Español & Salud Internacional

Miranda Hinkle

20 de abril, 2023

Clemson, Carolina del Sur

**Introducción**

Comencé mi experiencia de prácticas en enero de 2023. Después de hablar con varios asesores distinto, elegí trabajar con una organización del campus llamada Ingenieros de Clemson para comunidades en Desarrollo (ICCD). Decidí trabajar con este grupo porque me dio la oportunidad de trabajar mientras terminaba mi último semestre en Clemson, ICCD ofrece diversas experiencias que incorporan a estudiantes de todas las diferentes concentraciones de estudio, y pude aplicar el idioma y los conocimientos culturales que había aprendido durante mi semestre en el extranjero en Costa Rica. Mi experiencia de prácticas comenzó al ser asignado a mi grupo de proyecto. Todos los grupos de proyecto expusieron sus objetivos a largo plazo y lo que esperaban lograr durante el semestre. Tras las presentaciones, todos los estudiantes rellenaron una encuesta en la que se les preguntaba qué grupos les interesaban más y qué habilidades aportaban. En mi encuesta incluí tres grupos de proyectos distintos, todos relacionados con un problema de salud pública en un país latinoamericano, y mis aptitudes, como mi experiencia de trabajo y de vida en otra cultura, además de mis conocimientos de español. Finalmente, me uní a un grupo de proyecto llamado Análisis Remoto del Agua en Colombia. Mi grupo está formado por dos ingenieros, un licenciado en matemáticas, una estudiante de posgrado que está escribiendo su tesis sobre este proyecto y yo, que actúo como traductora y asesora de salud pública. Antes de entrar en detalles sobre el grupo del proyecto Análisis Remoto del Agua en Colombia, es importante comprender el contexto histórico y cultural de Colombia.

**Contexto del País y Salud Publica**

Colombia es un país latinoamericano situado al sur de Panamá, en la costa noroeste del continente sudamericano. Antes del siglo XVI, Colombia estaba ocupada por grupos indígenas que vivían de la agricultura y la pesca. Los primeros años del siglo XVI trajeron la conquista española a Colombia, que introdujo tanto a blancos como a negros en la población indígena, así como la lengua española. La historia de Colombia es bastante tumultuosa. Hubo varias guerras que dividieron a Colombia de Ecuador, Venezuela y, más tarde, Panamá. Además de una historia de violencia civil, Colombia también ha experimentado varios siglos de inestabilidad política alternando entre dictadores en el siglo XIX y pasando a una relación contenciosa entre partidos conservadores y liberales (Lambert, 2022). Aunque el siglo XX se caracterizó por la inestabilidad política, hubo un inmenso crecimiento de la economía de la nación. La economía colonial de Colombia dependía predominantemente de la exportación de metales preciosos; sin embargo, la economía moderna se ha ramificado en varios campos de la industria, incluyendo la agricultura, la fabricación de bienes, la industria privada y los combustibles de hidrocarburos. La economía colombiana se encuentra entre las cuatro primeras de todos los países latinoamericanos y sigue creciendo cada año (Britannica, 2022).

En Colombia se encuentra la ciudad de Bogotá. Esta ciudad se fundó en 1538 y desde entonces ha sido la capital cultural y política de Colombia. Bogotá está llena de museos, arquitectura y bibliotecas que cuentan la historia de Colombia. La cultura colombiana moderna está influenciada por las culturas indígena, europea y africana (Britannica, 2022). Al igual que muchos países latinoamericanos, Colombia valora mucho la familia y el trabajo duro. Colombia también lucha con problemas sociales relacionados con las disparidades de riqueza y salud entre los ciudadanos colombianos no europeos que trabajan y viven en las clases media y baja de la economía (Britannica, 2022).

 El estado actual de la salud en Colombia está mejorando. Colombia tiene una sanidad universal para sus ciudadanos. El sistema universal fue aprobado por ley en 1993; sin embargo, el desarrollo de este sistema ha sido lento debido a los recursos mínimos disponibles para ofrecer una atención de alta calidad a todos los ciudadanos y al acceso desigual a los proveedores de atención sanitaria para las poblaciones rurales y pobres (Escobar, Giedion, Guiffrida y Glassman, 2004). La población de ciudadanos con acceso mínimo a la atención sanitaria sigue luchando contra la prevalencia de enfermedades prevenibles, así como contra el acceso fiable a agua potable e infraestructuras seguras (Colombia Reports, 2019). La salud de los ciudadanos colombianos va en aumento a medida que el gobierno continúa construyendo el marco necesario para apoyar el acceso igualitario a la atención universal para todos.

La falta de recursos e infraestructuras para que los ciudadanos que viven en comunidades pobres o rurales lleven una vida sana es lo que inspiró no sólo el trabajo de mi grupo de proyecto con el ICCD, sino a la organización en su conjunto. El ICCD fue fundado por un estudiante de ingeniería de Clemson, Jeff Plumblee, en 2009, cuando tuvo la oportunidad de ayudar a desarrollar el sistema de agua en Cange, Haití. A partir de ahí Jeff reclutó a otros seis estudiantes de Clemson para que le ayudaran con este proyecto y la organización ha crecido desde entonces. Hoy en día, el ICCD alberga numerosos grupos de proyectos que trabajan en Carolina del Sur, Haití, Ecuador, Guatemala y Colombia. La misión de la organización es "trabajar con las comunidades para desarrollar soluciones sostenibles que mejoren la calidad de vida a través de iniciativas interdisciplinarias dirigidas por estudiantes que encarnen nuestros valores fundamentales en asociación con organizaciones cuya misión y valores coincidan con los nuestros". El trabajo de los estudiantes del ICCD y sus grupos de proyectos se realiza en el campus de Carolina del Sur. Algunos grupos crean oportunidades para que los estudiantes visiten las comunidades con las que trabajan en otros países, pero mi experiencia personal de prácticas se desarrolla en la Universidad de Clemson.

**Resumen de Prácticas**

Bajo el amparo de la organización ICCD, nuestro grupo de proyecto, dominado Análisis Remoto del Agua en Colombia (ARAC), funciona para trabajar hacia nuestras metas personales con la ayuda de miembros senior de ICCD, socios del proyecto en Clemson y en Colombia, y los integrantes de nuestro grupo. El propósito del proyecto ARAC es abordar la contaminación por mercurio en las fuentes de agua que afecta negativamente a las comunidades de Yolombó y La Toma, Colombia. La causa de esta contaminación es la minería local de oro a pequeña escala que utiliza el mercurio para incrementar el rendimiento. La extracción de oro ha sido común en estas comunidades durante siglos. Las técnicas de la minería del oro han evolucionado mucho con el tiempo y, aunque hay regulaciones de limitan el uso del mercurio, muchos mineros artesanales del oro continúan empleándolo. El uso persistente de mercurio en la industria local de extracción de oro ha contaminado las fuentes de agua. La presencia de mercurio en estas fuentes de agua representa una gran amenaza para la salud de todos los miembros de la comunidad. El mercurio, cuando se ingiere o se absorbe a través de la piel, afecta a los sistemas neurológico, digestivo e inmunitario del organismo. La exposición al mercurio puede causar erupciones cutáneas, náuseas, diarrea, dolor abdominal intenso y problemas hemorrágicos. La exposición prolongada o incluso aguda al mercurio puede provocar trastornos neurológicos y conductuales, especialmente en niños pequeños, bebés o fetos. Dado que los riesgos para la salud están establecidos y el bienestar de comunidades enteras está en juego, el equipo ARAC ha tomado medidas para enfrentar este problema. La misión de nuestro proyecto es: "En colaboración con la Universidad de Valle [en Colombia], nos ocuparemos de las fuentes de agua contaminadas con mercurio de La Toma y Yolombó evaluando los riesgos asociados, educando a la comunidad sobre el riesgo y aplicando soluciones sostenibles para la calidad del agua."

Mi función personal en el proyecto es aportar una perspectiva de salud pública a nuestro trabajo a través de actuar como traductora y especialista en comunicación. El proyecto ARAC se alinea perfectamente con las habilidades y conocimientos que he adquirido a través de mis estudios en Clemson y mi tiempo en Costa Rica. Mi comprensión de la salud pública y de cómo funcionan los programas de intervención, similares a lo que intentamos llevar a cabo en el grupo del proyecto ARAC, me ha permitido aportar ideas a mi equipo sobre dónde deben centrarse nuestros esfuerzos y cómo enforcar nuestra "fase cero". Por ejemplo, algunos de los miembros de mi grupo sugirieron que nos enfocáramos en políticas para prohibir el uso de mercurio en la minería artesanal del oro; sin embargo, les expliqué que los esfuerzos dirigidos a la política no se traducirían en una mejora de la salud de la comunidad durante años. La minería de oro artesanal existe en estas comunidades desde hace siglos, y tratar de crear una política que limitara una industria en la que dependen miles de miembros de la comunidad para mantenerse sólo generaría más mayores disparidades en salud. Nuestra prioridad debía ser el análisis del riesgo presente en las fuentes de agua contaminadas y la educación de los miembros de la comunidad sobre cómo protegerse a sí mismos y a sus familias contra el envenenamiento por mercurio. Este enfoque nos permitiría comprender completamente la importancia de la presencia de mercurio en las fuentes de agua locales y establecer una relación positiva con los habitantes de La Toma y Yolombó. Además, utilicé mi experiencia en comunicación intercultural y español para crear material educativo dirigido a los miembros de la comunidad sobre los riesgos asociados al envenenamiento por mercurio y la mejor manera de evitar su consumo. Las recomendaciones de nuestro grupo incluían el uso de agua prefiltrada, la utilización de métodos caseros de destilación para eliminar los contaminantes y la reducción al mínimo del consumo de pescado procedente de las fuentes de agua locales.

**Conexiones sanitarias en prácticas**

Las comunidades de Yolombó y La Toma están formadas principalmente por trabajadores y familias de la industria local. Estas comunidades eran zonas donde se obligaba a los esclavos africanos a extraer oro en la época colonial. La industria de la extracción de oro pasó de la mano de obra esclava a la propiedad independiente de la tierra y a la adquisición corporativa (Valez-Torres y Vanegas, 2022). El cambio hacia grandes corporaciones que compraban tierras a miembros de la comunidad introdujo las dañinas técnicas de recolección de oro con mercurio, las cuales han deteriorado tanto la salud de los miembros de la comunidad como la salud del medio ambiente (Valez-Torres y Vanegas, 2022). Además de la industria cambiante de La Toma y Yolombó, estas comunidades se enfrentan a disparidades sanitarias asociadas a las desigualdades sociales. La mayoría de los ciudadanos que viven en estas comunidades son afrodescendientes. Como en muchos otros países, las personas de color en Colombia sufren peores experiencias sanitarias, así como un acceso limitado a la atención sanitaria (Britannica, 2022).

**Comparación de las Sistemas de Salud**

El sistema sanitario de Estados Unidos es un complejo intercambio entre programas públicos, aseguradoras privadas, proveedores de asistencia sanitaria, hospitales, empresas y ciudadanos particulares. Estados Unidos no ofrece cobertura sanitaria universal a sus ciudadanos. Es el único país desarrollado del mundo que no garantiza asistencia sanitaria gratuita a sus ciudadanos. En su lugar, EE.UU. ofrece un sistema mixto que cuenta con programas públicos para personas con salarios bajos (medicaid) y ancianos (medicare), seguros colectivos a través de empresas y seguros privados. La mayoría de la gente recibe su seguro a través de su empleador (50% de las personas), seguido de medicaid y medicare (34% de las personas), y luego el seguro privado (6% de las personas). La combinación de las tres fuentes de cobertura sanitaria cubre a cerca del 90% de los ciudadanos estadounidenses. El 10% restante, que equivale aproximadamente a 33,1 millones de personas, se queda sin seguro.

 La población sin seguro es significativa porque sin seguro es prácticamente imposible pagar la asistencia sanitaria en Estados Unidos. Incluso los ciudadanos con seguro suelen tener que pagar una parte de los servicios recibidos debido a las limitaciones de la cobertura, los copagos o las franquicias. El sistema sanitario estadounidense fue en su día asequible para las personas que pagaban de su bolsillo; sin embargo, la introducción de los seguros a través de terceras compañías en la segunda mitad del siglo XX permitió a los proveedores de atención sanitaria aumentar sus precios. Esto no cambió la accesibilidad a la asistencia sanitaria para las personas que tenían cobertura, pero la población sin seguro ya no podía permitirse pagar los servicios que necesitaban. Una gran parte de la población sin seguro es un grupo de personas que viven en la "brecha del seguro". Esto significa que estos ciudadanos ganan demasiado dinero para poder acogerse a los programas de seguros públicos, pero no ganan lo suficiente para poder pagar las primas de los seguros privados, lo que deja a este grupo sin acceso a los servicios sanitarios.

 La complejidad del sistema sanitario estadounidense deja a los pacientes necesitados sin acceso a proveedores y servicios sanitarios de alta calidad. La falta de accesibilidad para muchos estadounidenses pone en peligro su vida; sin embargo, quienes se benefician de este sistema -compañías de seguros, empresas farmacéuticas, médicos y legisladores- obtienen pingües beneficios y apenas tienen intención de cambiar el sistema. El estado actual de la asistencia sanitaria en Estados Unidos no promueve la atención preventiva ni el bienestar para reducir la demanda de servicios sanitarios. En su lugar, los ciudadanos que están enfermos pero no tienen acceso a la atención sanitaria simplemente no acuden a un proveedor y sus síntomas, junto con su estado de salud, siguen empeorando. Aunque muchos ciudadanos estadounidenses tienen al menos cierto acceso a servicios y proveedores de atención sanitaria, sigue existiendo una retórica que disuade a los ciudadanos de buscar ayuda cuando la necesitan o de tomarse el tiempo necesario para curarse.

 Colombia, por su parte, ofrece a sus ciudadanos un sistema sanitario público de tres niveles basado en los ingresos. Cuanto más dinero gane un ciudadano, mayores serán los pagos de su parte de ingresos, así como sus copagos, y cuantos menores sean los ingresos de un ciudadano, menos pagará por la asistencia sanitaria. Este sistema ha sido clasificado en el puesto 22 del mundo por la Organización Mundial de la Salud como el sistema más eficiente del mundo (superando a Estados Unidos). Las instalaciones sanitarias de las grandes ciudades y áreas metropolitanas están consideradas de las mejores del mundo; sin embargo, el acceso y la calidad de la atención son variables en las zonas más rurales. Para la población rural, los dispensarios suelen ser más básicos y menos ciudadanos tienen cobertura sanitaria, lo que limita su acceso a la asistencia.

**Conclusión**

Mis prácticas con el grupo del proyecto ARAC y con el ICCD me han dado la oportunidad práctica de crear un cambio en las comunidades vulnerables y ayudar a las personas necesitadas. He apreciado mucho trabajar en esta organización porque sus objetivos son dejar a las comunidades en mejor situación que cuando el grupo del proyecto comenzó su trabajo. El ICCD siempre busca soluciones sostenibles que empoderen a la comunidad y a sus miembros. Muy a menudo, los grupos benéficos e incluso los gobiernos locales o internacionales crean soluciones que abordan los síntomas de los problemas reales que afectan a las comunidades sin hacer nada realmente para resolver el problema. El ICCD forma a sus estudiantes para que comprendan que las comunidades en las que trabajamos no necesitan nuestra compasión ni nuestra caridad, simplemente necesitan una conexión fiable con los recursos. El proyecto ARAC es nuevo, y dado que aún estamos estableciéndonos y estableciendo nuestra relación con las comunidades de Colombia, nuestro trabajo está orientado al análisis de riesgos y a la educación de la comunidad. A medida que el proyecto se desarrolle con el tiempo, se darán pasos más grandes para crear un cambio a nivel industrial y político. Los conocimientos que he adquirido y las habilidades que he empleado siguen creciendo a medida que mi trabajo con este proyecto continúa. Estas prácticas son la primera oportunidad que he tenido de utilizar lo que he aprendido en mis años en Clemson, y han reforzado mi pasión por ayudar a los demás a escala internacional. En el futuro, espero seguir trabajando en este campo y desarrollar aún más mi comprensión de la intervención en salud pública y la comunicación intercultural.

*Referencias*

Britannica. (2022). *Colombia - Cultural Life*. Encyclopædia Britannica. Retrieved March 15, 2023, from https://www.britannica.com/place/Colombia/Sports-and-recreation

Colombia Reports. (2019, August 10). *Public health statistics: Colombia reports*. Colombia News | Colombia Reports. Retrieved March 15, 2023, from https://colombiareports.com/public-health-statistics/

Escobar, M.-L., Giedion, U., Giuffrida, A., & Glassman, A. L. (2004). *Colombia: After a decade of Health System Reform* . Brookings. Retrieved March 15, 2023, from https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/fromfewtomany\_chapter.pdf

Lambert, T. (2022, September 20). *A brief history of colombia*. Local Histories. Retrieved March 15, 2023, from https://localhistories.org/a-brief-history-of-colombia/