. Doi: 10.1080/00981389.2014.880391
 19. Levin J. Faith - Based Partnerships for Population Health: Challenges, Initiatives, and Prospects. *Public HeLth Reports* 2014: 129 127- 131.
 20. Hosler AS, Solanki MN, Savadatti S. Assessing Needs and Feasibility of Diabetes Self-management Coaching at Faith-Based Organizations for Indo-Guyanese Immigrants. *Diabetes Educ* 2015 Mar 18. pii: 0145721715577637. [Epub ahead of print]. PubMed PMID: 25788589.
 21. Santibañez S, Siegel V, O'Sullivan M, Lacson R, Jorstad C. Health communications and community mobilization during an ebola response: partnerships with community

- and faith-based organizations. *Public Health Rep* 2015 Mar-Apr;130(2):128-33. PubMed PMID: 25729101; PubMed Central PMCID: PMC4315853.
22. Lin AC, Burke RV, Berg BM, Muller VM, Upperman JS. Disaster preparedness education in South Los Angeles faith-based organizations: a pilot study in promoting personal and community preparedness and resiliency. *Am J Disaster Med* 2014 Fall;9(4):287-96. doi: 10.5055/ajdm.2014.0180. PubMed PMID: 25672331.
 23. Negrón R, Leyva B, Allen J, Ospino H, Tom L, Rustan S. Leadership networks in Catholic parishes: implications for implementation research in health. *SocSciMed* 2014 Dec;122:53-62. doi: 10.1016/j.socsci-med.2014.10.012. Epub 2014 Oct 7. PubMed PMID: 25441317; PubMed Central PMCID: PMC4254596.
 24. Alio AP, Lewis CA, Bunce CA, Wakefield S, Thomas WG, Sanders E, Keefer MC. Capacity building among africanamerican faith leaders to promote HIV prevention and vaccine research. *Prog Community Health Partnersh* 2014 Autumn;8(3):305-16. doi: 10.1353/cpr.2014.0050. PubMed PMID: 25435557.
 25. McCabe OL, Semon NL, Lating JM, Everly GS Jr, Perry CJ, Moore SS, Mosley AM, Thompson CB, Links JM. An academic-government-faith partnership to build disaster mental health preparedness and community resilience. *Public Health Rep* 2014;129 (Supl 4):96-106. PubMed PMID: 25355980; PubMed Central PMCID: PMC4187312.
 26. Lancaster KJ, Carter-Edwards L, Grilo S, Shen C, Schoenthaler AM. Obesity interventions in African American faith-based organizations: a systematic review. *ObesRev* 2014 Oct;15 (Supl 4):159-76. doi: 10.1111/obr.12207. PubMed PMID: 25196412.
 27. Hosler AS, Michaels IH. Spatial Access to Faith-based Diabetes Intervention for Guyanese Adults in Schenectady, New York. *Diabetes Educ* 2014 May 8;40(4):526-532. [Epubahead of print]. PubMed: 25049372. Doi: 10.1177/0145721714533828