

**PROYECTO CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA
GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL
CAUCA**

**SEGUNDO INFORME DE ACTIVIDADES
ABELARDO JIMÉNEZ C.
SEPTIEMBRE DE 2022**

Anexo 7

**DISCUSIÓN DE HALLAZGOS EN TORNO A EJERCICIOS PARTICIPATIVOS
DE CONSULTA CON CIUDADANOS DE TERRITORIOS RURALES SOBRE
SALUD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**

Los resultados alcanzados en la fase de empatizar se colegian con tres dimensiones, a saber: lo metodológico; lo epistémico de los saberes locales; y, los procesos participativos en salud como aspecto singular del proyecto.

1. Sobre lo **metodológico**, cabe resaltar que el diseño de consultas ciudadanas en talleres creativos es consistente con los métodos recomendados por la literatura para el debate público, a fin de facilitar procesos de integración y ejercicio de la ciudadanía activa. Los procesos consultivos cuando integran principios de democracia deliberativa ganan en pluralidad, legitimidad y aceptación de las soluciones que traen agentes externos, incluyendo las universidades. A pesar que la mayoría de autores expertos consideran que se debe entregar información empaquetada a los participantes de las deliberaciones y consultas; este proyecto no suministró información descifrada por analistas expertos en geografía, epidemiología o salud pública, y más bien prefirió enfatizar en la originalidad de las fuentes de los argumentos que suelen ser fuentes vivas representadas por líderes y representantes de organizaciones de base asentadas en los propios territorios rurales. Esto es consistente con los argumentos de la investigación-acción-participación que considera el diálogo de saberes como un ejercicio horizontal de equipotencia desde donde se co-construyen los argumentos y las proposiciones. La ética del equipo investigador se ciñó al respeto por la cultura y la identidad local así como una vigorosa justificación de los patrones de defensa, argumentación y lucha que estos actores comunitarios producen en medio de su relación con otros actores y contextos que ayudan o bloquean el goce del derecho a la salud en relación con el

acceso a servicios integrales y en conexidad con otros derechos sociales, culturales y colectivos.

2. Lo **epistémico de los saberes locales** se reseña en esta presentación como aquella producción de sentido que los lugareños tienen sobre su vida, su territorio, y por ende sobre su salud. Partimos diciendo como estima Porto-Gonçalves que hay que *geo-grafiar*, graficar el espacio de vida de la gente, mostrar el espacio desde abajo, en sus detalles y en sus vivencias (Aichino et al, 2015). Los talleres consultivos con comunidad rural se organizaron como aulas de variopintas representaciones geográficas, refiriéndonos a los pobladores allegados de ríos y veredas diversas de 6 municipios del litoral pacífico y del norte del departamento del Cauca. Consideramos -como lo hace Lindon- que las dimensiones de la vida cotidiana (la salud, economía, política, cultura) se conjugan en espacios (rural, disperso, inaccesible, veredal, campesino) para dar una suerte de visiones acerca de la vida. Prontamente nos dimos cuenta que las definiciones hechas por los pobladores rurales sobre sus vidas y sobre la salud estaban situadas en la relación sujeto-territorio. La centralidad está colocada en el sujeto y en su experiencia espacial, destacando el sentido común, incluyendo la subjetividad de los y las participantes. Ese es el espacio que nosotros los investigadores describimos/analizamos/ explicamos desde nuestra praxis investigativa. Esto nos llevó a considerar que los talleres eran auténticas *aulas* -como las definen Valiente et al- en las que lo espacial queda representado por la diversidad de convocados con sus múltiples dinámicas y esa potencialidad de aprendizaje (Valiente S, et al, 2018).

En otra dimensión de lo espacial, reconocemos que lo que se reveló como concepto de salud/enfermedad/atención está significando una serie de dinámicas socioespaciales en clave decolonial. Lo que se fue produciendo con los hablantes de comunidades rurales, nos fue informando acerca de dinámicas socioterritoriales que se juegan en un espacio de las diferencias culturales, económicas, ecológicas y sanitarias; hecho que implicó desplazarnos del saber disciplinar de la salud pública para considerar otras dimensiones, que suman al menos las de historicidad y geograficidad. En los contextos rurales de estos municipios es clara la alusión a los conflictos sociales emanados por la explotación minera y agroindustrial (caña de azúcar), así como la presencia de actores de guerra y empresa privada que los “encierran” en sus propios lugares de hábitat. Coincidimos con Grosfoguel (2006) en que hay que visibilizar esa red heterárquica de relaciones que se

inscriben en la espacialidad rural, donde el poder se despliega para destruir y generar sufrimiento social de cara a la desvalorización y subordinación del saber local y de las formas propias de apropiar el territorio.

En suma, este proceso de consultas ha permitido mostrar cómo la vida cotidiana está enlazada con múltiples conflictividades y dimensiones en las que se configura la geograficidad e historicidad de ese lugar, cuya comprensión geopolítica depende poco de la teoría y más del accionar de los sujetos concretos en sus luchas, habitantes del lugar.

Al decir de Porto Gonçalves, la vida se grafía en función de lo que sus hablantes-habitantes del lugar van produciendo como textos. Esa riqueza de saberes en salud se reflejó en múltiples discursos sobre la salud, su amenazada existencia con aquellas dinámicas extractivistas, los riesgos sanitarios de mujeres, ancianos y jóvenes asociados al cuidado propio, la salud propia, el uso de saberes y prácticas ancestrales, y las relaciones interculturales que se sostiene con el sistema de salud (Dirección local de salud, las EAPB, IPS, y ESE).

Lo que pudimos extraer de las consultas sobre salud y modelo de atención rural diferencial recoge estas ideas fuerza:

- La salud se identifica con expresiones de vida y buen vivir en un sentido valórico, integral y naturalista; sin dejar de lado alusiones más clásicas de salud-enfermedad o acceso a servicios individuales.
- La salud no puede desmerecer el reconocimiento que le aporta el saber ancestral a la salud propia, insumo que es determinante de la cultura de la salud y canal para mejorar los procesos de cuidado propio y autocuidado.
- El modelo de salud propio expresado como una idea constituyente no es una representación tangible y propositiva, como sí una idea que moviliza críticas al modelo convencional y enfermológico del sector institucional de la salud.
- La salud propia es significada como una alteridad desde donde resistir y construir comunidad para una buena existencia y un buen vivir.

3. Sobre la **participación social en salud**, está claro que el constructo no es foco de desarrollos particulares desde las formas de autogobierno (consejos comunitarios) ni desde las formas autóctonas de producir salud, en un entramado diferente al de las dinámicas más singulares donde la participación se expresa como espacio de relación entre iguales para procurar el cuidado de

la salud o para criticar y denunciar las inequidades a las que son sometidos los pobladores rurales de áreas distantes, desatendidas y dispersas.

Las ideas que merecen atención sobre participación social y comunitaria (en adelante PSC) en salud son:

- La PSC no se reconoce como un derecho social como se desprende de la normatividad sectorial, aunque cabe relativizar el tema desde una mirada más panorámica que incluye el reconocimiento del derecho a protestar o a reclamar derechos (a la tierra, al ambiente, a la alimentación, al acceso geográfico de servicios de salud) como un ejercicio de ciudadanía que involucra por cierto la participación comunitaria en salud.
- La existencia de antecedentes participativos en temas de salud o correlacionados es evidente, como no su importancia para la actual situación de postergación del derecho a la salud y de inequidad en el acceso a servicios de salud. Los pobladores rurales no hacen referencia a cuestiones sensibles a la participación en salud que hayan significado en la historia reciente nuevas o destacables dinámicas que hayan o estén ayudando a potenciar o resignificar la participación como mecanismo o como proceso central de su protagonismo social o cívico.
- Lo que sí emerge con fuerza constituyente es la referencia a una crítica al sistema convencional de atención en salud que se muestra indolente a las necesidades sanitarias rurales y étnicas, desconocedor de las sabidurías y prácticas ancestrales de cuidado, y sordo a los reclamos de una integración más coherente de la cultura y de las dimensiones étnicas-rurales-territoriales que hagan más adaptables los servicios a los derechos colectivos como pueblos y comunidades afrocolombianas.
- Sobresale una evaluación crítica a los procesos extractivistas que ponen en jaque las dinámicas territoriales de los campesinos y afrocolombianos, incluyendo el acceso a bienes de sustento para la supervivencia, alimentos suficientes para el consumo o la inseguridad que mina la confianza hacia las instituciones estatales y hacia los actores ilegales.

Surgen tres conceptos claves para comprender la participación social y comunitaria en la salud: identidad cultural, autonomía y desarrollo o etnodesarrollo.

La **identidad cultural** es la que haría posible una PCS más fiable y eficaz, por cuanto de ella se desprendería la construcción de territorios de salud y vida en conexión con derechos colectivos, reclamos y restituciones sobre el territorio

para hacer viable la vida y su sustento sostenible. El territorio -considerado como hábitat- es un espacio donde se recrean prácticas culturales de cuidado de la salud y la vida, y desde donde emergen múltiples relaciones comunitarias y con la naturaleza que es caracterizada como un “ser social” donde el hombre no domina sino que convive. Justamente estas dinámicas son contrariadas por el Estado mediante su modelo occidental de salud y por actores empresariales y otros actores ilegales que buscan dismantelar esta naturaleza viva, despojarse de las comunidades negras y apropiarla como mero medio de producción.

La **autonomía** se juega como factor desencadenante del respeto por los derechos de las comunidades afrocolombianas, en cuya base está la posibilidad de que ellos puedan autogestionar su salud desde los saberes ancestrales, y desde prácticas de cuidado y participación que deben ser institucionalizadas en el marco actual de la atención en salud que con frecuencia se muestra desintonizado con este cuerpo de reclamos de legitimidad cultural. El reconocimiento de que las zonas rurales son territorios diferentes y que sus formas de autogobierno son legítimas, son un buen punto de partida para considerar los pilares de una participación social y comunitaria sustentable e intercultural.

El concepto de **etnodesarrollo** es imprescindible para alentar los procesos de PCS en salud, pues los procesos de sustentación de la vida se basan en un desarrollo respetuoso de las formas no productivistas de las comunidades afrocolombianas asentadas en el campo y en la ruralidad. Esto es muy coherente con lo que propone el Ministerio del Interior, que señala:

“El derecho al desarrollo propio está consagrado en referentes internacionales y nacionales, estos últimos de rango constitucional. La formulación de los planes de etnodesarrollo está respaldada por los principios de formalidad, legalidad, obligatoriedad, oportunidad y de compromiso a futuro por parte del Estado y otros actores involucrados, lo que los convierte en vinculantes. Es por ello que el Estado Colombiano, con el fin de reconocer y/o garantizar sus derechos territoriales, culturales, políticos y sociales, promulgó una serie de leyes y decretos que les permite asumir el control de sus formas de vida, tradiciones culturales, dinámicas organizativas y desarrollo económico y social” (Mininterior, 2019: 9).

Desde esta perspectiva, contener el desarrollo en la participación y viceversa es crucial para darle lugar a la PSC en salud como eje del desarrollo étnico territorial en comunidades afrocolombianas.

Los tres elementos antes considerados reclaman al unísono el ejercicio pleno de las libertades de los pueblos y comunidades negras. Estos aspectos son

resaltados por Grueso (Grueso, 2000) quien destaca que los procesos de organización de comunidades negras en el pacífico sur colombiano pasan por capitalizar las alternativas que tengan como valor central el territorio y el derecho a la diferencia, respetando la cosmovisión política y cultural de estas comunidades. Este proyecto -en coherencia con la postulación de lineamientos de participación social en salud- debe identificar los aspectos organizativos, identitarios y autonómicos que hagan posible que la PSC en salud se posicione en coherencia con los reclamos de derechos de las comunidades étnicas. Posicionalidad colectiva, diferencia por territorios, y autonomía étnica son claves que deben servir de guía para la estructuración de lineamientos estratégicos para la participación social en salud en el seno de un modelo de atención sanitaria que se dice diferencial e intercultural (como bien lo define el título del proyecto de investigación).

Las ideas de RIMISP son consistentes con lo que se viene discutiendo, pues se necesita trabajar la salud rural desde un enfoque de equidad diferencial por territorios, poniendo énfasis a la brecha social rural. La salud rural se ve ampliamente afectada por la debilidad institucional estatal y la de sus representantes sectoriales en salud (EAPB, IPS, ESE) sumada a una ineffectividad en salud que se refleja en indicadores de precariedad sanitaria. Ante esto, caben propuestas que mínimamente incluyan una vigorización de la atención primaria en salud, adecuaciones institucionales del sistema de salud para garantizar el acceso, y el apoyo a soluciones locales para el desarrollo territorial (Fábrega 2013).

Elementos para la discusión general

Las necesidades de salud deben ser exploradas con la población directamente, lo cual es más necesario con comunidades rurales. Otros estudios con personas mayores han comprobado que en el contexto de las crisis de transición, la atención médica administrada, los desafíos especiales de los entornos rurales y los objetivos de salud, deben ser sensibles a objetivos de salud específicos para las comunidades rurales. Un enfoque significativo en la infraestructura rural, geografía, demografía y características socioculturales ha resultado en la creación de planes diferenciales de atención en salud (Gamm, Hutchinson, Bellamy y Dabney, 2002). Las disposiciones y opiniones de los interesados en cada comunidad rural, debían atender sus propias lógicas antes que la de los investigadores. Los supuestos de la indagación apreciativa unitaria (Cowling, 2001) enriquecen este enfoque al reconocer y valorar lo mejor de lo que ya existe en una comunidad,

visualizando y co-creando lo que podría ser y resolviendo de manera innovadora los problemas comunes. Este enfoque genera una teoría que es tanto general como particular, al servicio de las partes involucradas en dicho esfuerzo, y que combina la fórmula indagadores-participantes. No hay grupo poblacional que esté en condiciones inferiores para dar testimonio de sus necesidades y proponer alternativas, lo cual se identifica con ejercicios de construcción de conceptos y prioridades en salud entre grupos poblacionales extremos como es el caso de los adultos mayores (Averill 2003).

La idea de analizar conceptos propios sobre salud y asignación de prioridades en salud desde los conceptos propios de las comunidades rurales guarda relación con el método de investigación-acción, pero especialmente se identifica con procesos de análisis de vulnerabilidad y modelos de complejidad y acción colectiva, pues no se trata de ejercicios naturales de flujo de información surgidos de una consulta sino una exigencia ética del quehacer en salud pública para la garantía del ejercicio del derecho a la salud, ámbito donde los investigadores intervienen con su capacidad e instrumentos de trabajo. Los modelos de vulnerabilidad (Braggs 2003) y comunidades resilientes en contextos rurales (Berkowitz 2004; Dupre et al 2016; Dankwa & Pérez 2016), están a la orden para enriquecer el debate sobre posibilidades y barreras de construir modelos de salud adecuados a contextos de ruralidad y poblaciones desatendidas. Estos modelos son sensibles a la ruralidad y reconocen que las respuestas a estos contextos y comunidades deben ser apreciativas y singulares en función de fortalecer las capacidades e infraestructuras locales rurales. Esto se refuerza cuando observamos que hay alguna evidencia de que las intervenciones basadas en áreas geográficas pequeñas reducen las desigualdades. Tales intervenciones tendieron a producir resultados beneficiosos cuando hubo un cambio en el entorno físico, financiamiento adecuado, buen liderazgo y enlace con las comunidades locales.

Aunque la investigación aún se encuentra en una etapa media, las lagunas de conocimiento demuestran que actualmente es imposible proporcionar un modelo único para iniciativas poderosas, factibles y sostenibles basadas en el lugar (rural, por ejemplo) que garanticen con certeza mejores resultados de salud comunitaria (Dankwa & Pérez 2016). En ese horizonte, parte del desafío es valorar y ponderar los elementos clave de nuevos enfoques basados en el lugar (como es el caso del abordaje colectivo) que juegan un papel importante en los resultados de salud (Boyce 2013).

Referencias bibliográficas

Aichino, L. et. al. (2015) Geo-Grafías con Carlos Walter Porto Gonçalves. *Cardinalis Revista del Departamento de Geografía*, 3 (4): 230–263.

Averill, Jeniffer (2003) Keys to the Puzzle: Recognizing Strengths in a Rural Community. *Public Health Nursing*, 20 No. 6: 449–455.

Berkowitz, Bobbie (2004). Rural public health service delivery: promising new directions. *American journal of public health*, 94(10): 1678–1681. In <https://doi.org/10.2105/ajph.94.10.1678>

Boyce B. (2013). Collective impact: aligning organizational efforts for broader social change. *J Acad Nutr Diet.*, 113(4): 495–497.

Bragg, Susan (2003). The Application of a vulnerable populations conceptual Model to Rural Health. *Public Health Nursing Vol. 20 No. 6*: 440–448.

Cowling, W. R. III. (2001). Unitary appreciative inquiry. *Advances in Nursing Science*, 23(4): 32–48.

Dankwa-Mullan, I., & Pérez-Stable, E. J. (2016). Addressing Health Disparities Is a Place-Based Issue. *American journal of public health*, 106(4):637–639. In <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303077>.

Dupre, M. E., Moody, J., Nelson, A., Willis, J. M., Fuller, L., Smart, A. J., Easterling, D., & Silberberg, M. (2016). Place-Based Initiatives to Improve Health in Disadvantaged Communities: Cross-Sector Characteristics and Networks of Local Actors in North Carolina. *American journal of public health*, 106(9), 1548–1555. In <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303265>.

Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Unaula.

Fábrega, R. (2013). “Salud y Desigualdad Territorial”. Documento de Trabajo N° 13. Serie Estudios Territoriales. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. RIMISP, Santiago, Chile.

Gamm, L., Hutchinson. L., Bellamy, G., & Dabney, B. J. (2002). Rural Healthy People 2010: Identifying rural health priorities and models for practiced. *Journal of Rural Health*, 18 (1): 9–14.

Grosfoguel, R (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad, pensamiento fornterizo y colonialidad global. *Tábula rasa*, 4: 17-48.

Grueso, Libia Rosario (2000). El proceso organizativo en comunidades negras en el pacífico sur colombiano. Trabajo de grado para optar al título de magister en estudios políticos. Universidad Javeriana Cali.

Lindon, A. *Geografías de la Vida Cotidiana*. En Hiernaux, D. y Lindon, A. [Directores] (2006). Los giros de la Geografía Humana. Desafíos y Horizontes. Barcelona: Anthropos Editorial y México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Ministerio del Interior (2019). *Guía para la formulación de Planes de Etnodesarrollo en Consejos Comunitarios*. Bogotá, 40 pags.

O'Dwyer L.A., Baum F., Kavanagh A., Macdougall C. (2007). "Do area-based interventions to reduce health inequalities work: a systematic review of evidence". *Critical Public Health*; 17(4): 317-335.

Porto-Gonçalves, C. W. (2006). "A geofricidade do social: uma contribuição para o debate metodológico para os estudos de conflictos e movimientos sociais na América Latina". *Revista Electronica da Associação dos Geografos Brasileiros - Seção Três Lagoas-MS*, Maio: 5-26.

Valiente, S & et al (2018). El territorio es el lugar donde habita el pensamiento. Recuperado de Jornadas platenses de geografía y XX jornadas de investigación y de enseñanza en geografía. La Plata, Argentina. Disponible en: <http://jornadasgeografia.fahce.unlp.edu.ar/jornadas-platenses-y-xx-jieg/actas/Valiente.pdf>