



Necesidades y recursos comunitarios para la salud rural. Estudio cualitativo descriptivo en dos municipios del posconflicto armado colombiano

Community needs and resources for rural health. A qualitative descriptive study in two municipalities during the Colombian post-armed conflict

AUTORES

- (1) Camilo A. Correal-Muñoz
[ORCID: 0000-0002-4252-326X]
(2) Natalia Reinoso Chávez
[ORCID: 0000-0002-2189-6155]
(2) Mónica Alexandra Segura Esquerro
[ORCID: 0009-0005-3799-834X]

- (2) Gina Cadena Buitrago
[ORCID: 0000-0001-9499-1340]
(2) Valeria Castillo Guzmán
[ORCID: 0009-0004-8341-7211]

FILIACIONES

- (1) Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana.
CHÍA, COLOMBIA.
(2) Investigadora del proyecto *Caracterización de las inequidades en salud rural en dos municipios del Tolima: bases para un modelo demostrativo congruente con las necesidades de las comunidades*.
TOLIMA, COLOMBIA.

FINANCIACIÓN

Proyecto financiado por MinCiencias, Colombia, con recursos de la Asignación de Ciencia, Tecnología e Innovación del Sistema General de Regalías. Código BPN: 20200001010621.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Camilo A. Correal-Muñoz
camilo.correal@unisabana.edu.co

Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana. Km 7, autopista norte. Campus Universitario Puente del Común. Chía (Cundinamarca). Colombia.

CITA SUGERIDA

Correal-Muñoz CA, Reinoso Chávez N, Segura Esquerro MA, Cadena Buitrago G, Castillo Guzmán V. Necesidades y recursos comunitarios para la salud rural. Estudio cualitativo descriptivo en dos municipios del posconflicto armado colombiano. Rev Esp Salud Pública. 2025; 99: 24 de septiembre e202509052.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // En Colombia, la inequidad estructural entre el campo y la ciudad amenaza el acceso a los servicios de salud y otros determinantes sociales. El estudio describe los problemas y recursos comunitarios identificados colectivamente en dos municipios rurales sobre el posconflicto armado siguiendo el ciclo de la salud comunitaria.

MÉTODOS // El estudio cualitativo descriptivo involucró a 86 participantes en dos grupos de discusión de dos municipios del Tolima, y la revisión documental de 44 diagnósticos comunitarios elaborados en un curso en gestión de iniciativas sociales en salud. Los datos fueron sometidos a un análisis temático inductivo.

RESULTADOS // Los principales problemas descritos fueron la insuficiencia en la cobertura, las barreras de acceso, la baja calidad de la atención y problemas relacionados con el medio ambiente. Debido a los problemas de acceso y calidad, los habitantes buscaban otros agentes como las cabezas médicas tradicionales (culturales) o agentes informales. Aunque las prácticas tradicionales de autocuidado siguen vigentes, pueden confundirse con otras prácticas mal informadas. La participación comunitaria en salud era *tokenística*, debido a la desconfianza en los funcionarios públicos, la ineficacia de los mecanismos de participación y el escaso sentido de pertenencia de los miembros de la comunidad.

CONCLUSIONES // Es posible responder a los problemas que los habitantes de la región continúan señalando asociados a las condiciones rurales y el acceso a los servicios siguiendo el ciclo de la salud comunitaria. Las acciones deberán involucrar recursos propios, teniendo en cuenta la desconfianza hacia las instituciones y la baja participación de las comunidades afectadas por el conflicto.

PALABRAS CLAVE // Población rural; Salud rural; Participación de la comunidad; Salud poblacional; Determinantes sociales de la salud.

ABSTRACT

BACKGROUND // In Colombia, structural inequity between urban and rural population endangers health social determinants including access to health services. It is possible to strengthen rural health through the community health cycle. The study focused on describing the health needs and community resources, identified by community members in two rural municipalities affected by armed conflict.

METHODS // This qualitative descriptive study was developed with 86 community members in two rural municipalities affected by armed conflict in Colombia. We conducted thematic analysis of two group discussions and analyzed 44 participatory community health assessments documents developed in the course on management of social initiatives in health.

RESULTS // Inductive thematic analysis constructed main themes about health problems related to service access and quality in rural settings, as well as environmental health problems. Due to access and quality deficit in services, community members sought other health agents, as traditional medicine holder, or informal agents. Even though selfcare traditional practices remained used in the territory, they could be confused with other misinformed practices. Health community participation was described as *tokenistic* due to mis-trust in government, inefficient participation mechanisms, and low sense of belonging.

CONCLUSIONS // Health problems still being reported in the region, associated to rural conditions and access to health services, can be addressed following the Community health cycle. Actions should involve community resources addressing mistrust and low participation of communities affected by internal armed conflict.

KEYWORDS // Rural population; Rural health; Community participation; Population health; Social determinants of health.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los participantes y comunidades de los municipios de Chaparral e Icononzo que acompañaron el desarrollo de este estudio, así como también a los equipos de la Universidad del Tolima y la Universidad de La Sabana que colaboraron.

INTRODUCCIÓN

La inequidad en salud vivida por las comunidades rurales moviliza esfuerzos desde la Salud Pública para reducir las dificultades en el acceso a los servicios de salud y potenciar otros de sus determinantes sociales para resolver, entre otras, las barreras geográficas y la distribución de los recursos públicos. Sin desconocer estas inequidades estructurales, las iniciativas para la salud rural requieren también reconocer los saberes y prácticas propias (campesinas, indígenas, afrocolombianas) del cuidado de la salud, así como las capacidades comunitarias con las que se cuenta para gestionar el bienestar colectivo, involucrando directamente la participación de las personas afectadas. Los municipios de Icononzo y Chaparral, del departamento del Tolima, como muchos territorios del campo colombiano, han sido fuertemente afectados por el conflicto armado colombiano, siendo Chaparral uno de los municipios priorizados en 2017 (por su nivel de afectación) para el desarrollo de *Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial* (PDET), mientras que en la zona rural de Icononzo se ubicó uno de los Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR), donde firmantes de la paz en proceso de reincorporación y sus familias construyen comunidad al margen de las armas.

El presente estudio se enmarca en un proyecto de investigación más amplio, orientado a la caracterización

de las inequidades en salud rural para un modelo demostrativo congruente con las necesidades de las comunidades. Los resultados del presente estudio orientan la construcción de iniciativas comunitarias en salud siguiendo el *ciclo de salud comunitaria* (1), descrito como una metodología para el desarrollo de proyectos de salud comunitaria participativos y sostenibles en el tiempo.

El ciclo de la salud comunitaria considera la lógica detrás de los determinantes sociales de la salud, integrando esta perspectiva a un enfoque de investigación participativa que involucre a los miembros de la comunidad, buscando su empoderamiento para ser más saludables (1). Este ciclo se desarrolla colaborativamente con la comunidad, partiendo de una fase de diagnóstico donde se exploran las problemáticas y necesidades según las prioridades de la comunidad, luego se diseña el plan de acción conjuntamente con la comunidad y, finalmente, se establecen las metas para abordar las inequidades en salud. El presente estudio se enmarca en la fase inicial del ciclo de la salud comunitaria, en la que se exploran las necesidades en salud y los recursos comunitarios, en este caso de los dos municipios mencionados.

Dentro de los recursos comunitarios, además de las capacidades de autocuidado (2) también contamos con otras como la participación y la cohesión social, que son considerados centrales para abordar la salud de las comunidades y son capacidades que

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

se refieren a las características de una comunidad para generar bienestar a sus miembros como redes y organizaciones comunitarias, participación social, identidad o pertenencia comunitaria, normas sociales de reciprocidad y confianza, así como acciones encaminadas al bien común y la justicia social capaz de triangular la voz de diferentes actores, afrontando los retos de trabajar hacia la transformación (3).

La participación comunitaria para la gestión de proyectos adaptados a la cultura y el empoderamiento de líderes comunitarios tiene efectos en el bienestar comunitario (4). Sin embargo, es preciso advertir que la participación social en salud se ha dado principalmente en un contexto de luchas sociales por el derecho a la salud determinado por las desigualdades, con frecuencia reducidas al tema del acceso a los servicios de salud, omitiendo la importancia de los otros determinantes sociales relevantes para alcanzar resultados favorables en salud (5).

Este estudio describe las necesidades de la salud rural y los recursos comunitarios identificados por los habitantes de los municipios de Chaparral e Icononzo, afectados por el conflicto armado colombiano, y se apoya en la fase inicial del ciclo de la salud comunitaria, recordando que en estas zonas se está produciendo el proceso de posconflicto, lo que supone nuevos escenarios y el planteamiento de condiciones y necesidades emergentes debidas a este contexto. Aunque no se hizo referencia específica a este tema, dentro de los participantes estuvieron protagonistas del pasado conflicto armado, tanto víctimas como desplazados y actores armados desmovilizados. Ese antecedente suponía que pre-

viamente había mayores dificultades y limitaciones para las poblaciones rurales por las restricciones del conflicto y la ausencia aún mayor del Estado.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio cualitativo descriptivo para identificar las necesidades y recursos comunitarios en salud. Específicamente se exploraron:

- a) Los problemas en salud vividos por los habitantes.
- b) Las prácticas tradicionales de autocuidado vigentes en el territorio.
- c) Las características de la participación comunitaria en sus municipios.

Los estudios cualitativos descriptivos permiten explorar realidades poco estudiadas y que pueden presentar variaciones entre individuos o culturas (6). El enfoque es útil para describir qué y dónde y con quién ocurre el fenómeno, para informar así intervenciones que impacten en el contexto (7).

El enfoque se fundamenta en el paradigma naturalista (8). Así, se accederá a la información en el contexto en que el fenómeno se desarrolle naturalmente y se presentará en la forma en que los participantes lo vivan, interpreten y describan.

Selección de participantes. Se involucraron 86 actores comunitarios entre los veintitrés y sesenta y nueve años: líderes comunitarios; representantes de Juntas de Acción Comunal; y otros agentes reconocidos en la comunidad por su papel en la salud, la gestión y participación comunitaria. Se procuró

la representación de juventudes, grupos de mujeres, personas en condición de discapacidad, educadores, adultos mayores, campesinos, indígenas, afro-colombianos y cabezas médicas tradicionales (culturales). El reclutamiento se hizo por convocatoria abierta y canalizada a través de líderes comunitarios, aceptando la participación de todas las personas interesadas [TABLA 1].

Métodos de recolección de información.

1. **Grupos de discusión:** Se realizó un grupo de discusión en cada municipio con 52 participantes en Chaparral y 34 en Icononzo) en el mes de julio de 2023, desarrollando debates en subgrupos de ocho a doce asistentes para lograr la participación activa de todas las personas sobre problemas y necesidades en salud, las prácticas de autocuidado vigentes y la participación comunitaria para la salud. Las sesiones fueron grabadas y luego escuchadas por varios investigadores para agregar información que no hubiera quedado reportada por escrito en las conclusiones, que fueron registradas en pliegos de papel para el chequeo por parte de los participantes y el posterior análisis. Este material fue compartido en asamblea al cerrar las sesiones con todos los participantes para recibir comentarios adicionales que se agregaron a los pliegos de papel y avalar los aportes de cada subgrupo.

2. **Documentos de Iniciativas Comunitarias en Salud:** Las personas se agruparon según las distintas veredas (subdivisión territorial) y participaron en un curso de gestión de iniciativas sociales en salud, en donde construyeron documentos con la formulación de iniciativas comuni-

Tabla 1
Participantes del estudio.

Variables (n=86)		
Municipio	Icononzo	34
	Chaparral	52
Sexo	Masculino	23
	Femenino	63
Grupo específico	Afro	1
	Víctimas de violencia	15
	Indígena	22
	Campesino	8
	Discapacidad	2
	Ninguno	38

tarias, respondiendo a las necesidades priorizadas para su entorno específico. Este estudio incluyó los 44 documentos desarrollados entre julio y agosto de 2023 en la fase de diagnóstico comunitario del ciclo de la salud comunitaria.

Análisis: Se realizó un análisis temático inductivo (9) a partir de los textos aportados por los grupos de discusión y los documentos diagnósticos. Con esta información se adelantó una codificación inicial individual colocada en una matriz analítica que se realizó manualmente y que luego fue triangulada en equipo. La matriz de codificación fue complementada con segmentos relevantes identificados en la revisión de las fuentes y la triangulación supuso la conciliación de los códigos elaborados independientemente por los investigadores, con lo que se procedió a la agrupación de los mismos para construir las subcategorías y categorías resultan-

tes. El investigador principal desarrolló el chequeo final de la matriz analítica, verificando la consistencia de los pasos del proceso del análisis temático desde los códigos y su triangulación hasta la definición final de las categorías inductivas, y el equipo construyó los temas definitivos identificando las necesidades en salud, las prácticas de autocuidado de la salud y las capacidades de participación comunitaria en salud.

Rigor metodológico: El estudio contó con auditoría durante su desarrollo, realizada por el investigador principal como experto en el tema, monitoreando el reporte semanal de las investigadoras, en un procedimiento llevado a cabo en cada una de las fases para orientar el proceso del estudio. El reporte se adelantó en informes mensuales, registrando las decisiones metodológicas y analíticas del equipo investigador.

La triangulación de los investigadores se desarrolló en el análisis de los resultados, donde la codificación independiente fue comparada en las sesiones de análisis, llegando a consensos sobre las categorías y subcategorías, descriptores y fragmentos correspondientes. También se realizó triangulación de datos de la información recolectada en los grupos de discusión con los documentos diagnósticos de las iniciativas comunitarias en salud desarrolladas en las veredas.

Consideraciones éticas: De acuerdo con la normatividad nacional (Res. 8430/93 MinSalud) el estudio se clasificó sin riesgo. El proyecto fue aprobado por la subcomisión de proyección social de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana (Colombia) en acta 481 de 2019. Se respetó

la autonomía de los participantes y se obtuvo el consentimiento informado que expresa la voluntariedad de la participación, la libertad para retirarse, el propósito del estudio, la ausencia de riesgos y las consideraciones de confidencialidad. La información presentada mantuvo el anonimato de los participantes y las veredas.

RESULTADOS

El análisis consolidó los temas centrales acerca de los problemas y necesidades en salud, las prácticas de autocuidado y la participación comunitaria para salud percibidos por los habitantes de los dos municipios.

Problemas y necesidades en salud rural en los municipios. Los principales problemas identificados fueron la insuficiencia en la cobertura de los servicios de salud, las barreras de acceso a los servicios y a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los problemas de salud relacionados con el medio ambiente y la baja calidad de la atención. Estos problemas son vividos en mayor intensidad por la población rural dispersa [TABLA 2].

En relación con la insuficiencia en la cobertura de servicios de salud en las zonas rurales, los participantes insistieron en la deficiencia de los puestos de salud, de su dotación y del personal capacitado. Sobre ello, en algunas veredas señalaron que no hay un lugar adecuado para la atención en primeros auxilios: *“Tenemos que devolvernos unos cuatro años..., volver a revivir los puestos de salud... revivir con una promotora, que mantenía constante en los puestos, que hacía visita a los enfermos, ella estaba haciendo una pre-*

Tabla 2
 Temas y subtemas de los problemas y necesidades centrales en los municipios de Chaparral e Icononzo.

Temas	Subtemas
Insuficiente cobertura de servicios de salud en zona rural	Insuficiente cantidad y adecuación de los puestos de salud en zona rural
	Insuficiente presencia de profesionales de salud en las veredas
Barreras de acceso a servicios de salud	Barreras de acceso a los servicios de salud en cabecera municipal
	Negación, falta de disponibilidad o demoras para la entrega de medicamentos
	Ausencia de procedimientos de alta complejidad realizados en el municipio
	Limitación al acceso de programas de promoción y prevención de enfermedades crónicas
	Limitaciones en acceso a programas de promoción y prevención de enfermedades en Salud Mental
Barreras de acceso a programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad	Insuficiencia de programas de promoción y prevención de ETS y planificación familiar
	Desconocimiento acerca de los hábitos alimenticios saludables
	Dengue en zonas rurales del municipio
	Aumento del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes
	Escasa participación de comunidad rural en programas ofrecidos
	Insuficiente acceso a brigadas o jornadas de salud en zona rural
	Inexistencia de programas para la salud y el bienestar animal en zonas rurales
Problemas de salud relacionados con el medio ambiente	Contaminación de fuentes de agua
	Contaminación por inadecuado manejo de residuos sólidos
	Insuficiente compromiso ciudadano con el medio ambiente
	Insuficiente cobertura del suministro de agua en zonas rurales
Baja calidad en la atención en salud	Deshumanización en el servicio de salud
	Percepción de inexperiencia de los médicos rurales encargados

vención de salud. Ya cuando era muy grave le daban los primeros auxilios" [G.D Icononzo].

Esta problemática, se agravaba aún más en zonas rurales dispersas, con la dificultad para el transporte de los pacientes, particularmente en situaciones de emergencia por la falta de ambulancias disponibles para terrenos difíciles y lejanos: *"No hay acceso a ambulancia que llegue allá y se llega a agravar un niño o adulto mayor, por ejemplo... y esa criatura no sale de allá. Y aquí se demora dos o tres horas, hasta cinco horas esperando que lo reciba un hospital para la atención..."* [G.D Icononzo].

El segundo tema fue las dificultades de acceso a la salud de los servicios centralizados en la cabecera municipal. Los participantes señalaron dificultades de comunicación, telefónica o virtual, que les obligaba a desplazarse hasta la cabecera municipal para gestionar los servicios: *"A mí me piden el favor tres personas del campo [para llamar a pedir la cita] y, si me contestan, [les digo] 'es que tengo tres pacientes... [para] 3 citas', y responden 'no. Le doy una y vuelva y siga llamando' "* [G.D. Chaparral]. *"Hay que insistir mucho tiempo para obtener una cita médica"* [Doc. Grupo 5-Chaparral].

Por ello, muchas veces deben desplazarse hasta la cabecera, en donde enfrentarán otras barreras de acceso: *"Siempre hay un inconveniente para acceder hasta a una cita con el médico general, hay personas que vienen a cinco horas al pueblo y cuando llegan le dicen que no, por eso la gente se agrava"* [G.D. Chaparral].

Un tercer tema fue el de las limitaciones de acceso a los programas que

promueven la salud o previenen enfermedades, especialmente programas para enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, nutrición y prevención del dengue: *"Cada vez se escucha más sobre el dengue, y si hubiera alguna capacitación la gente podría prevenir la enfermedad"* [G.D. Chaparral]. En la misma línea, los participantes reportaron insuficientes programas en salud mental, frente a la que percibían estigma: *"Cada vez se ven más enfermedades psicológicas como la depresión o el suicidio, y pareciera que no es importante para nadie"* [G.D. Chaparral]. La salud mental requiere atención, también lo referido al consumo de sustancias psicoactivas, que se extendió a las veredas y afecta en gran medida a los jóvenes.

Algunas personas señalaron que el problema del acceso también ocurría por escasa participación en las jornadas extraordinarias de atención rural en las que se desplazan los profesionales del servicio de salud a las veredas: *"Hay clases de salud mental, allí en la Casa de la Cultura las dan, y un amigo me dijo que había ido y le dieron lo que se gastó en el taxi, le reconocen eso para que siga yendo, y ni así se llena"* [G.D. Icononzo]. Sin embargo, la mayoría coinciden en la dificultad de acceder a los programas de salud para población rural, mucho más para aquellos con dificultad para desplazarse: *"Las personas de edad son las que más sufren de estas enfermedades crónicas y como no pueden acceder al servicio de salud en el pueblo se van enfermado cada vez más en la casa, hasta que mueren"* [G.D. Chaparral].

Un cuarto tema son los problemas de salud relacionados con el medio ambiente, en el que se reportó preocu-

pación por la contaminación de fuentes de agua por basuras y por aguas residuales en los casos en que no se cuenta con pozos sépticos, lo que se agudiza cuando hay insuficiente cobertura del servicio de acueductos veredales: *“El agua que llega es agua sucia y los niños mantienen enfermos porque con eso le toca cocinar a uno. Cada alcalde siempre promete lo mismo y hay veredas que nunca han recibido los acueductos veredales”* [G.D. Icononzo].

La contaminación relacionada con el mal manejo de residuos sólidos se asoció por una parte, a los habitantes, quienes arrojaban desechos tóxicos de actividades agroindustriales en espacios públicos o cercanías de aguas y realizaban quemas o arrojaban desechos domésticos al campo: *“Se evidencia el mal uso y manejo por parte de los agricultores de residuos y empaques de agroquímicos”* [Doc. Grupo 2, Icononzo]; *“Muchos de la comunidad vierten sus desechos fecales a los caños o ríos”* [Doc. Grupo 1, Icononzo]. Por otra parte, la insuficiente prestación del servicio de recolección de basuras en sectores rurales empeoraba la problemática: *“Faltan mecanismos de recolección de residuos sólidos, hay poca o ninguna educación ambiental, y existe la costumbre de quemar”* [Doc. Grupo 2, Chaparral]. Los participantes resaltaron que la ciudadanía tenía poco compromiso con el cuidado del medio ambiente y que ello podría mejorar con programas educativos: *“Hay falta de cultura cívico-ciudadana, porque la propia comunidad bota basuras fuera de los horarios establecidos, desperdicia el agua, y siempre con la ley del menor esfuerzo mantienen mucha basura”* [G.D. Icononzo].

Finalmente, frente a la baja calidad del servicio de salud ofertado, reportaron insuficientes profesionales capacitados para el manejo de diversas situaciones en salud y percibieron como inexpertos a los médicos rurales, en quienes les costaba confiar algunos asuntos de salud. Adicionalmente, reportaron tratos deshumanizados en la atención por parte de algunos profesionales: *“Hasta donde yo puedo percibir la gente en sí no se queja del hospital, si no del servicio”*; *“Por ejemplo, en los partos los médicos y, en especial, las enfermeras tratan mal a las que están en trabajo de parto”* [G.D. Chaparral].

Prácticas de autocuidado. Los participantes describieron diversas prácticas de cuidado de la salud y señalaron que, al tener un problema de salud, buscaban en primera instancia a cabezas médicas tradicionales (culturales) cuando contaban con ellas, como hierbateros, sobanderos (hacen sobijos o masajes) o parteras, o al promotor de salud, si había cerca. Sin embargo, existe un alto reporte de automedicación y consulta de otros agentes informales como personal de droguerías, naturistas o espiritistas: *“Yo voy a donde me mejoren, donde me alienten”* [G.D. Chaparral].

Aunque algunas prácticas tradicionales del cuidado de la salud se reportaron vigentes, muchas de las reportadas estaban desligadas de las tradiciones indígenas, afrocolombianas o campesinas. Por ello, es destacable el llamamiento realizado en los grupos de discusión al rescate de la medicina tradicional para la construcción de un modelo de salud basado en estas tradiciones. Para el cuidado de la infan-

cia existen diversas prácticas, en las que resaltan las del recién nacido, cómo fajarlo y proteger con un botón el ombligo, el uso de bayetilla roja en el pecho para asuntos respiratorios y el uso de manillas para la protección frente al *mal del ojo*. El cuidado de la salud en la mujer mantenía diversas prácticas alrededor de la menstruación (infusiones de plantas), el parto (baños, uso de plantas para facilitar el parto) y el posparto (cuidados del frío y la alimentación en la cuarentena, infusiones de plantas para el posparto y la lactancia). Sobre los cuidados de la menstruación señalaron: *“Esto aplica para mujeres de cualquier edad, siempre lo hemos hecho y sigue funcionando”* [G.D. Chaparral].

Los habitantes de ambos municipios reportaron múltiples prácticas para atender afecciones de la salud:

para manejar síntomas respiratorios; el dolor de cabeza; las intoxicaciones o envenenamientos; síntomas gastrointestinales; afecciones en la piel o los dientes; y para manejar enfermedades crónicas. Si bien hay prácticas relacionadas con las plantas medicinales, hay muchas que incorporan otros elementos como *“Tomar aguapanela con ibaporu [Vaporub] para la gripa”* o *“sangre de chulo [buitre o gallinazo] y hongos reish para el cáncer”* [G.F. Icononzo].

Participación comunitaria para la salud. Desde la percepción de los habitantes de Icononzo y Chaparral, la participación comunitaria en salud es baja [TABLA 3].

Sin embargo, los participantes aclararon que podía existir una efectiva participación a nivel individual y, en

Tabla 3
Temas y subtemas de la percepción de participación ciudadana en salud en los municipios de Chaparral e Icononzo.

Temas	Subtemas
Baja participación comunitaria en salud	Participación efectiva a nivel individual y comunitaria
	Reconocimiento de espacios de participación que no son efectivamente usados
	Menor participación de población vulnerable
Barreras de la participación comunitaria en salud	Desconfianza en las instituciones públicas
	Insuficiente difusión y apoyo para la participación comunitaria
	Falta de sentido de pertenencia
Propuestas para fortalecer la participación comunitaria en salud	Formación en proyectos y rutas de participación ciudadana
	Desarrollar unión comunitaria y sentido de pertenencia
	Mejoramiento de vías para acceder a espacios institucionales

ocasiones, a nivel comunitario. En Icononzo resaltaban las mingas ciudadanas (jornadas voluntarias) y la participación individual en espacios institucionales, por ejemplo, la oficina de la mujer, en donde la participación trasciende la asistencia, fomentando la proyección de ideas para la autogestión. En Chaparral, donde se desarrollan múltiples proyectos por ser municipio PDET, se percibió una alta participación de los presidentes de Juntas de Acción Comunal, que para algunos se limitaba a una incidencia local con poco impacto en los territorios. En este municipio destacaron agrupaciones sociales y productivas como asociaciones o alianzas, pero existía mayor insatisfacción frente a la participación comunitaria y la efectividad a largo plazo de los múltiples liderazgos apoyados en el marco de proyectos PDET. En contraste, en Icononzo se reconocieron múltiples escenarios efectivos de trabajos comunitarios, mingas, vinculación de líderes a oficinas institucionales para incidir en programas, así como en veedurías (inspecciones) ciudadanas.

Si bien se reconocieron espacios de participación como las veedurías o las Juntas de Acción Comunal, estos no eran efectivamente usados debido a las distintas barreras: *“La comunidad se vincula a las Juntas de Acción Comunal, pero después no participa activamente en la toma de decisiones”* [G.D. Icononzo]. La población más vulnerable tenía menor posibilidad de participar en las decisiones sobre la salud, por ejemplo, la población indígena, los jóvenes, víctimas del conflicto armado, personas en condición de discapacidad o adultos mayores.

La principal barrera de la participación comunitaria para la salud era la desconfianza en las instituciones públicas debido al incumplimiento: *“Exigimos mejoramiento en la atención en salud en el hospital..., nosotros hicimos un paro ahí, duró un día, allá fue el alcalde, fue la policía, fue el Banco Agrario, pero de eso, solo promesas”* [G.D. Icononzo]. *“La participación es poca porque la gente ha perdido la credibilidad en las instituciones. La confianza en las instituciones del municipio es mala, la mayoría de funcionarios no colaboran como debe ser y no ayudan a todos a dar solución y es un desamparo total”* [G.D. Chaparral].

Otra barrera fue la insuficiente difusión de los espacios de participación en salud: *“Siempre se ha visto que las convocatorias que son externas a la administración municipal divulgan... mucho más que las de la misma Administración...”* [G.D. Icononzo].

También se percibió como barrera el poco apoyo para la participación de todos los habitantes en los espacios convocados, fundamentalmente en cuanto al transporte.

Por último, la necesidad de fortalecer el sentido de pertenencia para mejorar la participación fue insistente: *“Es muy triste que hasta nosotros como comunidad no nos intereseamos por esos espacios, la vez pasada una rendición de cuentas y no alcanzamos a ser quince o veinte personas, la mayoría eran las personas de la misma alcaldía”* [G.D. Icononzo].

Dentro de las propuestas para fortalecer la participación salud esta-

ban la formación en proyectos y en las rutas de participación ciudadana, así como desarrollar unión y sentido de pertenencia puesto que *“necesitamos unión con comunidad para ser escuchados y lograr un propósito con respecto a la salud de nuestra comunidad”* [G.F Chaparral]. También, mejorar las vías para acceder a espacios institucionales.

DISCUSIÓN



Las condiciones de la salud rural muestran importantes inequidades que afectan a estas poblaciones, como se ha podido observar en investigaciones previas (10,11), y así es manifestado por los participantes en este estudio, quienes exponen reiteradamente la insuficiente cobertura, las barreras de acceso a servicios de salud y a su oferta de actividades, mostrando la necesidad de abordar esta situación con un enfoque integrado e intersectorial en donde se involucren el servicio de salud y los entes territoriales en el marco de la Atención Primaria en Salud para contribuir a la superación de estas dificultades.

Lejos de ser nuevas, estas mismas problemáticas han sido priorizadas al menos desde 2017 en esta región, en ejercicios participativos como la formulación del *Programa de Desarrollo Territorial* (PDET) para el municipio de Chaparral, que en los municipios priorizados de Colombia buscan concretar la ejecución del punto uno del *Acuerdo de Paz* del conflicto armado, centrado en la consolidación de la *Reforma Rural Integral* que supere las brechas históricas entre el campo y la ciudad. Si bien se han reportado avances en las metas PDET para el Sur del Tolima (12), por ejemplo asegurando la cobertura

del 100% de afiliación al sistema de salud, es evidente en este estudio que los problemas de salud en la región no están siendo efectivamente atendidos y se mantienen las dificultades vividas especialmente por la población rural dispersa.

Una característica importante que acentúa estas condiciones de vulnerabilidad corresponde al escenario de posconflicto, que supuso unas circunstancias de aislamiento previo y de condiciones psicosociales complejas. Muchas situaciones fruto de la violencia en estas zonas aún no son completamente superadas, afectando aún más la vida de las personas y la Salud Pública en los entornos rurales, y requiriendo su consideración en las propuestas que se construyan para superarlas junto con las comunidades (13).

Seguir avanzando en el acceso a los servicios como uno de los determinantes sociales de salud intermedios es fundamental para favorecer la calidad de vida y los indicadores de salud de la población rural, mediante el acceso a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como también a la atención requerida en afectaciones específicas de la salud, tal como también ha sido sugerido en otros estudios (14,15).

Otro elemento resaltado por los participantes del estudio es el del impacto de los temas ambientales en la salud, reconocimiento que coincide con la agenda de los organismos internacionales que vienen dando cada vez más relevancia a dicho impacto, incluso abriendo en los últimos años el capítulo de los determinantes ambientales de la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (16), que

en este caso se manifestaron especialmente relacionadas con la contaminación de las fuentes de agua y la generación y disposición de basuras.

Frente a estos desafíos, es posible fortalecer los recursos comunitarios para la salud. En cuanto al tema del autocuidado se encuentra que aún están vigentes prácticas tradicionales que incluso cuentan con la presencia de cabezas médicas tradicionales (culturales) como hierbateros, curanderos, sobanderos (hacen sobijos o masajes) y parteras. Aunque no estén muy extendidas o, en ocasiones, se hayan remplazado por agentes informales con diversidad de prácticas alternativas, que lleguen a ofertar una opción de atención cuando no hay acceso a servicios sanitarios formales, las prácticas tradicionales se han debilitado o están en riesgo de desaparición.

En los procesos de promover la salud de las poblaciones rurales no debe olvidarse el abordaje de este tema, así como la inclusión y articulación con las prácticas tradicionales del cuidado de la salud y sus cabezas médicas (culturales) para que sean un apoyo efectivo en la atención y manejo cotidiano de dolencias y malestares comunes a los que pueden contribuir oportunamente en el marco de una estrategia que procure la seguridad cultural (13,17,18), como también han insistido los grupos étnicos de la zona, desde la construcción participativa de los programas PDET y en este estudio.

Frente a la participación comunitaria se encuentra una marcada desconfianza en la interlocución con instituciones, entes territoriales y actores gubernamentales, lo que se traduce en una

escasa participación en los espacios dispuestos. La desconfianza es un factor que debilita la cohesión social (otro determinante social de la salud) y afecta aún más a los indicadores de atención sanitaria, satisfacción y el mismo resultado de la salud (19,20). Como lo han propuesto algunos de los participantes, se hace necesario trabajar en el sentido de pertenencia para desarrollar la participación ciudadana y su injerencia en las instituciones y el Gobierno.

Contrario a lo encontrado en estudios previos sobre la participación en salud en Colombia (11), los participantes reconocen espacios de participación y veeduría ciudadana que sugieren comprensión de los derechos como usuarios en las decisiones sobre el sistema de salud. Sin embargo, la participación se reporta como baja y muchas veces no trasciende del nivel *tokenístico*/utilitarista de la asistencia y la consulta sin implicaciones transformativas. Es preciso recordar que la participación en las decisiones sobre los servicios de salud favorece la confianza y el ejercicio conjunto de acciones efectivas, cuando no se trata de una participación *tokenística* en la que las personas son meramente convocadas o superficialmente consultadas. En esta línea, una capacidad importante del servicio de la participación es la capacidad de comunicación con los proveedores de servicios de salud acerca de los ajustes para tener los mejores resultados en salud, superar barreras de acceso y lograr confianza en la relación con la comunidad, como ha sido hallado en diversos estudios (21-23). Para ello, es útil favorecer la autoestima y el empoderamiento individual y social-comunitario, así como abrir espacios de participación y diálogo que permitan el encuen-

tro de saberes y la toma de decisiones y el empoderamiento **(3,24)**, lo que favorecería la salud de las comunidades en dos ejes:

1. La articulación de la esfera individual, comunitaria y política para elevar la autoestima, conciencia, cohesión social y confianza.
2. La presión desde *abajo* a la política pública en salud, crucial para el efectivo cambio social.

Las limitaciones del estudio comprenden las propias del diseño cualitativo, en cuanto a la dificultad para generalizar estos hallazgos a todos los grupos poblacionales expuestos al conflicto armado, lo que también ofrece variaciones que no se pueden estandarizar por las condiciones de los contextos particulares. Otra limitación corresponde a las barreras para incluir participantes de zonas aún más remotas o de mayor complejidad en su situación postconflicto, quienes no lograron vincularse en el proyecto o no pudieron acceder por su complicada ubicación

geográfica o su difícil disponibilidad de comunicaciones.

A modo de conclusiones, señalar que los habitantes de los dos municipios rurales afectados por el conflicto armado, y ahora en etapa de posconflicto, continúan señalando problemas y necesidades en salud relacionados con su condición de ruralidad y las barreras de acceso a los servicios de salud.

El abordaje de esta situación se complica por la desconfianza en las instituciones y actores gubernamentales, lo que condiciona una baja participación social y nuevas barreras de acceso a los espacios de participación dispuestos, lo cual a su vez acentúa la percepción de abandono, unido a las complejidades de la exposición a la violencia y el actual escenario.

Esta situación orienta acciones para que, desde los propios recursos comunitarios identificados, construir colectivamente estrategias frente a los problemas priorizados siguiendo el ciclo de la salud comunitaria. ©

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamus-Lemus F, Correal-Muñoz C, Hernandez-Rincon E, Serrano-Espinosa N, Jaimes-Detriviño C, Diaz-Quijano D et al. *The pursuit of healthier communities through a community health medical education program*. Education for Health: Change in Learning and Practice. 2017;30(2).
2. Organización Mundial de la Salud. *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022* [Internet]. 2022 [consultado 12 abr 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789240052239>
3. Compare C, Albanesi C. *Belief, attitude and critical understanding. A systematic review of social justice in Service-Learning experiences*. J Community Appl Soc Psychol. 2023 Mar 1;33(2):332-355.
4. Velásquez G VF, Barreto Y, López L, Velásquez G VF, Barreto Y, López L. *Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la Atención Primaria de Salud. Avances en Enfermería* [Internet]. 2017 May 1 [consultado 11 abr 2023];35(2):133-147. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200133&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Agudelo Ramírez A, Sánchez Peña MK, Daza Cardona JA, Gómez Marín SM, Carmona Londoño G, Echeverry Vargas C. *Social Participation in Health: A Community-Based Participatory Research Approach to Capacity Building in Two Colombian Communities*. Prog Community Health Partnersh [Internet]. 2022 Mar 1 [consultado 11 abr 2023];16(1):5-16. Disponible en: <https://muse.jhu.edu/pub/1/article/849231>
6. Sandelowski M. *What's in a name? Qualitative description revisited*. Res Nurs Health. 2010 Feb;33(1):77-84.
7. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. *Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review*. Res Nurs Health. 2017 Feb 1;40(1):23-42.
8. Sandelowski M. *Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description?* Vol. 23, Research in Nursing & Health. John Wiley & Sons; 2000.
9. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77-101.
10. Kaneko M, Ohta R, Vingilis E, Mathews M, Freeman TR. *Systematic scoping review of factors and measures of rurality: toward the development of a rurality index for health care research in Japan*. BMC Health Serv Res [Internet]. 2021 Dec 1 [consultado 22 may 2024];21(1):1-11. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-06003-w>
11. Delgado-Peñaloza SM, Ortiz-Piedrahita V. *Bases para la estructuración de un modelo en salud rural en Arauca*. Revista de Salud Pública [Internet]. 2022 May 1 [consultado 22 may 2024];24(3):1-7. Disponible en: <http://scielo.org.co/pdf/rsap/v24n3/0124-0064-rsap-24-03-e300.pdf>
12. Agencia de Renovación del Territorio. *Pacto Municipal para la Transformación Regional-PMTR de Chaparral*. [Internet]. 2018 [consultado 21 jul 2024]. Disponible en: https://centralpdet.renovacionterritorio.gov.co/sur_tolima/
13. Montoya-Sanabria SM. *Rurality as an analytic category: implications for public health*. Revista de Salud Pública [Internet]. 2020 Nov 1 [consultado 22 may 2024];22(6):642-648. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/91280>
14. Méndez Castillo JA. *Reflexiones frente al acceso a los servicios de audiología en el sistema de salud colombiano: una mirada desde los Determinantes sociales de la salud*. Revista Salud Uninorte [Internet]. 2022 Sep 1 [consultado 22 may 2024];38(3):932-945. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522022000300932&lng=en&nrm=iso&tlng=es
15. Silva Ventura MW, Texeira Lima FE, Dos Santos Brito P, Pascoal LM, Silva de Albuquerque NL, De Almeida PC. *Social determinants and access to health services in patients with COVID-19: a cross-sectional study*. 2024;58:1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0324en>
16. OPS-OMS. *Determinantes Ambientales de Salud* [Internet]. [consultado 27 jul 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
17. Peake RM, Jackson D, Lea J, Usher K. *Meaningful Engagement With Aboriginal Communities Using Participatory Action Research to Develop Culturally Appropriate Health Resources*. <https://doi.org/10.1177/1043659619899999> [Internet]. 2020 Jan 16 [consultado 11 abr 2023];32(2):129-136. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659619899999?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++Opubmed

18. Beks H, Amos T, Bell J, Ryan J, Hayward J, Brown A et al. *Participatory research with a rural Aboriginal Community Controlled Health Organisation: lessons learned using the CONSIDER statement*. Rural Remote Health [Internet]. 2022 Feb 8 [consultado 11 abr 2023];22(1). Disponible en: <https://www.rmh.org.au/journal/article/6740/>
19. Jaramillo AM, Montes F, Sarmiento OL, Ríos AP, Rosas LG, Hunter RF et al. *Social cohesion emerging from a community-based physical activity program: A temporal network analysis*. Network Science [Internet]. 2021 Mar 1 [consultado 16 abr 2023];9(1):35-48. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/network-science/article/social-cohesion-emerging-from-a-communitybased-physical-activity-program-a-temporal-network-analysis/B97A7D9A6544EE2180D7AD416B7C0E4F>
20. Duh-Leong C, Dreyer BP, Huang TTK, Katzow M, Gross RS, Fierman AH et al. *Social Capital as a Positive Social Determinant of Health: A Narrative Review*. Acad Pediatr [Internet]. 2021 May 1 [consultado 16 abr 2023];21(4):594-599. Disponible en: <http://www.academicpediatricsjournal.net/article/S1876285920305118/fulltext>
21. Witter S, Regmi S, Raven J, Nzinga J, Van der Merwe M, Flores W et al. *Learning sites for health systems research: Reflections on five programs in Africa, Asia, and Central America*. Learn Health Syst [Internet]. 2024 Apr 1 [consultado 4 jun 2025];9(2):e10475. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lrh.210475>
22. Houghton N, Bascolo E, Cohen RR, Vilcarromero NLC, Gonzalez HR, Albrecht D et al. *Identifying access barriers faced by rural and dispersed communities to better address their needs: implications and lessons learned for rural proofing for health in the Americas and beyond*. Rural Remote Health. 2023;23(1).
23. Marinus JD, la Roi C, Boerma C. *Levels of engagement in participatory health systems strengthening: A systematic literature review*. Social Sciences & Humanities Open [Internet]. 2025 Jan 1 [consultado 4 jun 2025];11:101246. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291124004431>
24. Vidal T, Carmona M, Fernández RD, Pindado F, Fernández Carrasco RD. *Apuntes para un análisis psicosocial crítico de los procesos participativos de ámbito local: representaciones sociales y empoderamiento*. Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology [Internet]. 2022 May 9 [consultado 3 jun 2025];52(1). Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/33171>