

Revista de Ciencias Sociales

Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales*

Gil Forero, Janeth Cecilia**
Acosta Ramírez, Naydú***

Resumen

Las comunidades rurales y dispersas son altamente vulnerables tanto por la desatención estatal como por carencia de recursos económicos, tecnológicos y humanos para la atención en salud. El objetivo es describir la participación social comunitaria como estrategia para la construcción de un modelo de gestión integral en salud con poblaciones de rurales del Pacífico Colombiano. Se realizó un estudio con métodos mixtos, y un abordaje con elementos de la metodología Acción Investigación Participación. Se incluyeron técnicas de observación, ocho entrevistas a profundidad a líderes comunitarios, nueve grupos focales y un cuestionario semiestructurado de características poblacionales y de riesgos comunitarios a 547 familias (indígenas y afros) zona rural Buenaventura (Pacífico colombiano). Los resultados más relevantes son dos: Elementos para la propuesta de construcción de un modelo de gestión integral para cada comunidad con perspectiva intercultural, a partir del concepto y saberes propios de los actores sociales; y el diseño de una ruta de atención primaria que integra acciones sociales en salud comunitaria. Se concluye, que la participación social es una estrategia crucial en el desarrollo y gestión de modelos de salud integral para enfrentar las necesidades de zonas de alta dispersión rural.

Palabras clave: Participación social; modelo de gestión; atención integral en salud; ruralidad; interculturalidad.

* Este artículo considera algunos resultado del Proyecto de investigación «Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta ruralidad dispersa del Litoral Pacífico colombiano». Cofinanciado por Colciencias (convocatoria 725 de 2015) y la Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre seccional Cali y Universidad Javeriana Cali. Agradecemos a las comunidades indígena de Joaquinico y comunidad afro del corregimiento de Puerto Merizalde (Distrito de Buenaventura, Colombia).

** Magister en Educación Superior. Docente en la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: janethgil@usc.edu.co  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5322-0494>

*** PhD. Salud Pública. Docente en la Universidad Santiago de Cali, Colombia. E-mail: naydu.acosta00@usc.edu.co  ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6246-560X>

Social participation for the construction of a comprehensive health model with rural populations

Abstract

Rural and dispersed communities are highly vulnerable both due to state neglect and lack of economic, technological and human resources for health care. The objective is to describe community social participation as a strategy for the construction of a comprehensive health management model with rural populations in the Colombian Pacific. A mixed methods study was carried out, and an approach with elements of the Action Research Participation methodology. Observation techniques, eight in-depth interviews with community leaders, nine focus groups, and a semi-structured questionnaire on population characteristics and community risks were included for 547 families (indigenous and Afro) in rural Buenaventura (Colombian Pacific). The most relevant results are two: Elements for the proposal to build a comprehensive management model for each community with an intercultural perspective, based on the concept and knowledge of the social actors; and the design of a primary care route that integrates social actions in community health. It is concluded that social participation is a crucial strategy in the development and management of comprehensive health models to face the needs of highly dispersed rural areas.

Keywords: Social participation; management model; comprehensive health care; rurality; interculturality.

Introducción

En Colombia después de ser reconocida la salud como derecho a través de la Ley estatutaria 1751 (Congreso de Colombia, 2015), hubo un cambio en la normativa para la operatividad del sistema de salud, que definen la política de atención integral de salud PAIS mediante la Resolución 429 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y la Resolución 2626 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019), que establece el modelo de acción territorial para garantizar el bienestar del usuario como eje central y núcleo articulador de las políticas en salud.

Las zonas rurales del pacífico colombiano, son altamente vulnerables, por sus problemas sociales, de conflicto armado, pobreza y alta dispersión de sus comunidades generando inequidades en los indicadores de salud que requieren respuestas diferenciales para su contexto geopolítico. Las poblaciones objeto de estudio hacen parte del territorio rural de Puerto Merizalde,

ubicadas en la ribera del río Naya municipio de Buenaventura, Departamento del Valle del Cauca. Los habitantes se caracterizan por una amplia diversidad intercultural con mayores porcentajes de poblaciones afrodescendientes y algunas comunidades indígenas (Nieto y Valencia, 2019).

El cabildo Eperara Siapidara de la comunidad Embera, se encuentra disperso en el litoral pacífico colombiano y ocupa el tercer lugar en población entre los pueblos indígenas de Colombia. Dentro de esta comunidad se encuentra el resguardo de Joaquinito, constituido desde 1989 con 774 hectáreas; actualmente, cuenta con la ampliación de “nueve globos” con 926 hectáreas y 5.204 metros cuadrados. El territorio está dividido en seis partes: La ampliación del territorio, ríos, quebradas y nacimientos, bosques sagrados, reservas, cultivo de “pancoger” y lugares sagrados como lo son los cementerios. En la estructura de organización del cabildo se ha podido evidenciar en su forma de gobierno que poseen gobernador, el cual llaman autoridad

tradicional, segunda autoridad tradicional, tesorera y fiscal (Mejía, 2007; Ministerio del Interior de Colombia, 2010). En este cabildo actualmente residen 57 familias con un total de 243 habitantes (Departamento Administrativo Nacional de Estadística – [DANE], 2005).

En atención a los datos de la Secretaría Distrital de Salud (2018), en el documento de Análisis Situacional, Puerto Merizalde es un puerto fluvial del río Naya, ubicado en el sur occidente de Colombia a 80 km de Buenaventura, principal puerto marítimo del Pacífico colombiano. La población es de 1.250 habitantes aproximadamente, de los cuales el 99,8% son afrocolombianos y predomina el género femenino con el 51,5%. La formación académica primaria es de un 42,4% y secundaria 34,9%; solo el 8,6% tienen formación universitaria y el 49,4% asiste al único centro educativo del territorio.

Colocar en marcha la construcción de un modelo de salud, con un enfoque basado en la comunidad para territorios de alta dispersión rural como los descritos para Buenaventura, es un reto que requiere de un análisis, organización e implementación con participación de sus pobladores y actores sociales que visibilice y respete las culturas, así como tradiciones en el proceso del desarrollo de las acciones para el cuidado de la salud individual y colectiva.

Dado lo anterior, el presente artículo tiene como objetivo describir la participación social comunitaria como estrategia para la construcción de un modelo de gestión integral en salud con poblaciones de rurales del Pacífico Colombiano. Tuvo en cuenta la revisión de datos previos recolectados con actores institucionales, entre los que se destaca la Secretaría de Salud del territorio, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); la base de datos del sistema de beneficiarios de programas sociales (SISBEN); los determinantes sociales; los servicios de primer nivel prestados por la Empresa Social del Estado (Hospital público local); las prácticas de salud propias o “ancestrales” de las comunidades, con alta demanda en sus pobladores; el plan de salud;

y las actividades de intervención colectiva en salud pública.

1. Fundamentación teórica

Autores como Castillo (2017), refiere la importancia de la participación social en la construcción de las políticas de salud, como parte activa de los órganos de decisión, porque sus perspectivas evidencian el contexto en el que transcurre su cotidianidad y las necesidades de su territorio, donde requieren una atención integral e intersectorial que responda a sus necesidades y a la salud como derecho.

Partiendo de esta premisa, el acceso a la atención de salud es uno de los principios básicos para el progreso de una comunidad, paralelo a la disponibilidad y distribución de los recursos sociales, económicos; entre los que se encuentra la educación, el abastecimiento de agua potable, la energía eléctrica, viviendas, manejo de aguas residuales entre otras. Los líderes sociales en las comunidades son actores interesados en el desarrollo y progreso de su territorio, requieren participar de forma activa y continua desde la fase de identificación de necesidades en salud y caracterización de las condiciones sanitarias de su entorno, para generar iniciativas que favorezcan el cuidado ambiental, el autocuidado, con autodeterminación. Al respecto, señalan Vargas, Leal y Hernández (2018), que:

(...) se considera de importancia el desarrollo de mecanismos para la atención primaria en salud y de estrategias para reducir las desigualdades e inequidades entre países y al interior de los mismos, con la formulación de políticas públicas construidas con la participación de las comunidades supervisadas por autoridades de salud, como una de las acciones para activar la protección social y aumentar el acceso a los servicios de salud con estándares de calidad. (p.109)

En ese sentido, Gallo, Meneses y Minotta (2014), conciben la participación social como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se comprometen

individual o colectivamente a desarrollar capacidades que transformen sus problemas de salud mediante acciones de mejora, a partir de alianzas colaborativas con otros actores sociales de su comunidad o institucionales, acorde a sus competencias y capacidad de gobernanza.

Mahoney, Potter y Marsh (2007), diferencian entre los conceptos de participación ciudadana y participación comunitaria, entendidas como dinámicas que involucran las comunidades en tomas de decisiones relacionadas con problemáticas de sus territorios; pero especialmente en el ámbito de las problemáticas en salud. Las diferencias respecto a la participación ciudadana en salud, hacen referencia a un ámbito de carácter individual en el cual se reclaman sus derechos desde una perspectiva de fiscalización; mientras que la participación comunitaria, involucra un interés colectivo con beneficios sociales compartidos.

La participación en general, se conoce como el proceso de involucramiento de los diferentes actores sociales, donde sus acciones en diferentes ámbitos de la promoción y atención en salud, propenden por la creación de espacios que favorecen el bienestar y la calidad de vida, destacando el empoderamiento colectivo. Construir un modelo de gestión integral, es dar respuesta a las necesidades de una comunidad o de un territorio desde sus problemáticas y recursos propios; en contraposición a los modelos centrados en enfoques biomédicos y hospitalocéntricos, que persisten en diversos sistemas y servicios sanitarios de Latinoamérica (Rincón y Rodríguez, 2005).

Para construir un modelo de salud basado en la comunidad se requiere reconocer y fortalecer las capacidades individuales y colectivas mediante mecanismos de participación social comunitaria. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), establece que los cambios en los sistemas de salud con una mirada preventiva, implica una nueva visión que responda al cuidado en salud, donde la educación del individuo y la participación social, se constituyen en pilares

para afrontar las problemáticas identificadas por la comunidad, respetar las prácticas de salud propia como la medicina tradicional, las particularidades étnicas y culturales e impulsar el conocimiento colectivo para el autocuidado en salud.

La gestión social y comunitaria en salud puede darle soporte al modelo para su desarrollo e implementación, en virtud que puede optimizar el uso de los recursos como una respuesta sociológica a los problemas en materia de salud en el territorio. La participación social devela prioridades en la protección en salud que incluyen la higiene de los alimentos, la purificación de las aguas, el saneamiento medioambiental, la seguridad de los medicamentos, los cuales pueden desencadenar efectos adversos para la salud debido a riesgos medioambientales, y se constituyen en consecuencia, en sujetos a interés en salud pública (OPS, 1986; 2013)

2. Metodología

Se realizó un estudio con métodos mixtos, y un abordaje con elementos de la metodología Acción – Investigación – Participación (AIP), de acuerdo con Balcazar (2003). En ese sentido, los componentes centrales incluyen tanto la investigación de las problemáticas de los territorios objeto de estudio y la caracterización de la población, como también acciones de alfabetización en salud y un proceso participativo, con la finalidad de generar elementos para la construcción de un modelo de salud propia, que responda a las características socioculturales diferenciales en estas comunidades dispersas.

La población participante en el estudio corresponde a los miembros de la comunidad, que son los actores críticos en la transformación de su propia realidad social; y los líderes de la comunidad, los cuales ejercen la gobernanza en el territorio, como son el gobernador del Cabildo, el médico ancestral y el guía espiritual, al identificarse como los canales de comunicación para develar las problemáticas sociales a los investigadores

respecto a la comunidad habitante de los territorios de Puerto Merizalde y Joaquincito, localizados sobre la rivera del Río Naya, y que conforman las poblaciones objeto de estudio, en el contexto de la problemática del Pacífico Colombiano enunciada previamente.

Se diseñó como estrategia, para el abordaje inicial de la población y posteriormente, dinamizar la acción social de participación, un diplomado que permitiese un espacio de intercambio de saberes; para la conceptualización de un modelo propio, como lo refiere la política de atención integral en salud PAIS y el Modelo de Acción territorial, desde el enfoque intercultural y diferencial. El Diplomado, generó un espacio de intercambio de saberes, con actividades dinámicas como la construcción de las líneas de tiempo, las cartografías sociales y las matrices de determinantes de la salud, elementos de gran importancia para diseñar el modelo de gestión integral de salud.

En el ejercicio del Diplomado es importante resaltar, que las comunidades se trabajaron de manera independiente en cada territorio, conservando la identidad de sus habitantes y la particularidad de cada población; así para la comunidad indígena se hizo traducción en su dialecto de forma simultánea, a medida que el investigador orientaba las actividades de educación en salud. El número de participantes en la comunidad afro fueron 82 personas y en la comunidad indígena 30.

En la recolección de información se incluyeron técnicas de observación durante las visitas a las comunidades y se realizaron ocho entrevistas a profundidad a líderes comunitarios. Además, se realizaron nueve grupos focales, de los cuales cinco fueron en Puerto Merizalde, que es la comunidad afrodescendiente, en donde se conformaron subgrupos integrados por informantes claves, destacables por su liderazgo social: Maestros, microempresarios, profesionales de la salud, líderes religiosos y miembros del consejo comunitario. Para las entrevistas a profundidad y los grupos focales, se utilizaron guías de preguntas basadas en la adaptación de

un cuestionario sobre participación social en la gestión territorial (Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía, 2020).

Asimismo, en el territorio de Joaquincito que es la comunidad indígena, se desarrollaron cuatro grupos focales distribuidos en subgrupos conformados por los siguientes actores sociales, también seleccionados por el mismo criterio de informante clave ya mencionado. Así, el primer subgrupo fue constituido por los integrantes del cabildo indígena, incluyendo al gobernador, tesorero, enfermero y el vocero de la comunidad en instancias gubernamentales. El segundo subgrupo, fue conformado con las mujeres artesanas; mientras que el tercer subgrupo, incluyó los cuidadores de la salud, tales como el médico ancestral (identifica los padecimientos en salud), el pioldicero (prepara tratamientos fundamentados en plantas medicinales); y en el cuarto subgrupo, participaron hombres con actividades productivas para el sustento de la comunidad (siembra, caza, pesca y recolección agrícola).

Adicionalmente, para la caracterización de la población se empleó en la recolección de información, la adaptación de un cuestionario que desarrolló la OPS (2008), para el abordaje intercultural de la malaria. Este cuestionario, aplicado mediante censo y como informante el cabeza de hogar o adulto presente en la vivienda, incluyó 33 preguntas distribuidas en las siguientes categorías: Datos generales, características de la vivienda, conocimientos sobre factores relacionados con la salud, prácticas en salud, acceso a la red de servicios de salud y participación comunitaria.

La información fue organizada para el análisis teniendo en cuenta cuatro aspectos principales: 1) Composición demográfica; 2) Dimensiones políticas, socioeconómicas, ambientales; 3) Características institucionales y sociales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; y, 4) Participación social en la gestión territorial de la salud. A su vez, los ejes transversales macro que se tuvieron en cuenta para la codificación durante el análisis incluyeron: La interculturalidad, el enfoque poblacional y los determinantes sociales de la salud, los cuales

permitieron evidenciar la problemática social en salud de estas comunidades vulnerables y rurales con enfoque diferencial. También, se consideró la identificación de las tensiones entre actores institucionales, comunitarios y del conflicto armado, acorde con los planteamientos de Buckley y Waring (2013).

3. Resultados y discusión

A continuación, se presentan los resultados más relevantes de los cuatro ejes principales de análisis mencionados.

3.1. Composición demográfica de la población de la zona rural del río Naya: Territorio Joaquinco y Puerto Merizalde

En la composición de la comunidad con respecto a la etnia, se encuentra que el 60,7% son Indígenas y el 39,3% Afros, de los cuales el 7,1% llevan en la comunidad menos de 10 años, el 42,9%, entre 10 y 29 años, y el restante 50,0% llevan más de 30 años viviendo en la comunidad. El rol que desempeñan en la comunidad en su mayoría son dirigentes orientadores (21,4%), seguido de docentes y trabajador en salud con un 17,9% cada uno. Con relación al género el 53,6% son mujeres, y con respecto a la edad el 32,2% se concentran entre los 30 y 49 años, en tanto que el 3,6% son menores de 20 años.

Respecto a las características por cada territorio, el nivel educativo de la población afro de Puerto Merizalde en un 57,1% tienen bachillerato completo y el 7,1% cuentan con formación universitaria. El 92,9% tienen alguna ocupación entre las que se destaca la de agricultor (32,1%), artesano (25,0%) y actividades profesionales (21,4%).

Mientras que se destaca en la población de la vereda Joaquinco, que el 100% son indígenas, con formación académica de primaria en un 52,31%, 44,1% secundaria y el 2,1% tienen formación universitaria. En la

actualidad el 54,6% de la población no asiste a ningún centro educativo. De los que asisten, el 64% lo hacen a escuela o colegio y el 25,7% a hogares de bienestar familiar. El 34,7% se desempeñan en oficios varios, el 21,8% son amas de casa y realizan labores manuales relacionadas con artesanías, y el 21,1% tienen otras ocupaciones. En el territorio predomina el género masculino con el 52,7%. El total de habitantes que están actualmente son 247 en virtud de los desplazamientos que se generan por el conflicto armado.

A partir de la técnica de observación y recorridos del territorio por los investigadores, se identifican zonas muy contaminadas por excretas y basuras, en ríos y quebradas. El Hospital local, tiene poco control en el manejo de los residuos hospitalarios, que son ubicados en terrenos que se inundan fácilmente y cuando hay crecientes, son arrastrados esos desechos al afluente principal, que en este caso es el río Naya, el cual desemboca en el mar Pacífico, y este problema es agravado por la alta pluviosidad de la región.

3.2. Características institucionales y sociales para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

En cuanto a la encuesta, se identifican desde las preguntas de acceso a los servicios de salud, que la atención es deficiente y los recursos destinados como insumos, equipos, personal médico, medios de transporte, medicamentos, entre otros, están mal distribuidos y no dan respuesta a las necesidades de sus pobladores. Estas comunidades tienen características comunes como son: Dificil acceso, bajo nivel escolar, representaciones interculturales importantes, la multilingüística, poco personal de salud sin amplia experiencia dentro del territorio, escasos recursos para la educación y la salud, ausencia de acciones intersectoriales, desinterés de las autoridades locales, regionales y nacionales, que denotan un abandono del Estado.

3.3. Participación social en la gestión territorial de la salud

La metodología utilizada generó espacios de diálogo y confianza, que promovieron el interés de los diversos actores sociales, ampliando la base del conocimiento sobre la historia local, las prácticas en salud, historias de vida, y ancestralidad. Los investigadores destacan la realización del Diplomado como estrategia de reconocimiento de las problemáticas y dinamización de la participación, empleando técnicas didácticas, así como procesos de enseñanza aprendizaje entre los que se destacan: Talleres, charlas magistrales, pictografía, cartografía, juego de roles, entre otros. Las 112 personas que corresponden al total de participantes de las diferentes etnias, independientemente de su grado de educación y posición social, contribuyeron en forma activa al proceso de investigación, apropiándose de conocimientos en temáticas de salud desde las realidades de los territorios, pero ante todo revalorizando sus saberes propios ancestrales en un ejercicio de “aprender a aprender”.

En cada comunidad se intercambiaron y socializaron sus problemáticas y experiencias, en procesos de diálogo de saberes con los investigadores que logran generar acciones colaborativas para transformar la realidad social de las personas involucradas. Así, se logra promover la participación de los miembros de comunidades en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas, así como ayudar a los miembros de las comunidades a incrementar el grado de control que ellos tienen sobre aspectos relevantes en sus vidas, fortaleciendo su empoderamiento y permitiendo el desarrollo endógeno, encaminado a la gestión pública local, como han descrito autores como Fernández, Belloso y Delgado (2008).

En los sistemas de salud ese empoderamiento, se refiere entonces, a los procesos de gestión social en salud, donde el conocimiento para la toma de decisiones permite arreglos institucionales y sociales para la coordinación, intersectorialidad,

transectorialidad y transparencia, en la operatividad del mismo sistema en pro de la transformación social que conduzca a la mejora del nivel de vida de la población. En estos procesos de ejercicio de gestión colectiva, interactúan actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas de juego y otros procedimientos -formales e informales- que redundan en lo que se llama gobernanza para la salud, acorde con el planteamiento de De la Rosa y Arredondo (2017).

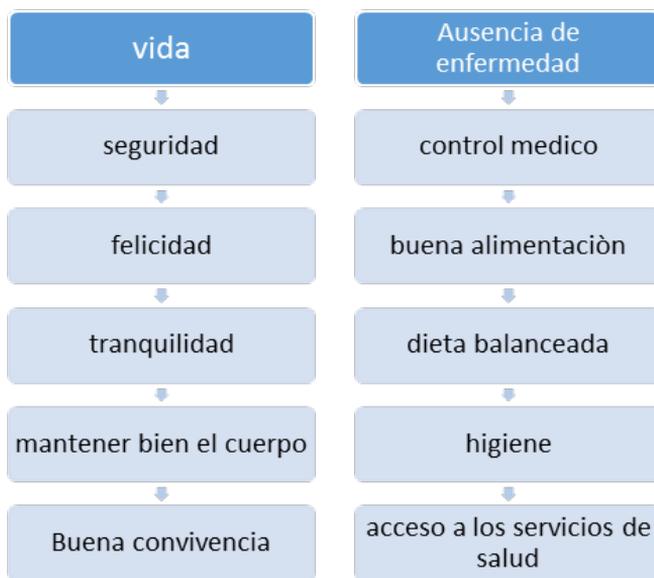
El ejercicio de educación en salud, generó desarrollo de proyectos sociales con autonomía, consecución de recursos estatales para mejorar infraestructura, que favorece el bienestar de la comunidad, un ejemplo de participación y cogestión fue la construcción comunitaria de un puente, que contribuyó a mitigar el riesgo colectivo. Adicionalmente, la formación de líderes y gestores locales generó capacidades, así como herramientas para tomar decisiones autónomas y críticas sobre sus recursos materiales e inmateriales, permitiendo el desarrollo de elementos para la propuesta de construcción de un modelo de gestión integral con bases comunitarias.

Dentro de los logros, se destaca la construcción del concepto de salud que revaloriza sus saberes ancestrales, lo que facilita la mirada integral en el modelo de salud propio en atención a sus características culturales y cosmovisión. Llama la atención al analizar los grupos focales, la construcción del concepto de salud: Que en palabras de los participantes de las comunidades indígenas “es no ir al médico”, “es estar bien”, “es tener casa”, “es comer bien”, “sentirse bien”, “estar aliviado”, “es larga vida”.

En contraste, la comunidad afro, define el concepto de salud como “un derecho”, “es bienestar”, prima el poder hacer las cosas, el trabajar, sentirse útil, poder ir a la escuela; enunciando que si pueden hacer esas labores se considera que tienen salud. Se describe la salud como vivir sin contaminación ambiental y tener resuelto el problema de saneamiento básico, como el manejo adecuado de basura, así como contar con escenarios para la recreación y el deporte. La salud también “es estar alegre”

(Gil, Pardo y Arenas, 2018). Los elementos descritos se presentan en la siguiente Figura

I, que sintetiza la red semántica del concepto de salud.



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Figura I: Red semántica del concepto salud

Ambas comunidades estudiadas identifican las brechas en salud que aportaron para definir los elementos para la propuesta de construcción del modelo de gestión integral, adaptado a las circunstancias específicas de cada población. Un eje central para el modelo, después del diagnóstico, fue partir su construcción de la base, en este caso, la propia comunidad; tener presente el contexto de sus determinantes sociales de la salud, la densidad de población, las características de vulnerabilidad que tienen, debido a las difíciles condiciones de vida que afrontan, donde las necesidades básicas insatisfechas es uno de los fenómenos que por regla existe, sumado a esta el difícil acceso a servicios como educación, vivienda, alimentación, trabajo y salud, que generalmente, se encuentran restringidos, así

como deteriorados; y en donde la presencia del Estado es escasa.

En resumen la investigación muestra como para la propuesta de construcción de un modelo de gestión integral en salud, debe considerarse las condiciones de vida de la comunidad, donde las intervenciones deben partir de un abordaje integral a nivel individual, y colectivo en salud; a partir de los determinantes sociales, relacionar los saberes ancestrales que intervienen en el proceso salud - enfermedad, y procesos de gestión social con la participación comunitaria, con el fin de alcanzar una construcción colectiva de intervenciones en salud, fomentando el bienestar de la población, mirando la salud desde un enfoque de derecho humano y en donde la intersectorialidad es esencial para la

gestión social en salud.

En síntesis, y en atención a la participación social como estrategia para la propuesta de construcción de un modelo de gestión integral, el diplomado desarrollado en las comunidades logró generar una mirada integral a las condiciones socioeconómicas, geopolíticas, con reconfiguración de la visión territorial, con fines de mejoramiento para un entorno saludable.

Acorde con los planteamientos de Quispe, Ayaviri y Maldonado (2018), son precisamente las organizaciones comunitarias el mayor recurso en entornos rurales para la gestión integral y el desarrollo local, puesto que como actores principales ejercen un control social, participan como ciudadanos en el marco de sus derechos y presentan sus necesidades desde su contexto cultural y territorial, para que los demás actores institucionales y gubernamentales atiendan esas necesidades.

Algunas organizaciones tienen mayor posicionamiento en los aspectos de desarrollo y bienestar para la comunidad acorde al contexto (Navas et al., 2010), como en este estudio donde se destacan las asociaciones de mujeres y de pescadores, artesanas, comerciantes, las diferentes formas de organización que se den en la comunidad favorecen el ejercicio de trabajo comunitario y provee un contexto concreto que puede ayudar a las instituciones de salud a mejorar sus acciones de programas y proyectos tendientes a promocionar la salud y prevención de la enfermedad.

Conclusiones

Hablar de una metodología o proceso para elaborar una propuesta de construcción de un modelo de gestión integral basado en la participación social en comunidades rurales e interculturales, es complejo, porque su construcción implica reconocer y respetar el imaginario que tienen las comunidades para la atención en salud, sumado a la falta de confianza en las instituciones, las limitaciones socioeconómicas de su ubicación geográfica, las brechas para el acceso a los servicios y la

poca atención por los actores de los diferentes sectores involucrados en la seguridad social.

Las poblaciones que habitan las regiones con menor densidad poblacional en el país, y para el caso de esta investigación aquellas ubicadas en territorios dispersos del litoral pacífico, se configuran como especialmente vulnerables debido a las difíciles condiciones de vida que afrontan, donde las necesidades básicas insatisfechas son altas, y el acceso a servicios como educación, vivienda, trabajo y salud, generalmente se encuentran restringidos y deteriorados.

Es reconocido para la gestión en salud pública, que atender los problemas de salud implica atender los factores de riesgo individuales, así como también los determinantes sociales en la salud; máxime en comunidades con niveles de bajo desarrollo social, económico, y que por su ubicación geográfica son clasificadas como población dispersa de alta ruralidad, en donde las barreras geográficas para el acceso a los servicios son críticas, en virtud de las largas distancias por medios navegables, y agobiadas por el alto costo del combustible para el desplazamiento en lancha, porque es su único medio de transporte para recibir una atención en salud.

Aunque la figura institucional de estos territorios es un hospital de primer nivel, ubicado en el corregimiento de Puerto Merizalde, dentro de los riesgos para una eficiente gestión está que no cuenta con personal experimentado para la atención, insumos insuficientes, barreras de acceso para transporte a otras instituciones de mayor complejidad, lo cual encarece el gasto de bolsillo de sus habitantes, y limita la implementación de la estrategia en atención primaria por el poco personal asistencial, y se realiza en acciones puntuales una o dos veces al año, con desplazamientos a los asentamientos más dispersos del territorio.

Estas condiciones revelan que aspectos claves a considerar en la propuesta de construcción de un modelo de gestión integral, requiere como elemento relevante que este sea dirigido a mejorar la oportunidad en la atención, continuidad y uso eficiente

de los recursos locales, buscando impactar en los indicadores de salud de los territorios dispersos del pacífico colombiano. El Estado, en su ejercicio de gobernanza, necesita apoyar las instituciones y actores territoriales, a fin de evitar el desplazamiento de sus habitantes a territorios urbanos, en donde es preocupante la posibilidad de generar asentamientos informales en áreas marginales, con lo cual se profundiza el riesgo en salud, se impacta negativamente los indicadores sanitarios, congestionando otras instituciones de mayor nivel de complejidad, cuando la gestión en salud en cambio podría ser local, reconociendo los recursos existentes, así como potencializando las capacidades propias dentro de los territorios.

Realizar esta investigación fue para los investigadores todo un reto, dadas las condiciones sociopolíticas complejas con un proceso incipiente de afrontamiento estatal, luego de la firma reciente de los acuerdos de Paz, y también fue un reto la llegada a los territorios, por las dificultades de transporte y medios de comunicación. De igual forma, un hallazgo destacable y limitante que tuvo que enfrentar este proyecto fue la ausencia de un sistema de información, que permitiera una adecuada caracterización de la población y el sub registro, que se encuentra en el Sistema de información nacional; lo cual se evidencia durante las visitas de campo para la recolección de datos y que conllevó a realizar un censo de la comunidad.

Aunque existen tres aseguradoras de salud, los registros de estas entidades no son confiables y tienden a estar desactualizadas, porque la población cambia frecuentemente el sitio de residencia, por la situación de conflicto armado que se vive en la región, donde el Estado los tiene desatendidos en términos de seguridad.

Se destaca con este estudio la participación social y comunitaria como estrategia de desarrollo endógeno del territorio, lo que propicia una gestión colectiva integral dirigida a una transformación social acorde a los recursos y ajustada a las necesidades específicas locales, con grandes

retos y complejidades como corresponde a los ubicados en zonas rurales y dispersas.

El mejoramiento de la salud, exige en estas comunidades un trabajo fundamental de bienestar colectivo, desde una dinámica participativa orientada por un mismo fin; llevando al empoderamiento y la auto-responsabilidad con el cuidado de todos, como lo destaca en la Carta de Ottawa la OMS (1986), para propiciar la construcción de capacidades y la movilización en la solución de los problemas de salud; paralelo a los cambios en hábitos y conductas, desarrollando habilidades para la vida, así como generar mecanismos propios para satisfacer las necesidades individuales y colectivas.

Es necesario en la construcción de los modelos integrales territoriales de salud, fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades para mejorar el sistema de salud, propiciando que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; así mismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con sostenibilidad en el transcurso del tiempo. La comunidad es quien legítima, válida y permite el desarrollo de las estrategias desde el empoderamiento de la misma y a través de la participación activa del colectivo, apropiándose de su cuidado y tomando la salud como un derecho para el logro del bienestar.

Algunas organizaciones presentan mayor posicionamiento en los aspectos de desarrollo y bienestar para su comunidad, como en este estudio donde prevalecen las asociaciones de mujeres, así como de pescadores, artesanas, comerciantes, al igual que las distintas formas de organización que se den en la comunidad, quienes favorecen el trabajo comunitario y provee un contexto concreto que puede contribuir a las instituciones de salud a mejorar sus acciones de programas y proyectos propensos a promocionar la salud y prevención de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Balcazar, F. E (2003). Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundamentos en Humanidades, IV*(7-8), 59-77.
- Blandón-Lotero, L. C., y Jaramillo-Mejía, M. C. (2020). Communities on the move: community participation in health in rural territories of Buenaventura District in Colombia. *International Journal for Equity in Health, 19*(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01239-8>
- Buckley, C. A., y Waring, M. J. (2013). Using diagrams to support the research process: Examples from grounded theory. *Qualitative Research, 13*(2), 148-172. <https://doi.org/10.1177/1468794112472280>
- Castillo, M. (2017). El papel de la participación ciudadana en las políticas públicas, bajo el actual escenario de la gobernanza: reflexiones teóricas. *Revista CS, (23)*, 157-180. <http://dx.doi.org/10.18046/recs.i23.2281>
- Congreso de Colombia (2015). *Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. <https://vlex.com.co/vid/ley-estatutaria-1751-2015-557604374>
- De la Rosa, S. A., y Arredondo, A. A. (2017). Aportes de la gobernanza para estudiar las políticas en sistemas de salud. *Horizonte Sanitario, 16*(3), 223-225. <https://doi.org/10.19136/hs.a16n3.1914>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2005). *Censo General 2005*. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>
- Fernández, N., Beloso, N., y Delgado F. (2008). Recursos informacionales, desarrollo endógeno y participación ciudadana en la gestión pública local. *Revista Venezolana de Gerencia, 13*(43), 377-397.
- Gallo, N. E., Meneses, Y. A., y Minotta, C. (2014). Percepciones del proceso salud-enfermedad de las comunidades afrodescendientes de Medellín 2009-2010. *Archivos de Medicina (Col), 14*(2), 210-218.
- Gil, J., Pardo, I., y Arenas B. (24 de mayo de 2018). Concepto de salud propia bajo la construcción de un modelo de atención primaria en comunidades de alta dispersión rural del pacifico colombiano. *II Foro de la situación de salud de las comunidades afro, negras, palanqueras y raizales, en el marco de la celebración del mes de la herencia afrocolombiana y el decenio afro 2015 - 2024*. Cali, Colombia.
- Mahoney, M. E., Potter, J-L. L., Marsh, R. S. (2007). Community participation in HIA: Discords in teleology and terminology. *Critical Public Health, 17*(3), 229-241. <https://doi.org/10.1080/09581590601080953>
- Mejía, W. (2007). *Presencia Embera en el área metropolitana centro occidente*. Cristina Uribe Ediciones.
- Ministerio del Interior de Colombia (2010). *Eperara Siapidara*. Ministerio del Interior. https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/upload/SIIC/PueblosIndigenas/pueblo_eperara_siapidara.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Resolución 429. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf>

- Ministerios de Salud y Protección Social (2019). *Resolución 2626. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf
- Navas, R., Rojas, T., Álvarez, C. J., y Fox, M. (2010). Participación comunitaria en los servicios de salud. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XVI(2), 329-342.
- Nieto, D. y Valencia, I. H. (2019). Introducción. En I. H. Valencia y D. Nieto (Eds.), *Conflictos multiculturales y convergencias interculturales. Una mirada al suroccidente colombiano* (pp. 5-22). Editorial Universidad Icesi.
- Organización Mundial de la Salud - OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2008). *Programa regional de acción y demostración de alternativas sostenibles para el control de vectores de la malaria sin uso de DDT en México y América Central (Proyecto DDT/PNUMA/GEF/OPS)*. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/programa-regional-accion-demostracion-alternativas-sostenibles-para-control-vectores>
- Organización Panamericana de la Salud - OPS (2013). *Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas*. OPS. <https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf>
- Quispe, G., Ayaviri, D., y Maldonado, R. (2018). Participación de los actores en el desarrollo local en entornos rurales. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXIV(3), 62-82.
- Rincón, M. T., y Rodríguez, I. (2005). Descentralización y gestión de los servicios de salud en el Estado Aragua. *Revista Venezolana de Gerencia*, 10(29), 106-131.
- Secretaría Distrital de Salud (2018). *Análisis de Situación de Salud: Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Distrito de Buenaventura*. www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-2017-buenaventura.pdf
- Vargas, V., Leal, M., y Hernández, C. (2018). Agenda pública para el financiamiento de sistemas de información en organizaciones del sector salud. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XXIV(2), 105-113.