



Comunidades, territorios y Atención Primaria en Salud *en el litoral pacífico*



Comunidades, territorios y Atención
Primaria en Salud en el Litoral Pacífico.

Comunidades, territorios y Atención Primaria en Salud en el Litoral Pacífico. / Marta Cecilia Jaramillo-Mejía, Abeladro Jiménez, Janeth Cecilia Gil Forero. Ivanoba Pardo Herrera. Adriana Núñez Cabrera, Olga Osorio Murillo Paula C. Bermúdez Jaramillo. Claudia Isabel Vivas Tobar. Yolanda Zapata Bermúdez – Edición Marta Cecilia Jaramillo-Mejía – Cali : Universidad Icesi, 2019. # Paginas

Enero de 2019

ISBN

Caratula

Sandra Moreno

Diseño cubierta y de interiores

Sandra Moreno

Fotografía

Marta Cecilia Jaramillo-Mejia

Alejandra Pérez

Corrección de estilo

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	VII
CAPÍTULO 1. EL LITORAL PACIFICO, ESCENARIO PARA UNA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DIFERENCIAL.	1
CAPITULO 2. REDES SEMÁNTICAS EN COMUNIDADES NEGRAS E INDÍGENAS DE GUAPI, PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DIFERENCIAL BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. 19	
CAPITULO 3. ELEMENTOS SOCIALES Y COMUNITARIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DIFERENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TERRITORIOS DE ALTA RURALIDAD EN BUENAVENTURA	41
CAPÍTULO 4. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES DE POZA MANSA Y BARRIO ONETTI DEL MUNICIPIO DE BAHÍA SOLANO	89
CAPITULO 5. TUMACO, LA PERLA DEL PACÍFICO: LOS PROCESOS COMUNITARIOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS TERRITORIOS	145
CAPÍTULO 6. LECCIONES APRENDIDAS.	198

Presentación

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

Capítulo 1. El Litoral Pacífico, escenario para una Atención Primaria en Salud diferencial.

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

El litoral pacífico colombiano, está entre las aguas del océano pacífico y la cordillera occidental. Este extenso cordón de 80,000 km² comprende cuatro departamentos: Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño.

En la zona norte, el municipio de Bahía Solano es el epicentro del pacífico chocoano (Alcaldía de Bahía Solano, 2016); seguido por Buenaventura, Distrito Especial, principal puerto sobre el océano Pacífico y salida marítima del departamento del Valle del Cauca. A tres horas de Buenaventura se puede llegar a Puerto Merizalde y Joaquinco; desde Buenaventura es posible llegar a la siguiente ciudad costera ubicada en el departamento del Cauca: Guapi, a donde se llega sólo a través del mar, con dificultades por la marea y luego río o por vía aérea; la comunicación inter-veredal y de la cabecera a las veredas solo se hace en forma fluvial, sin que se preste el servicio de transporte con rutas y frecuencias regulares, éste se presta a través de particulares, según necesidad (Atehortua & Artunduaga, 2011). Más hacia el sur está el municipio de Tumaco, en el departamento de Nariño, ciudad costera, segunda en importancia comercial y número poblacional, después de Buenaventura, el cual cuenta con una gran extensión territorial.

Generalidades del litoral

El litoral pacífico presenta unas características geográficas particulares, que varían en toda su extensión desde el Chocó hasta Nariño, cuenta con dos tipos de costas: 1) una costa alta y montañosa al norte del departamento del Chocó hasta Panamá y; 2) una costa aluvial baja, bordeada por bosques y playas que se extienden hacia el sur, por más de 640 km hasta Ecuador (Robert West, 1957).

Esta diferencia geográfica también ha afectado el poblamiento y los modos de subsistencia de las diferentes poblaciones asentadas sobre la costa pacífica colombiana. temperatura rara vez sobrepasa los 30°C, pero la humedad relativa oscila entre el 80 y el 95%. Esta zona se caracteriza como una de las más húmedas debido a que sus precipitaciones anuales, que varían entre 5,000 y 10,000 mm. Los meses que menos lluvias presentan son febrero y marzo (Robert West, 1957).

Debido a las condiciones climáticas, estas tierras del pacífico colombiano son ricas en flora y fauna, el límite concomitante con la cordillera presenta una amplia vegetación, el clima ecuatorial lluvioso del noroccidente produce una densa cobertura boscosa. (Robert West, 1957, p. 80)

En cuanto a las características poblacionales del litoral pacífico, en este territorio habitan principalmente comunidades étnicas afrodescendientes, que se han organizado de manera autónoma bajo la figura de Consejos Comunitarios, siendo 180 en total repartidos en los cuatro departamentos (Defensoría del pueblo, 2016), y comunidades indígenas, las que se configuran como Cabildos Indígenas.

Uno de los fenómenos que más ha afectado el poblamiento y las dinámicas de vida en esta región del país, ha sido la incidencia del conflicto armado, cuya consecuencia ha sido el desplazamiento forzado. Según Cortés (2007), en esta región convergen los intereses de cuatro actores en conflicto, el Estado, las multinacionales, la guerrilla y los paramilitares: *“la apropiación de estos territorios para la adaptación de proyectos de modernidad capitalista”* (Catalina Cortés, 2007, p. 166).

Los cuatro departamentos que conforman el litoral pacífico, convergen en cuatro generalidades (Catalina Cortés, 2007, p. 166):

- Comunidades étnicas con una forma de organización política autónoma;
- El desplazamiento forzado;
- El daño ambiental progresivo;
- La población mayoritariamente en condiciones de pobreza.

La población de los cuatro municipios es de 650,794 personas, de las cuales el 21.4% de ellas viven en el área rural. Excepto Buenaventura, los otros tres municipios tienen una población rural cercana al 50%, sin embargo, Buenaventura es el municipio que por su extensión presenta la mayor área rural (Tabla1).

Tabla 1: Indicadores demográficos de los municipios seleccionados.

No.	INDICADORES	Bahía Solano (1)	Buenaventura (2)	Guapi (3)	Tumaco (4)	Minigráficos	%
DEMOGRÁFICOS							
1	Población Total 2016 (proyecciones DANE)	650,794	9,351	407,675	29,797	203,971	
2	Población Cabecera 2016 (proyecciones DANE)	511,355	4,906	373,717	18,199	114,533	78.6%
3	Población Resto 2016 (proyecciones DANE)	139,439	4,445	33,958	11,598	89,438	21.4%
4	Población Hombres 2016 (proyecciones DANE)	319,937	4,794	198,261	15,026	101,856	49.2%
5	Población Mujeres 2016 (proyecciones DANE)	330,857	4,557	209,414	14,771	102,115	50.8%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social, Ficha Territorial de Indicadores, SISPRO. Oct 2016.

A continuación se hará una caracterización y contextualización de cada uno de los departamentos que conforman el Litoral Pacífico y de algunos de sus principales municipios.

Departamento del Chocó:

El Chocó es el noveno departamento más grande del país, su extensión territorial es de 46,530 Km² (4% de la extensión del país). Cuenta con una localización privilegiada con acceso directo al mar Caribe y al Océano Pacífico. Sus tres principales ríos son el Atrato, San Juan y el Baudó, que se constituyen como los más importantes entre las numerosas fuentes hídricas con las que cuenta este departamento (Gobernación del Chocó, 2012).

Cuenta con una población de 485,543 habitantes, de los cuales el 90% son afrodescendientes, el 6% mulatos y blancos y el 4% restante son indígenas. El índice de pobreza multidimensional (2015) es de 55.6% en comparación con el resto del país que es del 23.4% (Departamento Nacional de Planeación, 2017). La esperanza de vida es de 58.3 años, mientras que el promedio nacional es 70.3 años. El 79% de los habitantes presenta al menos una necesidad básica insatisfecha, mientras que a nivel nacional este indicador es del 27.6%. El indicador de calidad de vida es el más bajo del país: 58 puntos, frente a un promedio nacional de 79, lo que indica que este departamento es uno de los más pobres del país y tiene las más bajas condiciones de vida, según lo establece el último Plan de Desarrollo del Chocó (Gobernación del Chocó, 2012).

Bahía Solano

El municipio de Bahía Solano está ubicado entre la serranía del Baudó y el océano pacífico, la población de Bahía Solano es de 9,507 habitantes, de los cuales 4,753 son mujeres y 4,754 hombres. Ciudad Mutis es la cabecera municipal de Bahía Solano, cuenta con una población de 5,000 personas (2,443 hombres y 2,445 mujeres). Este municipio mayoritariamente rural, tiene

seis corregimientos: Mecana con una población de (60) personas; Valle, Cupica, Huaca, Nabuga y Huina. En el corregimiento de Huaca se encuentra el Consejo Comunitario Los Delfines (Alcaldía de Bahía Solano, 2012). Tiene una densidad poblacional de 9.56 personas por Km².

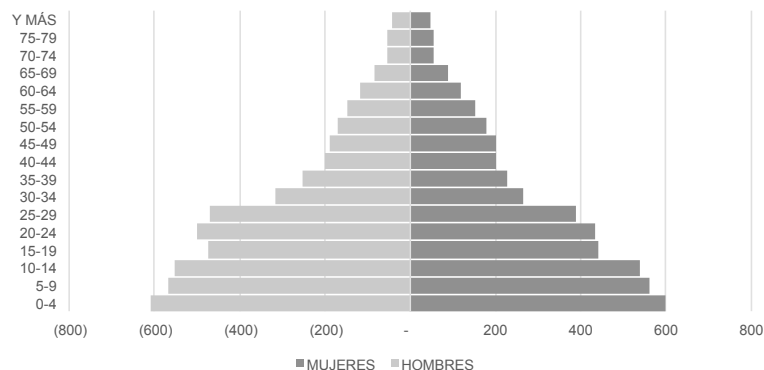
Tabla 2. Población por género en los corregimientos de Bahía Solano.

Corregimientos	Hombres	Mujeres
Huina	150	170
Nabuga	42	44
Huaca	135	122
Cupica	544	217
Valle	1389	1396

Fuente: Consejo Comunitario Los Delfines (Alcaldía de Bahía Solano, 2012)

Para el año 2015 la pirámide de población mostró una población muy joven (Figura 1)

Figura 1. Pirámide de población general, Bahía Solano, 2015.



Fuente: Ficha de caracterización territorial, DNP 2015.

En Bahía Solano habita población organizada en cuatro resguardos indígenas: el brazo, Poza Monza, Borooboro y Villa nueva Juná, además, la comunidad indígena Duma, reside en la cabecera municipal de Bahía solano, que se dedican al turismo y las artesanías. Además cuenta con un consejo comunitario de comunidades negras, Los Delfines (Alcaldía de Bahía Solano, 2012).

Tabla 3. Población indígena de Bahía Solano.

Comunidad	Número de integrantes
El Brazo	317
Pozamaña	209
Boroboro	183
El DOCE	67
DUMA	79
Belem	53
Cupica	39
Mecana	25
Villa Nueva	60

Fuente: Datos del Plan de Desarrollo de Bahía Solano.

Como fenómeno de asentamiento poblacional, el municipio de Bahía Solano es un territorio de recepción de desplazados por la violencia, desde otras zonas del Chocó. La comunidad indígena de El DOCE es una población desplazada que se ha asentado en el municipio, se calcula que son 1,140 desplazados en total los que ha recibido el municipio en los últimos años (Alcaldía de Bahía Solano, 2012).

Pasando a otras características del municipio según las cifras arrojadas por el DANE, Bahía Solano cuenta con 2,356 viviendas de las cuales, 113 (4.8%) se diferencian como casas indígenas; las principales actividades económicas del municipio son el empleo público, el comercio, la pesca, la agricultura, el turismo, la extracción de recursos naturales, la carpintería, ebanistería, la construcción, el trabajo doméstico y el comercio informal. En cuanto a servicios públicos, el 16.6 % de la población no cuenta acueducto y un 67.9 % de la población tampoco cuenta con alcantarillado.

Con relación a las brechas de inequidad, Bahía Solano tiene altas tasas de mortalidad infantil, pero al compararse con otros municipios del departamento, se puede decir que la población está más educada.

En total son seis los puestos de salud repartidos entre los corregimientos y las veredas del municipio: en El Valle, Cupica y en las veredas de Huina, Nabuga, Huaca, Playita de Potes. La mayoría de los pobladores están afiliados al sistema de salud subsidiado, no obstante, queda por fuera de cobertura una población de 1,380 personas. La cabecera municipal cuenta con un hospital de primer nivel y para la atención de la población se cuenta con 40 profesionales en salud (Alcaldía de Bahía Solano, 2012).

Tabla 4. Análisis de brechas, Bahía Solano, 2015.

ANÁLISIS DE CIERRE DE BRECHAS					
	NIVELES ACTUALES*			Resultado Esperado 2018**	Esfuerzo en cierre de brechas
	Municipio	Departamento	Región		
Cobertura neta educación media (% 2015)	31.3%	20.7%	35.7%	36.1%	mediobajo
Pruebas saber 11 matemáticas (2014)	44.5	42.6	48.2	44.8	medioalto
Tasa analfabetismo mayores a 15 años (2005)	11.7%	22.8%	8.8%	7.1%	mediobajo
Tasa de mortalidad infantil-Fallecidos por mil nacidos vivos (2013)	38.1	39.0	16.1	17.6	medioalto
Cobertura vacunación DTP (2015)	100.0%	78.6%	91.5%	100.0%	mediobajo
Cobertura total acueducto (2005)	83.4%	22.0%	78.8%	83.4%	bajo
Déficit cualitativo de vivienda (2005)	56.3%	80.3%	28.9%	23.3%	medioalto
Déficit cuantitativo de vivienda (2005)	3.2%	12.1%	13.0%	1.6%	bajo

Fuente: DANE, Mineducación, Minsalud

* Nota 1: Los valores correspondientes a los niveles departamentales y regionales son el promedio municipal ponderado por la población al 2015.

** Nota 2: Los resultados esperados a 2018 fueron calculados por la DDTS en el año 2013, luego existen algunos casos en donde los niveles actuales ya superaron sus niveles esperados a 2018.

Fuente: GET, DDTS, DNP - 2014

Fuente: DANE, Mineducación, Minsalud (2015).

2. Valle del Cauca

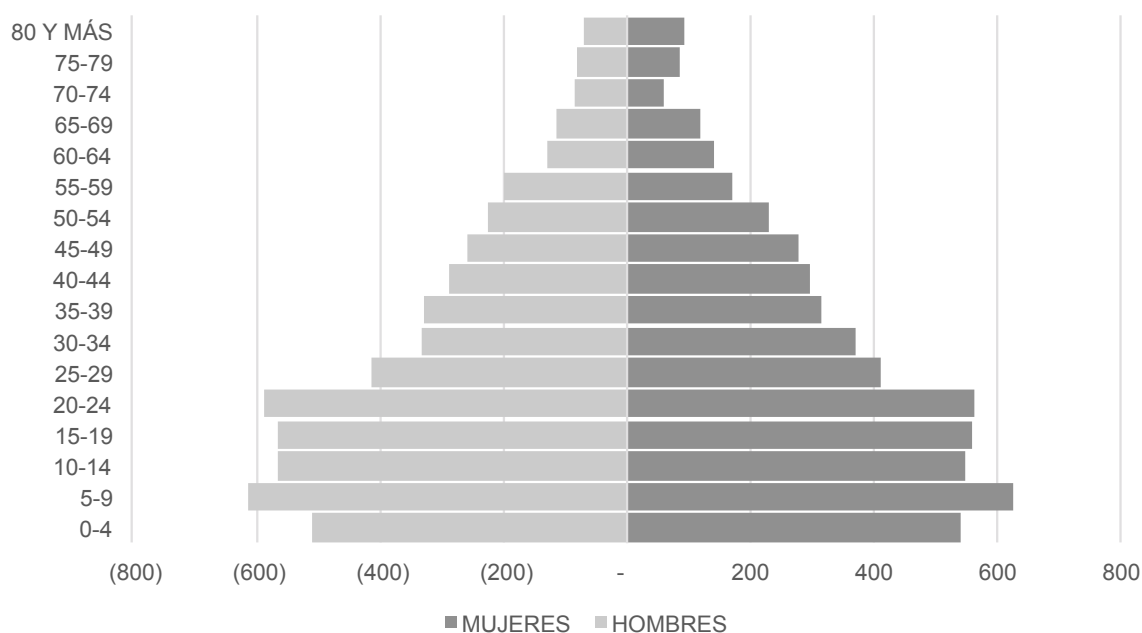
El Valle del Cauca es un departamento con 22,140 km² de extensión y una población que asciende a los 4,430,000 de habitantes. Es uno de los departamentos más urbanizados del país, cuenta con seis ciudades intermedias, en donde Buenaventura es la segunda ciudad del departamento, siendo también el puerto más importante de la costa pacífica. La principal actividad productiva del Valle del Cauca es la producción de caña azúcar, cuyo cultivo se extiende por una gran proporción del departamento (Gobernación del Valle del Cauca, 2012). Buenaventura es la única salida al mar con la que cuenta el departamento.

Buenaventura

El distrito especial, industrial, portuario, biodiverso y ecoturístico de Buenaventura, cuenta con una extensión de 6,078 km² y una población 369,753 habitantes, en donde 335,256 personas viven en la cabecera distrital y 34,497 en la zona rural (CIMDER, 2011). Tiene una densidad poblacional de 58.2 habitantes por Km², es el territorio con mayor extensión y el más pobre del Valle del Cauca (Gerson Javier Pérez, 2007, p. 2).

Casi la totalidad de la población está afiliada al régimen subsidiado, por lo que la pirámide de población es muy similar a éste (Figura 2)

Figura 2. Pirámide de población del SISBEN, Buenaventura, 2015.



Fuente: Ficha de caracterización territorial, DNP 2015.

Según datos del DANE, el 40% de la población no cuenta con servicio de alcantarillado y el 24 % no cuenta con servicio de acueducto. Buenaventura presenta unas características particulares, está localizada a 7 msnm, las condiciones climáticas extremas de Buenaventura superan las del Chocó, en este municipio se presenta un clima cálido muy húmedo el cual es del 55 % cuando Chocó presenta un clima cálido pluvial del 28 %. Los suelos de Buenaventura presentan muy baja fertilidad lo que dificulta el uso del suelo para actividades agrícolas sólo de pan-coger, el 71% del suelo es de conservación por lo que se dan actividades de minería ilegal (Gerson Javier Pérez, 2007). En cuanto a pertenencia étnica hay un número predominante de ciudadanos afrocolombianos 271.060, en donde se pueden identificar nueve Consejos Comunitarios, por otra parte 2.645 personas se identifican como indígenas, siendo en total siete resguardos indígenas de las etnias Waunan y Embera. Por tanto, el puerto de Buenaventura es de gran importancia nacional, pues tiene la mitad de la participación del comercio internacional del país.

A pesar de ser uno de los principales puertos del país, las implicaciones económicas que tiene para la economía no se ha visto reflejada en las condiciones de vida de la población. Para el año 2004, el 80 % de la población era pobre y el 43.5 % era indigente. En los Cuadernos del PNUD (2016) se indica que los niveles de desigualdad por ingresos per cápita entre la población en los

que existe una diferencia de ingresos 66 veces mayor a la de los más pobres, aquí se halla un vínculo entre la tenencia de niños en el hogar y el nivel de ingresos y de pobreza. Las tasas de analfabetismo también son muy altas, lo que también dificulta en cierta medida la participación en el mercado laboral, en donde hay una tasa de desempleo del 83% (Núñez & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2016). Según el Ministerio del Trabajo (2011), esto se debe en cierta medida a la conservación de dinámicas de supervivencia de las zonas rurales, que pese a vivir en suelos urbanos no se desligan de las actividades agrícolas, de caza y pesca, lo que dificulta la empleabilidad (Ministerio de Trabajo, 2011).

A pesar de que Buenaventura es el principal puerto sobre el pacífico, tiene las más altas tasas de inequidad, pues muestra muchas diferencias consigo mismas y con los demás. (Tabla 5).

Tabla 5. Cierre de Brechas en Buenaventura, 2015

ANÁLISIS DE CIERRE DE BRECHAS					
	NIVELES ACTUALES*			Resultado Esperado 2018**	Esfuerzo en cierre de brechas
	Municipio	Departamento	Región		
Cobertura neta educación media (%_2015)	22.3%	40.0%	35.7%	42.5%	medioalto
Pruebas saber 11 matemáticas (2014)	45.0	48.9	48.2	45.4	mediobajo
Tasa analfabetismo mayores a 15 años (2005)	9.2%	5.3%	8.8%	7.2%	mediobajo
Tasa de mortalidad infantil-Fallecidos por mil nacidos vivos (2013)	27.6	11.3	16.1	12.6	medioalto
Cobertura vacunación DTP (2015)	64.2%	93.8%	91.5%	91.1%	medioalto
Cobertura total acueducto (2005)	76.1%	94.0%	78.8%	96.5%	mediobajo
Déficit cualitativo de vivienda (2005)	43.2%	10.4%	28.9%	20.6%	medioalto
Déficit cuantitativo de vivienda (2005)	11.2%	12.2%	13.0%	10.3%	bajo

Fuente: DANE, Mineducación, Minsalud
 * Nota 1: Los valores correspondientes a los niveles departamentales y regionales son el promedio municipal ponderado por la población al 2015.
 ** Nota 2: Los resultados esperados a 2018 fueron calculados por la DDTS en el año 2013, luego existen algunos casos en donde los niveles actuales ya superaron sus niveles esperados a 2018.

Fuente: GET, DDTS, DNP - 2014

3. Cauca:

El Departamento del Cauca está ubicado en el suroccidente Colombiano, limita con los departamentos de Valle del Cauca y Nariño con quienes comparte los 140 km de costa pacífica que pertenecen a su jurisdicción, junto con las islas Gorgona y Gorgonilla. La extensión territorial de este departamento es de 30,169 km² lo que equivale al 2.7 % del territorio nacional (Gobernación del Cauca, 2012).

Las principales fuentes productivas del departamento del Cauca son la agricultura y los sistemas extractivos, entre los que se encuentran productos como el café, caña para la extracción de azúcar, caña panelera, la yuca, el plátano, la papa, los árboles frutales, cultivo de coco, palma africana, chontaduro, fresa y explotación de recursos marino-costero (atún, ostras, camarón y otras especies), los cultivos de palma africana están asociados a la agroindustria, que también representa una fuente de empleo para la población.

Entre otras vocaciones económicas está la minería de oro, plata, platino y carbón, la producción de energía hidroeléctrica y el turismo (Corporación Autónoma Regional Del Cauca - CRC, 2012). Las actividades productivas que se dan específicamente en la zona pacífica caucana se encuentran la pesca artesanal y la explotación minera.

En el Cauca, especialmente en su región pacífica, la minería ilegal está afectando gravemente el ambiente y los recursos naturales, pues ésta se realiza de manera antitécnica. Otra de las actividades que está perjudicando gravemente el ecosistema es la extracción ilegal de bosques (tala de bosques), en la región pacífica se extrae el 58 % de la producción nacional de madera aserrada, afectando los bosques de colinas bajas y los manglares (Corporación Autónoma Regional Del Cauca - CRC, 2012).

Como se puede observar, el Cauca y en especial su porción litoral son ricos en biodiversidad, no obstante la explotación descontrolada de la tierra ha ocasionado múltiples problemáticas de deterioro ambiental, que también se da por los asentamientos poblacionales y la falta de atención del estado para con ellos, la deficiencia de saneamiento básico urbano y rural, ha ocasionado la contaminación de las fuentes hídricas, por lo que el área hidrográfica se ha visto perturbada debido a las descargas de aguas residuales y de explotación (Corporación Autónoma Regional Del Cauca - CRC, 2012).

A pesar de lo anterior, el Cauca tiene un índice de pobreza multidimensional de 31.3%, 8 puntos porcentuales por encima del promedio del país, pero con altas brechas de inequidad

Guapi

Guapi es el principal municipio caucano sobre el océano pacífico, cuenta con una extensión de 2,688 Km², limita hacia el norte con el océano Pacífico y el municipio de Timbiquí; hacia el occidente también con el océano Pacífico y la isla de Gorgona, que también hace parte del municipio; hacia el oriente, Guapi limita con los municipios de Argelia y Timbiquí. Por último, hacia el sur, limita con el municipio de Santa Bárbara de Iscuandé. De los cuatro municipios seleccionados es el de más alta ruralidad, con una densidad poblacional de alrededor de 10 personas por Km².

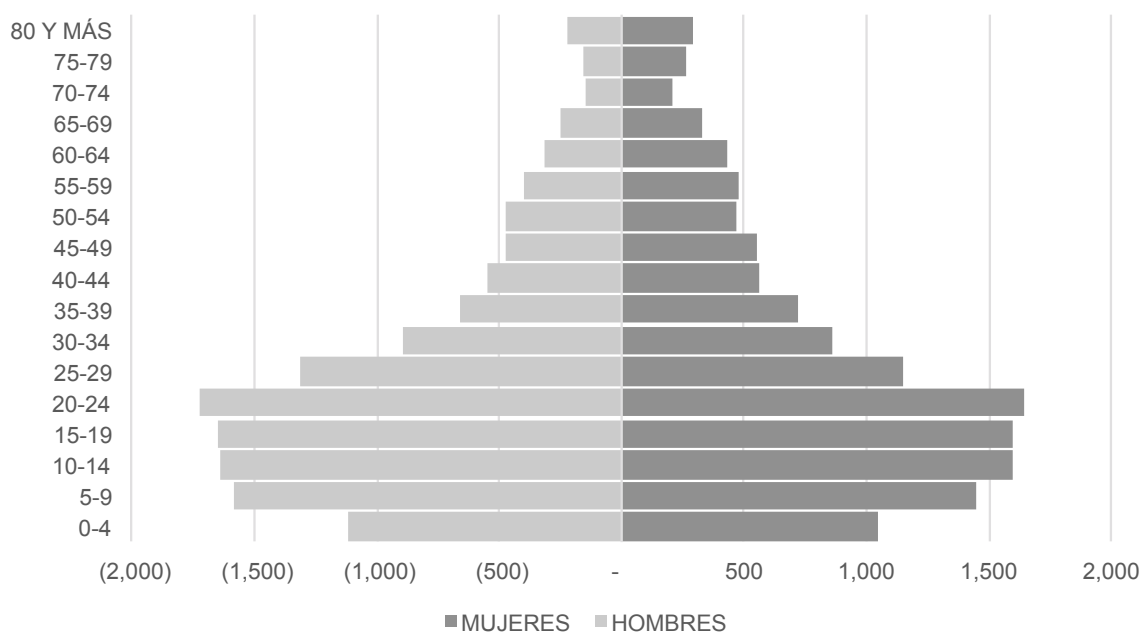
En cuanto a su distribución administrativa, está dividido en 24 corregimientos y 33 veredas, cuenta con una población predominantemente afrodescendiente con el 97 %; en la zona rural, se

han organizado políticamente bajo el modelo de los Consejos Comunitarios¹ que cobija la ley 70 de 1993 _.

La distribución política de la zona rural y los corregimientos se distingue en relación con el afluente de los ríos, ordenados así mismo los consejos comunitarios: El Consejo Comunitario del Río Napi, Consejo Comunitario del Río San Francisco, Consejo Comunitario del Río Alto Guapi, Consejo Comunitario del Río Guapi abajo, Consejo Comunitario Río Guajuí, Consejo Comunitario Chanzará (Alcaldía de Guapi, 2012)

Cuenta con una población de 29,365 habitantes en dónde 17,624 (60 %) habitan la cabecera del municipio y 11,741 (40 %) la zona rural, según datos del DANE actualizados al año 2011. Y una pirámide de población con una base muy ancha y la población en edad productiva muy estrecha, como si la población de esa edad migrara de la ciudad, en la siguiente pirámide se muestra la distribución del SISBEN, donde se resalta además la población con mayor edad (Figura 3).

Figura 3. Pirámide de población del SISBEN, Guapi 2015.



Fuente: Ficha de caracterización territorial, DNP 2015.

¹ El proceso organizativo de las comunidades negras, localizado principalmente en el Pacífico Colombiano, fue fundamental para la elaboración de la Ley 70 de 1993, la cual organizó las comunidades negras bajo una propiedad colectiva a través de la región. A través de esta acción y lucha legal, les fueron otorgadas a estas organizaciones autoridad y autonomía, específicamente en los procesos organizativos y de decisión sobre sus propios territorios. (Cortés, 2007)

En el Plan de Desarrollo se precisa una problemática que se ha ido presentando hace algunos años, el descenso de la población rural y el aumento de la población urbana, para el 2005 la población urbana era del 56 % y para el 2011 ha ascendido al 60 %. En múltiples documentos consultados se evidencian los factores que han incidido en estas dinámicas poblacionales, entre lo que menciona los problemas de orden público, pues esta zona ha sido especialmente afectada por la presencia de grupos armados al margen de la ley, que representan una amenaza para la población, además de los motivos relacionados con la calidad de vida. La zona urbana ha presentado aumento de su población como centro urbano, puesto que se ha fijado como receptor de poblaciones migrantes de Nariño y de la zona rural del mismo Guapi (Alcaldía de Guapi, 2012).

La población guapireña es una población joven, el 57 % de sus habitantes se ubican en el grupo de edad entre los 0 y 19 años, y guarda una proporción entre el número de hombres y mujeres, en donde el 60% de la población se vale del empleo informal para subsistir y el 40 % se encuentra en situación de desempleo, con el agravante de las condiciones de vida y de vivienda (Ministerio de Trabajo & PNUD, 2013), pues no hay una cobertura de servicios públicos para la población de Guapi, debido a que 82 % de la población no cuenta ni con acueducto ni con alcantarillado. Los indicadores socioeconómicos muestran que el 87.42 % de la población del municipio de Guapi presenta NBI, en donde el 97.55 % pertenece a la cabecera municipal.

Según la medición de desempeño municipal, Guapi está en un nivel bajo, ubicado el lugar 960 de los 1,120 municipios de Colombia (Tabla 6)

Tabla 6. Desempeño municipal de guapi, Cauca

Medición de desempeño municipal (MDM)				
Grupo de capacidades iniciales G5- Nivel Bajo	Puntaje	2017		
		Posición grupo CI	Puntaje promedio grupo CI	Posición nacional
Gestión	37,88	155	41,76	960
Resultados	63,40	128	64,24	873
Índice final de desempeño municipal	37,35	167	41,98	981

Fuente: DNP 2017

4. Nariño

El departamento está ubicado en el suroccidente del país y limita por el sur con la República de Ecuador, y con los departamentos del Cauca y Putumayo. La superficie total del departamento es de 33,265 km², que equivalen al 2.9 % del territorio nacional. Tiene una población de 1,680,795

de habitantes, en donde el 52 % pertenecen al área rural, lo que concuerda con la vocación económica del departamento. El índice de pobreza multidimensional es de 34%, 11 puntos porcentuales por encima del promedio nacional y es el segundo departamento con mayor PMD del litoral pacífico, después del Chocó. El 43 % de las personas están con NBI lo que es representativo según la tasa de pobreza que alcanza el 50%. El 82% de la población tiene cobertura en salud por medio del régimen subsidiado. En cuanto a la distribución de la población por grupos étnicos, el 10.36 % se identifican como indígenas y el 18.05 % como afro-colombianos (Gobernación de Nariño, 2012).

La agricultura se posiciona como un importante renglón económico para el departamento, entre los productos cultivados se encuentra la papa, el plátano, la caña panelera, la palma de aceite y el maíz como los más importantes. En los años 90's se empezó a sembrar en el departamento cultivos ilícitos, para el 2007 Nariño se constituyó como el departamento con la mayor área sembrada, siendo Tumaco, el segundo municipio con la mayor área de estos cultivos (5.2% del total nacional) (Observatorio de Procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración, ODDR, 2011).

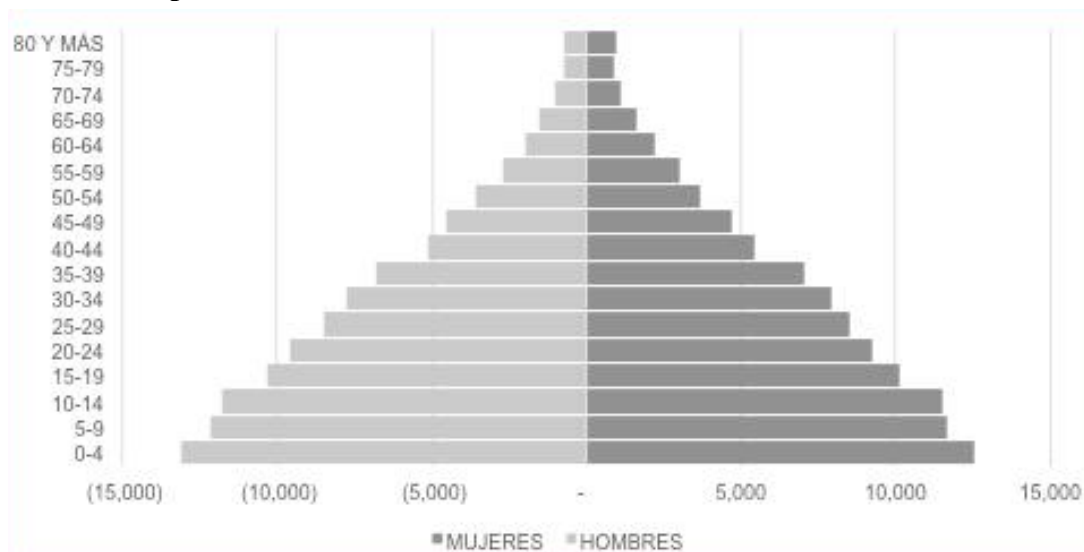
Tumaco (San Andrés de Tumaco)

La zona del pacífico nariñense ocupa un 60 % total de la extensión del departamento de Nariño con una extensión de 3,778 km² y una densidad poblacional del 52.85 personas por km² (DNP, 2016). Tumaco es el principal municipio sobre la costa pacífica, reconocido recientemente como Distrito tiene una población de 187,084 (2015), de los cuales 84,589 están asentados como población rural (Alcaldía de Tumaco, 2012).

El municipio limita con los municipios de Francisco Pizarro, Roberto Payan y Mosquera sobre la zona de San Juan de la costa, al sur con la República de Ecuador, al occidente con el Océano Pacífico. La mayor parte de su territorio está comprendido en la llanura del pacífico, en donde se encuentran extensas zonas cubiertas de selva (Alcaldía de Tumaco, 2012).

La pirámide de población del Municipio de Tumaco es amplia en la base, característica propia de las poblaciones muy jóvenes y de bajo desarrollo e ingresos, sin embargo, llama la atención que la pirámide de población de la población sisbenizada tiene una reducción de la población menor de 5 años (Figura 4).

Figura 4. Pirámide poblacional de Tumaco.



Fuente: Ficha de caracterización territorial, DNP 2015.

La mayor parte de la población de Tumaco corresponde a población afrodescendiente, negra o mulata, hay alrededor de 10,000 indígenas que habitan en los 15 resguardos, pertenecen al pueblo Awá y Eperara Siapidara, que tienen sus propias formas de gobierno y organización territorial, en 10 cabildos

Con relación a las brechas de inequidad, comparativamente con la región y el país, Tumaco tiene niveles de los indicadores por debajo de lo esperado y proyectado para 2018, principalmente en educación y en salud (mortalidad infantil y vacunación), así como en el déficit de vivienda (Tabla 7).

Tabla 7. Análisis de cierre de brechas Tumaco 2015.

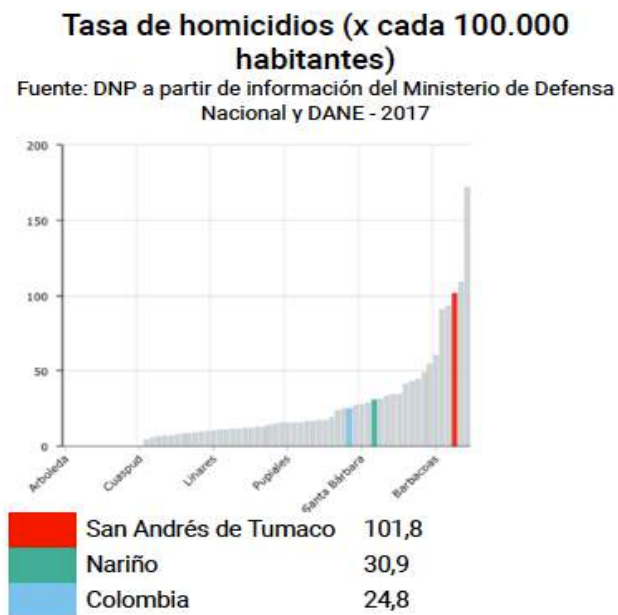
ANÁLISIS DE CIERRE DE BRECHAS					
	NIVELES ACTUALES*			Resultado Esperado 2018**	Esfuerzo en cierre de brechas
	Municipio	Departamento	Región		
Cobertura neta educación media (% 2015)	20.4%	31.4%	35.7%	36.1%	medioalto
Pruebas saber 11 matemáticas (2014)	42.9	49.3	48.2	45.7	medioalto
Tasa analfabetismo mayores a 15 años (2005)	17.1%	12.0%	8.8%	7.1%	mediobajo
Tasa de mortalidad infantil-Fallecidos por mil nacidos vivos (2013)	30.0	19.6	16.1	17.6	medioalto
Cobertura vacunación DTP (2015)	82.0%	92.5%	91.5%	88.8%	medioalto
Cobertura total acueducto (2005)	29.2%	69.2%	78.8%	81.6%	alto
Déficit cualitativo de vivienda (2005)	76.4%	44.6%	28.9%	23.3%	alto
Déficit cuantitativo de vivienda (2005)	12.3%	12.0%	13.0%	8.7%	mediobajo

Fuente: Ficha de caracterización territorial, DNP 2015.

La mayor parte de población del municipio de Tumaco, está afiliada al régimen subsidiado (84%), solo un poco más de 28,000 personas tienen régimen contributivo (DNP, 2016).

Con relación a las dimensiones, se observa que la del área urbana, la calidad de vida y la seguridad son las dimensiones más débiles. La tasa de homicidios es de 101 por cien mil habitantes, mientras el promedio del país es 24.8 (Figura 5).

Figura 5. Conflicto armado, Tumaco 2013.



Fuente: Tomado de: Ficha de caracterización territorial, DNP 2017.

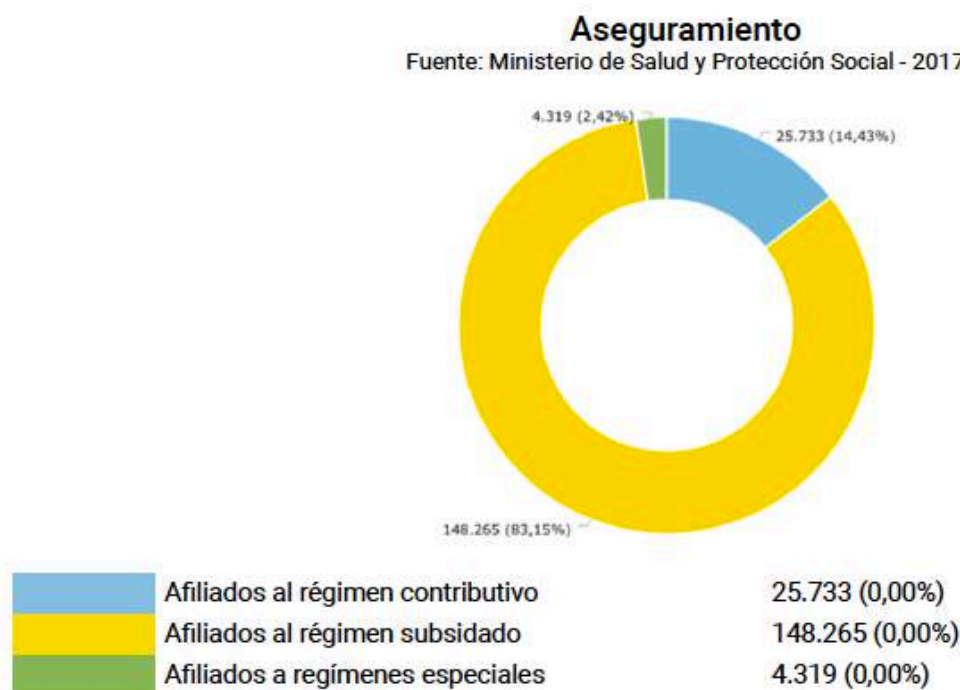
La población de Tumaco, como parte de su identidad cultural, tienen un fuerte arraigo por sus fuentes hídricas, las cuales consideran indispensables. Sin embargo, ha habido desplazamientos de los pequeños agricultores ocasionado por falta de atención del estado, deficientes medios de transporte, falta de servicios básicos y hay presencia permanente de grupo armados ilegales (Alcaldía de Tumaco, 2012).

La importancia de Tumaco como ciudad puerto en el sur del Pacífico colombiano radica en el uso que le dan las industrias extractivas de petróleo y aceite de palma, siendo el principal puerto petrolero colombiano sobre el pacífico. En este territorio se produce el 100 % de la palma africana, así como también se produce cacao, coco y frutales, este territorio cuenta con una gran riqueza ambiental y cultural. Las principales actividades productivas son la agroindustria, la pesca, actividad forestal y turismo (Alcaldía de Tumaco, 2012).

Condiciones de vivienda, el 15.7 % de los hogares viven en condición de hacinamiento, así como el 31.1 % de las viviendas no cuentan con servicios públicos, el 29.2 % tienen acueducto y el 5.7% alcantarillado.

Las condiciones de la prestación del servicio de salud en el municipio es complejo debido a la cobertura que tienen las instituciones de salud sobre el territorio. Para enero del 2017, los afiliados al régimen contributivo ascendían a 25,733, para el régimen subsidiado 148,265 y 4,319 pertenecen a los regímenes especiales (Figura 6).

Figura 6. Numero de afiliados por tipo de régimen de seguridad social



Fuente: Ficha de Información Territorial -Terridata- DNP, 2017

Para la prestación de servicios públicos de salud, Tumaco cuenta con dos hospitales de primero y segundo nivel, y cinco puestos de salud habilitados para la zona urbana, además de las IPS privadas, para el área rural tiene 36 puestos de salud (Alcaldía de Tumaco, 2012).

Referencias bibliográficas

Alcaldía de Bahía Solano. (2012). Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015.

Alcaldía de Bahía Solano. (2016). PLAN DE DESARROLLO. - Bahía Solano. Recuperado de <http://bahiasolanochoco.micolombiadigital.gov.co/plan-de-desarrollo/plan-de-desarrollo>

Alcaldía de Guapi. (2012). Plan de Desarrollo Municipal de Guapi Cauca periodo 2012 – 2015.

- Alcaldía de Tumaco. (2012). Plan de Desarrollo «Unidad por Tumaco Progreso para Todos» 2012-2015.
- Atehortúa, C.F.G., & Artunduaga, A.M.V. (2011). *DIAGNÓSTICO Y CARACTERIZACIÓN DE LA CONDICIÓN DE VIDA DE LOS HABITANTES DEL MUNICIPIO DE GUAPI, CAUCA*. La Salle, Bogotá DC.
- Catalina Cortés. (2007). Escenarios de terror entre esperanza y memoria: políticas, éticas y prácticas de la memoria cultural en la costa Pacífica Colombiana. *Antípoda*, N°4, 163-185.
- CIMDER. (2011, mayo). Proyecto Caracterización de la explotación sexual comercial de NNA en seis municipios del Valle del Cauca.
- Congreso de Colombia. Ley 70 de 1993, «Por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política. El Congreso de Colombia» (1993). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7388>
- Corporación Autónoma Regional Del Cauca - CRC. (2012, Diciembre de). Plan de Acción 2012-2015.
- Defensoría del pueblo. (2016). *Problemática humanitaria en la región pacífica colombiana* (Primera edición). Bogotá DC. Recuperado de <http://defensoria.gov.co/public/pdf/Informepacificoweb.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2017, Abril). Panorámica Regional. Pobreza monetaria y multidimensional departamental: necesidad de políticas pública diferenciadas. *Panorámica Regional*, p. 13.
- DNP. (2016). Caracterización del Departamento de Nariño. DNP. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Fichas%20Caracterizacion%20Territorial/Departamentos/nari%C3%B1o.pdf>
- Pérez, Gerson Javier. (2007). Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura. Banco de la Republica.
- Gobernación de Nariño. (2012). Plan de Desarrollo Departamental «Nariño Mejor» 2012-2015.
- Gobernación del Cauca. (2012). Plan de Desarrollo Departamental 2012- 2015.
- Gobernación del Chocó. (2012, Abril de). Bases del Plan de Desarrollo 2012-2015.

Gobernación del Valle del Cauca. (2012). Plan Departamental de Desarrollo 2012- 2015 síntesis del diagnóstico general por ejes.

Ministerio de Trabajo, (2011). Buenaventura, ciudad puerto de clase mundial. Plan local de empleo 2011-2015.

Ministerio de Trabajo, & PNUD. (2013). Perfil productivo Municipio de Guapi.

Núñez, J., & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2016). *Costos de la conflictividad social en el sector de hidrocarburos en Colombia Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD*. Bogota DC: PNUD Colombia. Recuperado de <http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/MedioAmbiente/undp-co-Costos%20de%20la%20conflictividad%20social%20en%20el%20sector%20de%20hidrocarburos%20en%20Colombia-2016.pdf>

Observatorio de Procesos de Desarme, Desmovilización y Reintegración, ODDR. (2011, febrero). Caracterización del departamento de Nariño. Universidad Nacional de Colombia.

Robert West. (1957). *Las tierras bajas del Pacífico colombiano*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.

Capítulo 2. Redes semánticas en comunidades negras e indígenas de Guapi, para la construcción de un Modelo diferencial basado en Atención Primaria en Salud

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía, Abelardo Jiménez

Este capítulo se propone presentar una dirección particular de entrada a la comprensión del “mundo social” de las comunidades étnicas del Pacífico colombiano, para configurar un modelo diferencial de salud basado en Atención Primaria. Siguiendo la metodología para analizar la teoría fundamentada, a partir de la cual se identificaron los paradigmas presentes en las comunidades, y la construcción y análisis de las redes semánticas que movilizan sus actores, se presenta como estudio de caso, la experiencia con las comunidades de los territorios de alta ruralidad dispersa del municipio de Guapi.

Los determinantes sociales de la salud constituyen un dominio de investigación y conocimiento, que ha sido objeto de una institucionalización fuerte de instrumentos de comprensión y medición de las inequidades sociales (PAHO & OMS, 2018). En este medio, los métodos y conceptos emergen regularmente, dando lugar a modelos empíricos y paradigmas interpretativos. Es así, que en el proceso de investigación en salud pública, la construcción social de una realidad, resulta de la selección más o menos *claramente formulada o implícita* sobre lo que es pertinente y de interés, en el campo de la política pública, acerca de esa realidad social que se constituye en objeto de estudio de las inequidades en salud. La simple descripción de los determinantes sociales de la salud no es suficiente, es necesario contar con explicaciones adecuadas si queremos intervenirlos (Núñez, A. 2012)

La investigación realizada en los últimos tres años acerca del modelo de salud basado en Atención Primaria en los territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico colombiano, en comunidades afrodescendientes e indígenas, sugiere adentrarse en las formas de comprender estas comunidades étnicas y sus territorios, como el espacio relacional sobre las representaciones de su salud.

Las nuevas tendencias de investigación proponen el uso de los métodos cualitativos como modo de proyectar políticas acompañadas por saberes y necesidades de los propios pobladores de los espacios rurales, y así comprender no sólo cómo las políticas impactan en los sujetos sociales, sino cómo éstos pueden impactar sobre las políticas (Trpin, 2005). Justamente, el ejercicio logrado convino desentrañar los discursos de los pobladores territoriales, como medio para comprender y problematizar la salud, en un marco de complejidad social y cultural, en el que las propuestas para adaptar los modelos de atención de servicios de salud a las demandas y racionalidades del lugar no dan espera, sobre todo cuando históricamente la postergación y la exclusión han sido parte de la lógica vigente del sistema de salud, acompasado por el sistema de desarrollo socioeconómico del litoral pacífico.

Una interpretación crítica de la realidad de “lo social”, en un marco de determinantes sociales de la salud, sobre la realidad social imperante en el litoral pacífico, indica que no es posible -por ejemplo- pensar en las interpretaciones de la salud y sus determinantes desde una mirada autista que resalta los datos como sabiduría suprema, aún viniendo de sus pobladores y organizaciones de base.

Lo que los datos nos dicen, en primer lugar, es que el pacífico en sus comunidades rurales mantiene un serio y complejo problema de salud, expresado por el vector de análisis que se prefiera; ya sea, por el lado del acceso a los servicios de salud, o por el otro no menor, como es el del conflicto socio ambiental y el nada ajeno conflicto socio político. Todos estos elementos cuando se reúnen en uno solo, a grandes voces exponen la complejidad del fenómeno de la salud determinada por procesos estructurales, que los pueblos no pueden afrontar solos y que distan mucho de haber sido superados. Los datos tratados cualitativamente, ponen en boca la tensión de la población y sus condicionantes, que además, corresponden a procesos socio históricos que alimentan dinámicas de inequidad en salud y altas tasas de morbimortalidad sobre eventos, la mayoría, prevenibles.

En el marco de la investigación se tuvo como objetivos caracterizar la situación de salud y el papel de los determinantes sociales en la historia y territorio de comunidades asentadas en poblaciones rurales dispersas del litoral pacífico; y servir de base para problematizar situaciones y eventos, que en relación con la salud, cuestionan o posibilitan el diseño de un modelo de atención con enfoque diferencial. El abordaje metodológico y analítico considerado, tuvo como interés dar cuenta de los discursos, la interpretación simbólica sobre la realidad social, y la interacción entre el uso del lenguaje y su reflejo en el contexto local y regional, identificando especialmente categorías como territorio rural/ruralidad, contexto sociocultural, y modelo de salud (Jiménez, 2017).

Este ejercicio metodológico buscó integrar y complementar las miradas interpretativa y de la acción de los involucrados comunitarios (delegados de colectivos y autoridades étnico-territoriales) sobre la salud, los determinantes, y el papel que en ello juegan la historia, como

proceso del devenir de los pueblos étnicos, lo diferencial (cultural y territorial), y las perspectivas de salud propia como parámetro de autonomía. En consecuencia, se le dio fuerza y valoración a dos voces: (a) los pobladores representados por aquellos líderes provenientes de instituciones sociales (educación, salud, iglesia, organizaciones de base comunitaria); y, (b) organizaciones étnico-territoriales (gobiernos autónomos de comunidades negras e indígenas, tales como consejos comunitarios y resguardos indígenas).

Se ordenaron y construyeron **redes semánticas**, es decir, mapas conceptuales donde varias categorías se interrelacionaron, buscando síntesis e interpretación de los datos para llegar a teorizar desde ellos. Se siguieron las notas metodológicas de Clarke (2003), sobre el diseño de mapas situacionales que representaran la situación de salud analizada por los participantes nativos y que fueron mapeadas a través de las redes semánticas complejas² que se crearon por cada municipio y en casos seleccionados de comunidades singulares (Clarke, 2003). Estos mapas (o redes) sirvieron de base para responder a las preguntas: ¿Cuál es la situación y quién(es) está(n) involucrados?; ¿Quién(es) y qué importa en esta situación?; ¿Qué elementos hacen la diferencia en esta situación?

Estudio de caso de las comunidades de Guapi

El abordaje de los textos producidos se genera geográficamente en torno a los ríos, por cada uno de los cuales le corresponde un consejo comunitario. Las comunidades estudiadas, están distribuidas de la siguiente manera: Consejo comunitario del RIO GUAJUI: San José, el Carmelo, Joanico, y Quiroga. Consejo comunitario del rio ALTO GUAPI: Rosario, Naranjo y Caimito. Consejo comunitario del RIO NAPI: comunidad de Chuare. Consejo comunitario del BAJO GUAPI: Temuei, Codicia, Partidero, Bonanza-Las Parcelas, El Carmen, y Chamoncito. Y la comunidad indígena NUEVA BELLAVISTA perteneciente al resguardo indígena Eperara Siapidara de partidero.

En estos territorios, sus comunidades son representaciones geográficas muy pequeñas y con alta dispersión, y todas ellas se caracterizan por estar a orillas de los ríos, en virtud de que éste es su principal sustento socioeconómico y único medio de movilización para acceder a otras localidades y al centro urbano de Guapi.

El conflicto armado ha recorrido estas comunidades rurales y se ha hecho presente de varias formas, incluyendo el control territorial de la guerrilla, la presencia militar, el confinamiento obligado por la guerra, el cultivo de coca, el tráfico y movilidad de coca procesada. La

² Las redes semánticas complejas son aquellas que muestran las relaciones entre categorías y subcategorías de modo que expliciten fenómenos observables de una manera analítica e interpretativa de primer orden.

supervivencia económica de los hogares está puesta en los cultivos propios y algunos pocos para comercializar como el arroz, el comercio, la explotación de la madera, la pesca de mariscos y peces, cultivo de palmito, la minería, y aquellas actividades relacionadas con el cultivo de coca. Los afrodescendientes están acostumbrados a la guerra y a las dinámicas que imponen sus actores ilegales y legales. Y con frecuencia sufren las consecuencias de estas interacciones, que no dejan de estar vinculadas a amenazas, tráfico de estupefacientes por los ríos, convivencia con sus bases de asentamiento, e incertidumbre por los eventuales enfrentamientos armados, entre otras manifestaciones. Son receptores y expulsos de desplazados. Se están adaptando a su nuevo lugar de recepción por estar desplazados, pero no renuncian al sueño de retornar. Las fuentes de autosustento se han perdido y la supervivencia en el nuevo lugar de residencia no se adapta a sus perfiles y necesidades.

La comunidad indígena embera ha sido desplazada y ha tomado otro nombre para mantener su identidad. Los indígenas viven en relativa tranquilidad y su relación con vecinos y extraños está determinada por su rechazo a la violencia y la búsqueda de un ambiente de convivencia que les permita pervivir y dejar un legado sociocultural, especialmente cuando interactúan con los afrodescendientes, con quienes comparten el consumo y el acceso a servicios básicos.

Dimensiones cruciales a comprender desde un análisis crítico, sobre lo que denominamos “lo social” cuando se trata de comprender los determinantes de la salud de las poblaciones étnicas

Las posiciones discursivas en Guapi han sido distribuidas en torno a tres condensaciones geográficas: comunidades del orden rural afrodescendiente, rural desplazados (afros e indígenas), y rural indígena. Las categorías consideradas son: 1. Concepto sobre la salud; 2. Comunidad saludable; 3. Conflicto armado; 4. Recursos propios

El Concepto de Salud:

La **salud** es un conjunto no lineal de aspectos que cruzan *valores, emociones, estados, anhelos y circunstancias objetivas y subjetivas*. Se entrecruzan enfoques orientados a lo biomédico institucional, a los efectos medioambientales sobre la salud, y el rescate de la salud propia, como expresión de una potencialidad desde la cual apuntalar la salud rural.

La salud de las comunidades rurales afro, está signada por conceptos que reclaman la vitalidad y la fuerza como aspectos subjetivos; la amenaza de los aspectos ambientales que degradan y comprometen la seguridad alimentaria y la producción local; sin que ello subvalore la prioridad sobre medidas para adecuar la oferta a los contextos de accesibilidad social, cultural y prestacional de que son objeto, lo cual incluye la oferta de atención y los medicamentos. Para la comunidad desplazada, la salud no es una conquista, sino se retorna a la comunidad de origen de donde fueron desplazados. Se despersonaliza su logro fuera del contexto territorial de pertenencia. En el caso de la población indígena, la salud es la recuperación de las tradiciones y la potenciación

de los recursos propios. También hay representaciones sobre la salud como acceso y resolución de los determinantes sociales (por ejemplo, educación, agua).

El concepto de Comunidad Saludable

El concepto de **comunidad saludable** está entonces, ligado a *apreciar la comunidad como un nicho de vecindad y armonía social en el que sus pobladores reconocen sus prácticas culturales de cuidado en salud y los recursos que poseen para mantener un nivel de vida saludable, en función de las posibilidades de desarrollo que les brindan los recursos naturales y que se dirigen a soportar sus actividades económicas* (pesca, minería de río, tala de árboles madereros, caza a pequeña escala, siembra de cultivos de pan coger). Esta relación entre vida natural, vida social y salubridad, está en consonancia con las significaciones que hacen de su entorno como recurso valioso, así como espacio de producción de las condiciones que hoy los hacen una comunidad saludable, pero a la vez insalubre, por cuanto hay brechas y deterioros de los que son víctimas como usuarios de servicios, como vecinos, o como ciudadano que ejercen o no sus derechos civiles, políticos, sociales y económicos

Los Recursos Propios

En los pueblos afros e indígenas cuentan con poca presencia institucional, en cambio con muchas acciones sociales-cívicas, entre quienes se destacan los maestros, la promotoras de salud (pocas), las asociaciones de mujeres, vecinos, madres comunitarias de hogares de bienestar, entre otros. Estos recursos son centrales para el proceso de atención en salud, aunque en todos los casos reclaman nuevos recursos sanitarios.

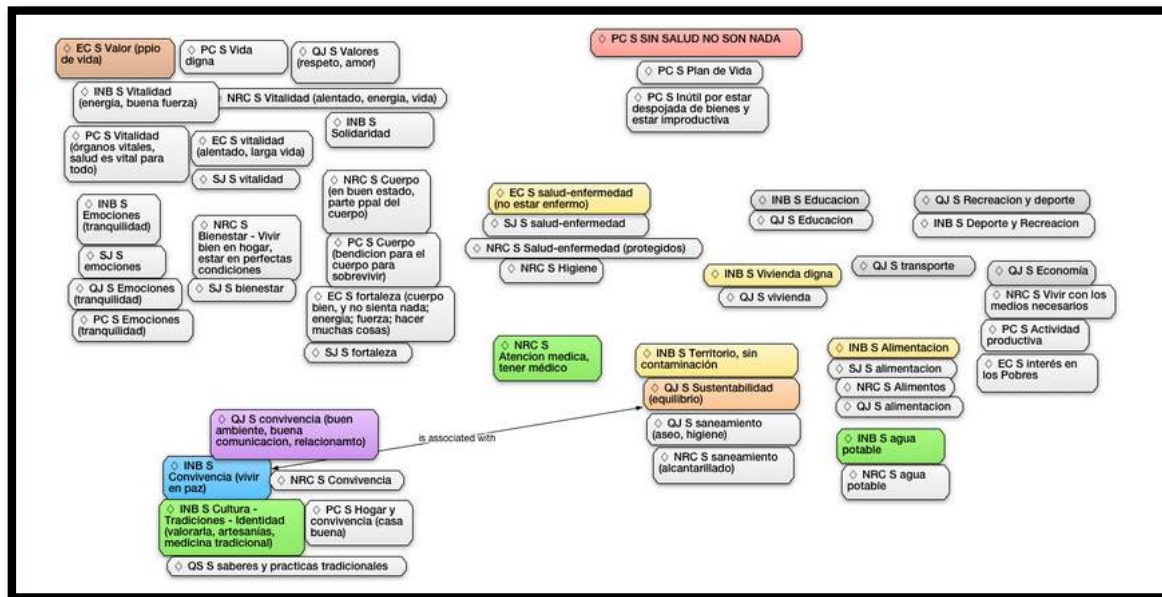
Los paradigmas seleccionados se presentan en tres categorías sistematizadas, que dan cuenta de los tres elementos centrales

1. Fenómeno salud-enfermedad y calidad de vida;
2. Fenómeno resiliencia y capacidades locales;
3. Fenómeno de accesibilidad a los servicios.

Estos conceptos quedan reflejados en siete (7) redes semánticas globales y una serie de seis (6) redes asignadas a cada comunidad consultada en Guapi.

La figura 1, por ejemplo, representa los conceptos que sobre salud propusieron los hablantes consultados en las seis comunidades rurales. Para ellos la salud va más allá de la ausencia de enfermedad y atención médica, consideran su calidad de vida, la vitalidad y larga vida, el bienestar y la sustentabilidad del territorio consistente en una buena y digna vivienda, saneamiento básico, agua limpia y además, educación y hábitos saludables.

Figura 1. Red semántica Salud - Guapi³



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

En esta red semántica se aprecian varios campos donde se privilegian aspectos como: *la salud como valor y significado profundo*; la salud como *convivencia*; el proceso *salud-enfermedad*; *las condiciones materiales* asociadas a la salud; *el medio ambiente*; y, *la alimentación*.

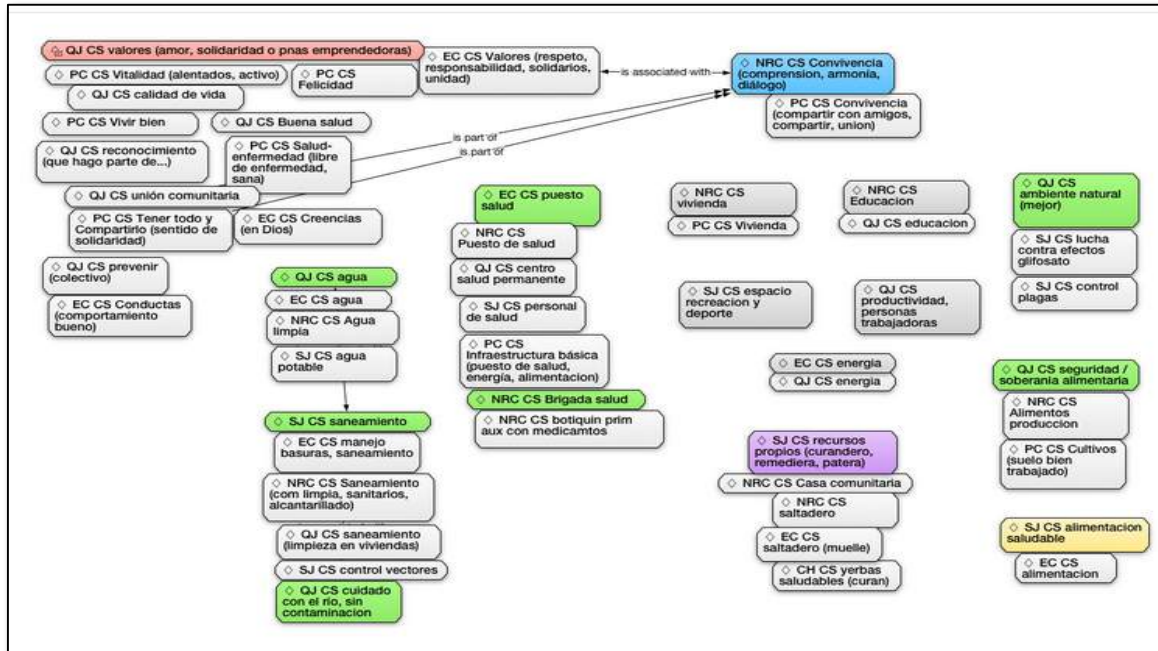
Cada categoría temática permite ordenar un conjunto comprensivo acerca de la salud, que queda consignado en el siguiente texto relato: “La salud es una representación de la vida como expresión de vitalidad, fortaleza y energía, y aliento, ante lo cual es exigible para poseer un cuerpo que permita la sobrevivencia”.

En la figura 2, se aprecia la red semántica sobre comunidad saludable, lo cual es sobresaliente por cuanto examina conceptos desde la perspectiva de la comunidad antes que la individual. La comunidad saludable se integra con el concepto de salud, pero desde lo colectivo,

³ **Convenciones (para todas las figuras):** NRC (Naranjo, Rosario, Caimito); PC (Partidero, Codicia); QJ (Quiroga, Juanico); SJ (San José); INB (Indígena Nueva Bellavista); EC (El Carmelo).

incluyendo los conceptos de solidaridad, responsabilidad, unidad, convivencia (comprensión, armonía, diálogo, compartir con amigos, unión).

Figura 2. Red semántica Comunidad Saludable – Guapi

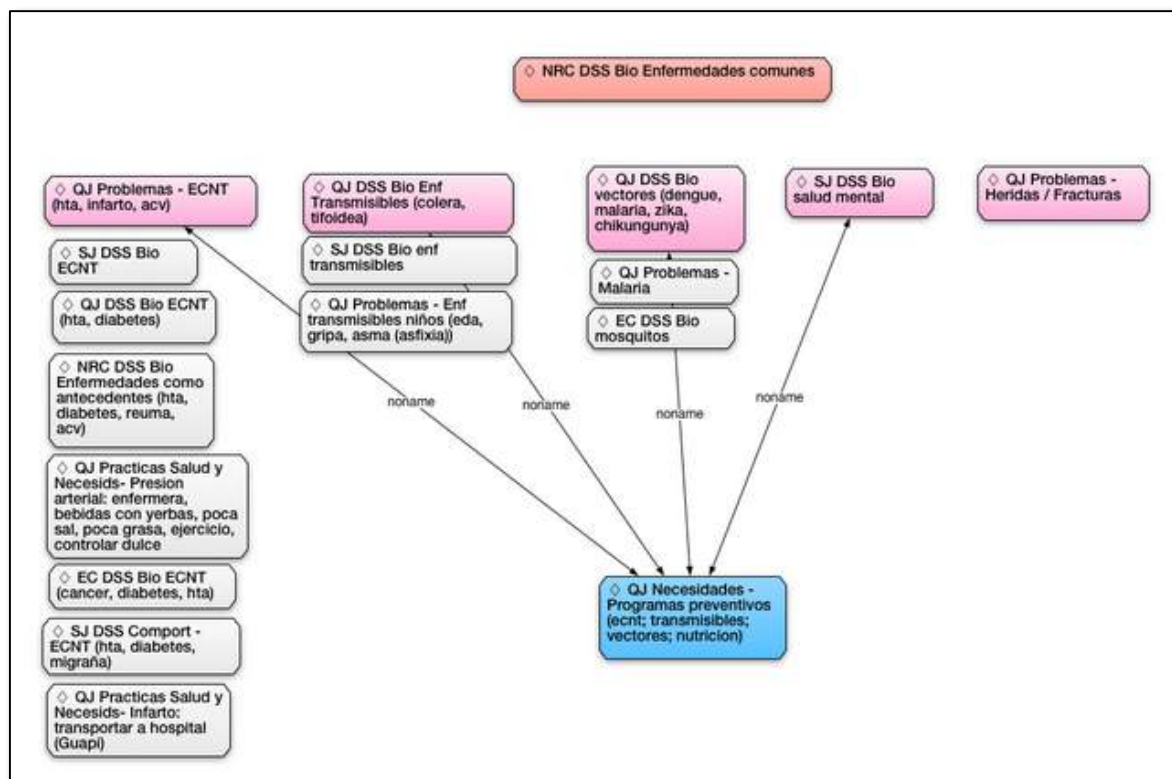


Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

Se construyeron redes semánticas de determinantes biológicos, socioeconómicos y del comportamiento, ambientales y de los servicios de salud, de acuerdo con el diagrama de Blum y Lalonde (Aguirre, 2011; Álvarez Perez, García fariñas, & Bonet Gorbea, 2007; Marta Cecilia Jaramillo-Mejía, Chernichovsky, & Jiménez-Moleón, 2018).

Dentro de los determinantes biológicos se consideran los más importantes la presencia de vectores que transmiten el dengue, chicunguña y zika, el vector que transmite la malaria, enfermedades infecciosas como el cólera y la tifoidea y además las crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Figura 3).

Figura 3. Red semántica Determinantes Biológicos – Guapi

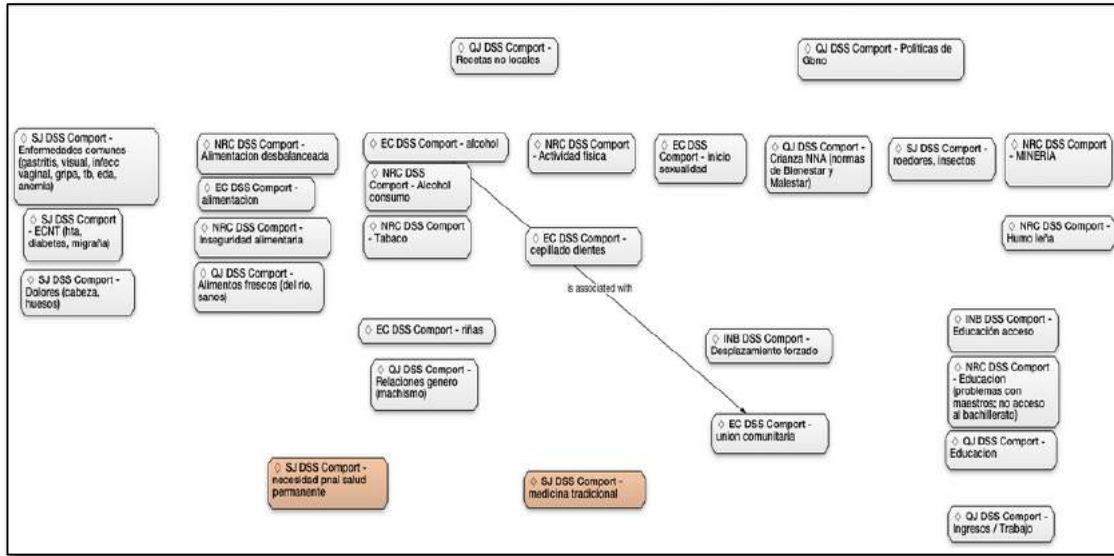


Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

Los determinantes socioeconómicos y del comportamiento se aprecian en la figura 4, están asociado con el ingreso y la educación, en la cual lo más importante va relacionado con la alimentación, debido al consumo de alimentos no balanceados y el uso de recetas no locales, de un lado y el acceso a alimentos que no están frescos, de otro lado. Otros determinantes en este grupo se consideran positivos o protectores, como la actividad física regular, están relacionados con las actividades de la pesca, la agricultura, la casería, la minería y el transporte a través potrillo entre comunidades del mismo consejo comunitario. Determinantes negativos tienen que ver con el inicio temprano de la sexualidad, el consumo de alcohol y tabaco.

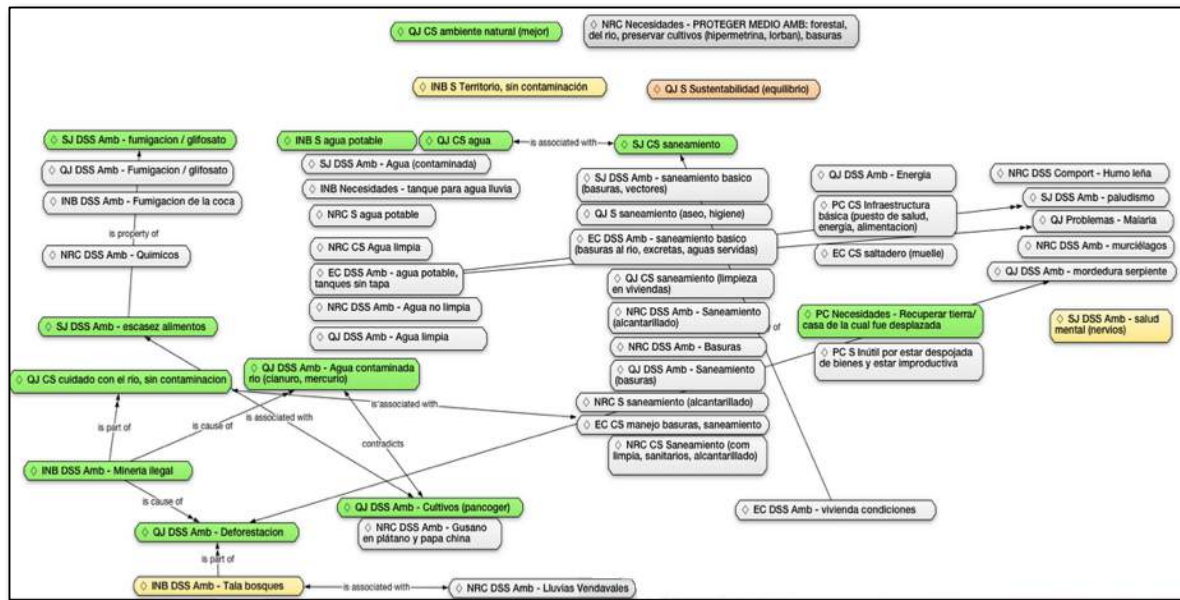
La figura 5, contiene los determinantes ambientales. Tanto las comunidades negras, como la indígena consideran el control de estos determinantes fundamentales para una buena salud, uno de los más importantes es la fumigación con glifosato, que afecta la salud de las personas y además afecta la seguridad alimentaria por escasez de alimentos, el agua limpia o potable también es importante, sobre todo en aquellos territorios donde el agua de los ríos está contaminada con agentes químicos, procedente de la minería, principalmente del oro. Otros problemas ambientales se relacionan con el saneamiento básico, la deforestación y las basuras. Para los indígenas lo más importante es tener un territorio sin contaminación.

Figura 4. Red semántica de determinantes socioeconómicos y del comportamiento - Guapi



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

Figura 5. Red semántica determinantes ambientales - Guapi

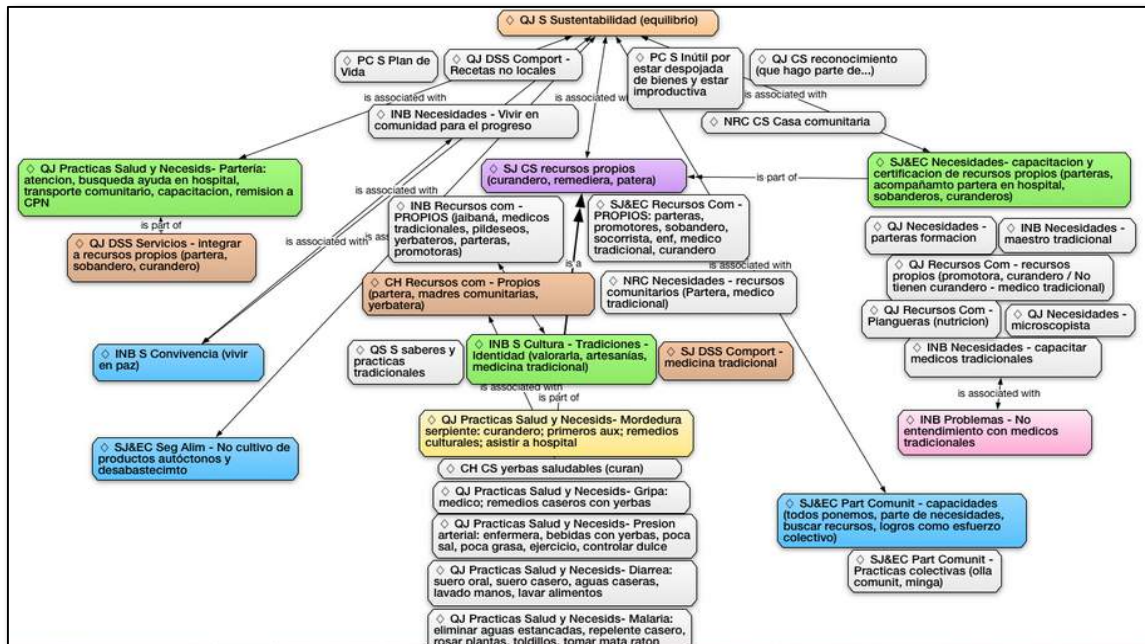


Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

Los determinantes relacionados con los servicios de salud se direccionan hacia la sustentabilidad o equilibrio de las comunidades, considera dos redes semánticas: la de la salud propia (Figura 6) y la de los servicios de salud (Figura 7).

La red semántica de salud propia incluye tres grupos: el primero los recursos tradicionales como las parteras, médicos tradicionales, microscopistas, promotores de salud, sobanderos, socorristas, curanderos, saberes y prácticas tradicionales afro e indígenas, incluyendo la yerbatería y plantas medicinales; el segundo, la falta de disponibilidad de servicios de salud y la falta de capacitación de recursos tradicionales, como las piangueras y otros; el tercer grupo tiene que ver con la integración entre las prácticas tradicionales y las occidentales.

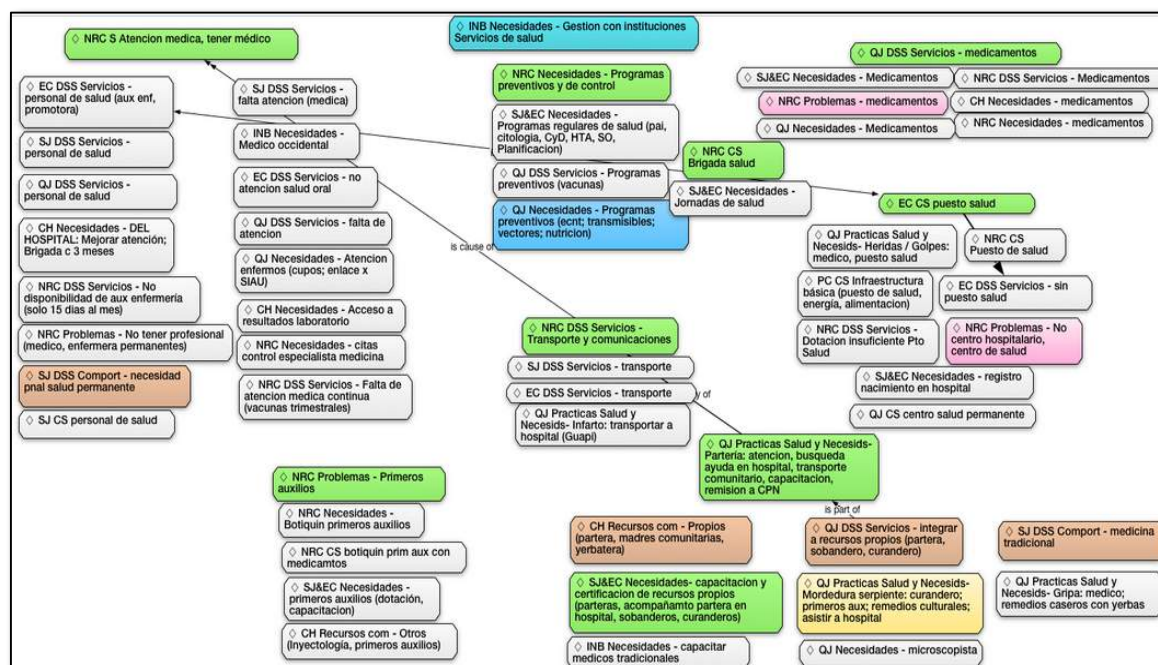
Figura 6. Red semántica salud propia - Guapi



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

La red semántica de los Servicios de Salud tiene como fines la atención médica, es decir tener acceso a los servicios de salud -puestos de salud-, la gestión con instituciones de servicios de salud y la disponibilidad o acceso a los medicamentos.

Figura 7. Red semántica Servicios de salud - Guapi



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

CASOS: Redes semánticas de comunidad afrodescendiente e indígena

Se reproducen aquí dos ejemplos de comunidades rurales, una campesina afrocolombiana (El Carmelo) y otra de la etnia indígena Eperara Siapidara (Nueva Bellavista), ambas pertenecientes al municipio de Guapi (Figuras 8 y 9).

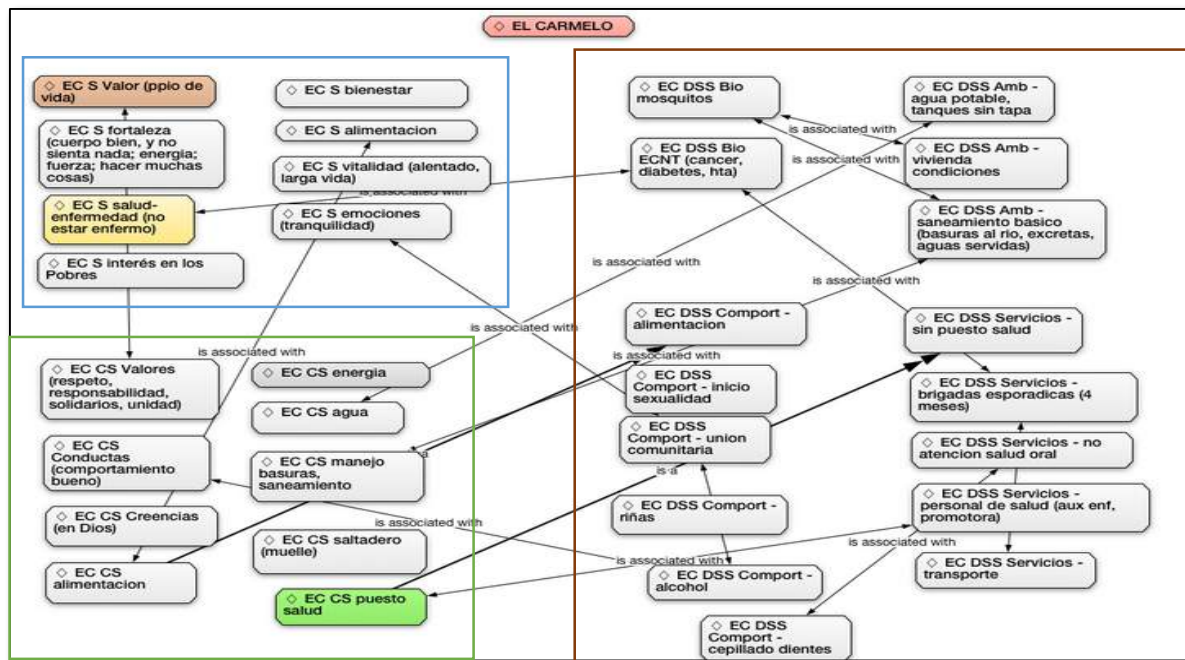
La salud es un conjunto no lineal de aspectos que cruzan valores, emociones, estados, anhelos y circunstancias objetivas y subjetivas. Se entrecruzan enfoques orientados a lo biomédico institucional, a los efectos medioambientales sobre la salud, y el rescate de la salud propia como expresión de una potencialidad desde la cual apuntalar la salud rural (Jiménez, 2018).

Las comunidades son representaciones geográficas muy pequeñas y con alta dispersión rural, aunque todas se caracterizan por estar a orillas de los ríos, en virtud de que éste es su principal sustento socioeconómico y único medio de movilización para acceder a otras localidades y al centro urbano de Guapi. El concepto de comunidad saludable, está entonces ligado a apreciarla como un nicho de vecindad y armonía social, en el que sus pobladores reconocen sus prácticas culturales de cuidado en salud y los recursos que poseen para mantener un nivel de vida saludable, en función de las posibilidades de desarrollo que les brindan los recursos naturales y que se dirigen a soportar sus actividades económicas (pesca, minería de río, tala de árboles madereros, caza a pequeña escala, siembra de cultivos de pan coger). Esta relación, entre vida natural, vida social y salubridad, está en consonancia con las significaciones que hacen de su entorno como recurso

valioso, así como espacio de producción de las condiciones que hoy los hacen una comunidad saludable, pero a la vez insalubre por cuanto hay brechas y deterioros de los que son víctimas como usuarios de servicios, como vecinos, o como ciudadanos que ejercen o no sus derechos civiles, políticos, sociales y económicos (Jiménez, 2018).

La salud en la comunidad del Carmelo (Río Guajui) recoge conceptos que reclaman la vitalidad y fortaleza como aspectos subjetivos. La salud es amenazada por factores ambientales que degradan la tierra y la oferta de servicios públicos de calidad, como el agua potable y el saneamiento básico y, el acceso a servicios de salud esporádicos o permanentes (Figura 8).

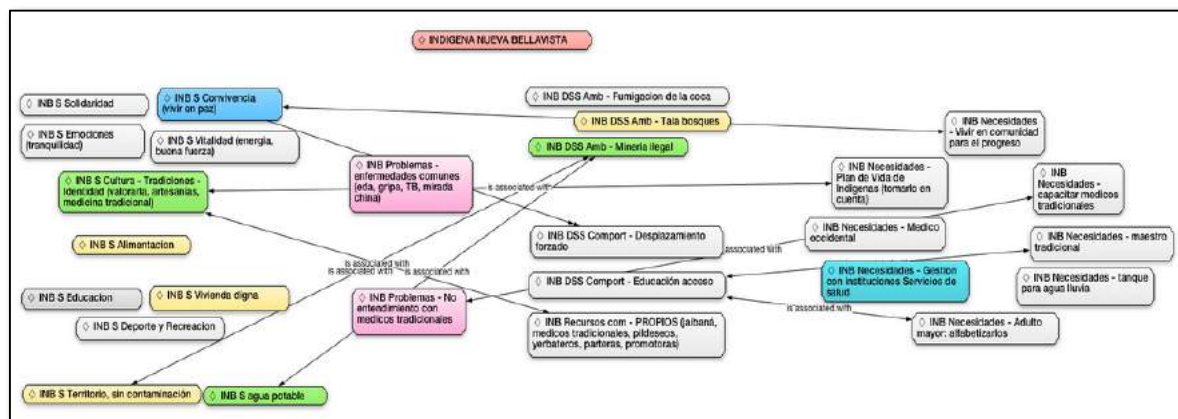
Figura 8. Red semántica Comunidad El Carmelo - Guapi



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

La comunidad indígena Nueva Bellavista tiene una perspectiva particular sobre la salud (Figura 9), la concibe como la recuperación de las tradiciones y la potenciación de los recursos propios. También hay representaciones sobre la salud como acceso y resolución de los determinantes sociales (vgr. educación, agua).

Figura 9. Red semántica Comunidad nueva Bellavista - Guapi



Fuente: Elaboración propia a partir de datos primarios de la investigación (Jaramillo-Mejía et al., 2015; Jiménez, 2017)

Elementos del análisis de redes semánticas para la construcción del modelo diferencial

Las condiciones de dispersión territorial, se constituyen en una barrera de acceso y un proceso siempre presente en la formulación de alternativas, que demanda de los prestadores y aseguradores mecanismos de acceso que con frecuencia no suelen ser efectivos, ni sistemáticos. Las formas culturales y las cosmovisiones de los grupos étnicos (especialmente los indígenas), no son tomadas en cuenta en el diseño de los modelos de atención, y el acceso queda reducido al formato prestacional del servicio que se demanda en una relación cliente-asegurador. Estas exclusiones que comprometen la adaptabilidad de los servicios a las necesidades poblacionales y territoriales, no son sólo una expresión unilateral de los servicios, sino que están articuladas a interfaces entre usuarios y servicios que dan cuenta de la forma en que se construye lo cultural como parte de las relaciones sociales.

La normalización de las relaciones entre prestadores - aseguradores y comunidades étnicas, suele estar en la base de estas formas de exclusión de la dimensión cultural, como marcador de servicios que deben adaptarse a los ciudadanos con identidades singulares. Con mayor énfasis se produce una imposición del modelo institucionalizado de oferta de servicios con criterios que no derivan en atención diferencial; dicha oferta va de la mano de procesos administrativos que son hegemónicos e inflexibles, conllevando a formas unilaterales de atender las demandas de acceso físico, económico y cultural. Los procesos de negociación de demandas y capacidades son inusuales y cuando se han dado, hacen parte de un largo recorrido entre organizaciones étnicas (indígenas) y autoridades de salud.

Las modalidades que asumen los afrocolombianos e indígenas para hacer realidad el acceso a los servicios, incluyen el reclamo ciudadano, la queja por insatisfacción de los usuarios (aceptabilidad), la negociación de pequeños acuerdos para adecuar la oferta (adaptabilidad), y la autogestión vecinal y recursiva, que hace uso de lo local para acercar los servicios a quienes los necesitan. Como se manifiesten estas acciones e interacciones, siempre hay un reclamo ciudadano sobre la calidad y oportunidad de las prestaciones y en ocasiones el reclamo administrativo frente a la vulneración de derechos.

Las barreras de acceso que suelen estar en el plano de las físicas, económicas, administrativas, y culturales, abre una serie de efectos nocivos sobre la salud entre los que se incluyen discapacidad, sufrimiento por los padecimientos mal o tardíamente atendidos, discapacidad, confusión frente al ejercicio de derechos, desinformación por distorsión o enajenamiento de las rutas de atención, y hasta la muerte.

El fenómeno de la accesibilidad como asunto central en el modelo de atención y forma relacionada con la exclusión de derechos, está bajo consideración estratégica de los elementos claves de un modelo rural de salud, que intenta poner en el centro la cultura y el territorio como parte del reconocimiento de la diferencia que comportan los indígenas y afrodescendientes.

Un modelo que busque los facilitadores del acceso no puede descuidar sus varias dimensiones en conflicto, a saber: la representacional donde cabe el reconocimiento y negociación de creencias, representaciones, conocimientos, valores, y concepciones de una cosmovisión minoritaria pero valiosa por su dignidad humana; la comportamental que implica prácticas, actitudes, costumbres, hábitos, y uso de la medicina tradicional; la identitaria implica la concertación de alternativas de atención en concordancia con la lengua y tradiciones afines al cuidado en los hospitales y unidades de atención primaria; los relativos a los servicios de salud para lo cual se debe incorporar la medicina tradicional, la participación indígena y afrodescendiente, el idioma en la atención de salud, capacitación del personal de salud, sensibilidad cultural, y la organización de actividades vinculadas a la cultura.

El punto de partida del modelo es el ámbito comunitario, donde la comunidad identifica su salud propia, es decir, el concepto que tienen de salud y de comunidad saludable, las tradiciones, cultura y medicina tradicional, donde se incluye la partería, los médicos tradicionales, la yerbatería y otros, como el curandero, la persona que conoce el tratamiento de la mordedura de serpientes, el sobandero para fracturas y dislocaciones, etc. En este ámbito se rescatan las organizaciones de base comunitaria, que en casi todos los territorios están conformadas por mujeres.

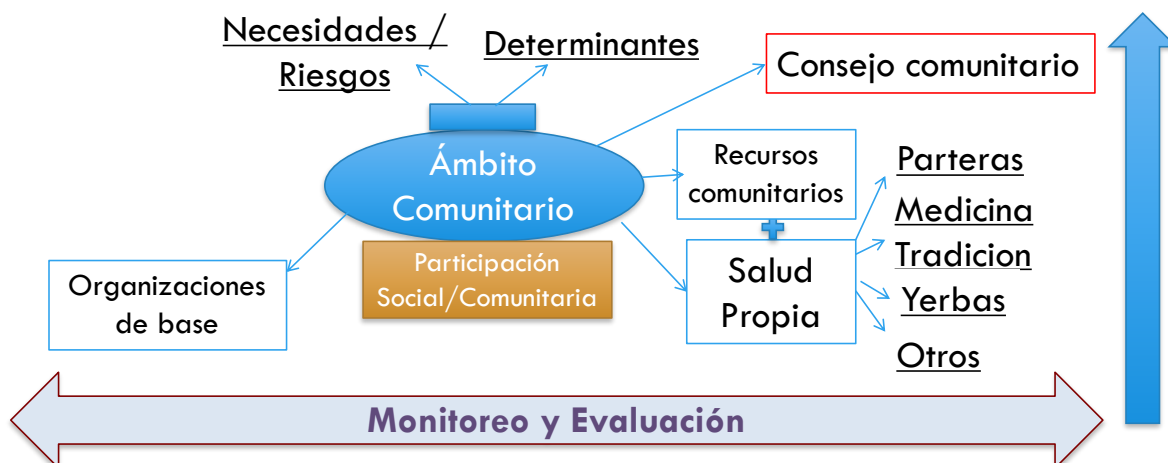
La comunidad, inicialmente identificó sus problemas de salud, sus necesidades para lograr su mejor estado de salud y de comunidad saludable y los riesgos a los que está expuesta. Los determinantes sociales son muy importantes en este reconocimiento, que contribuye a sanar el territorio.

Una vez se tienen identificadas las prioridades y determinantes, se hace un auto-reconocimiento del territorio, a través de la cartografía social y el plano del territorio, que incluye las viviendas, acceso desde el río, los principales recursos comunitarios y sociales, incluyendo la escuela, puesto de salud (si existe), la iglesia entre otros. Aquí se trabajó sobre la memoria histórica del territorio, el censo comunitario, sus líderes, la identificación de población vulnerable que requiere atención, como los niños, los enfermos crónicos de hipertensión y diabetes, las mujeres embarazadas, entre otros.

Un eje central del ámbito comunitario es el Consejo Comunitario, desde donde se ejerce la gobernanza comunitaria y quien es responsable de establecer los lazos y las interacciones entre la comunidad y el ámbito institucional, orientado al restablecimiento y la garantía de los derechos. Para fortalecer este tipo de gobernanza, el modelo propone que se activen y capaciten los comités de salud de cada Consejo Comunitario, ejerciendo acciones sociales en pro de la comunidad, como los primeros auxilios, pero también sirviendo de puente entre sus miembros y las instituciones del sector salud u otros sectores, de acuerdo con el diagnóstico de los determinantes de la salud y calidad de vida.

Tanto el Consejo Comunitario de las comunidades negras, como el comité de salud, requieren competencias para el liderazgo, empoderamiento y la participación comunitaria y, además, capacitación en la formulación y gestión de proyectos, coordinación de acciones interinstitucionales, intervención de riesgos, seguridad alimentaria, atención de desastres, cuidado del Río y del medioambiente entre otros (Figura 10).

Figura 10. Ámbito comunitario del Modelo de APS diferencial en los territorios de alta Ruralidad de Guapi.



Fuente: elaboración propia.

En la comunidad indígena de Partidero y Nueva Bellavista, el proceso de identificación de riesgos y determinantes se hace igual que en las comunidades afro, lo que sí es diferente es su

Salud Propia que requiere de los recursos tradicionales y de acuerdo con su cosmovisión y su cultura hacen parte el bienestar del espíritu y el cuerpo. Es así como el modelo inicia en la presencia de los pildeceros, que son aquellas personas con un “don” que les permite identificar si el paciente sufre del espíritu o del cuerpo (enfermedad occidental) y si se va a salvar o a morir.

Una vez el enfermo es atendido por el pildecero, pasa donde el médico tradicional quien de acuerdo con lo que tiene le hace algún tratamiento, que puede ser orientado a los espíritus o una fórmula tradicional para la cura. En este proceso puede también intervenir el yerbatero, aunque el médico tradicional conoce toda la ciencia de la yerbatería. Cuando el médico tradicional considera que el problema está en el cuerpo, envía al paciente indígena para que lo trate la medicina occidental. Para la atención del parto está el o la partera (o), que recibe a los niños de acuerdo con las tradiciones, si se complica va al Hospital o es remitida a Popayán.

En los pueblos indígenas es fundamental contar con todos los recursos de medicina tradicional, por lo que el modelo de salud debe incluir la formación de médicos tradicionales, de acuerdo con la cultura del pueblo indígena, cuando el resguardo no cuenta con este recurso, pues es la base fundamental de la salud propia. La comunidad indígena Nueva Bellavista requiere al menos dos médicos tradicionales, por lo que tiene un proyecto que gestionar para financiar la formación.

El diagnóstico comunitario se cruza con el diagnóstico institucional, para lo cual se hace necesario que en las estadísticas del municipio y del departamento se logre identificar cada comunidad rural, no es suficiente con decir zona rural o urbana o zona rural dispersa. Es necesario conocer el perfil de morbilidad y mortalidad de cada territorio para poder hacer intervenciones efectivas sobre sus determinantes, esto debido a que las comunidades son muy pequeñas.

Para las veredas, corregimientos y comunidades indígenas de los ríos participantes, la población va de 80 personas la más pequeña, que es la comunidad indígena Nueva Bellavista, hasta 1,300 personas, la más grande, que puede ser San José de Guare.

Los resultados del diagnóstico comunitario deben generar una respuesta institucional que puede llegar del sistema de salud, de otros sectores y de las ONG, de acuerdo con las características de los determinantes, de una forma sectorial o intersectorial, individual o conjunta. Cabe acotar aquí, que muchas de las acciones de intervención pueden ser interinstitucionales para poderse ofrecer en forma integral.

Por ser territorios pequeños, alejados del casco urbano, con un alto costo de traslado desde la cabecera municipal y ante la falta de un transporte regular, se requiere que las actividades a desarrollar sean eficientes y de calidad, es por esto que se propuso que las actividades colectivas, se realicen en jornadas integrales con las actividades individuales del plan básico de salud, en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y diagnóstico temprano de acuerdo con los grupos de edad prioritarios, contenidas en Resolución 3280 de 2018 y las directrices del Plan

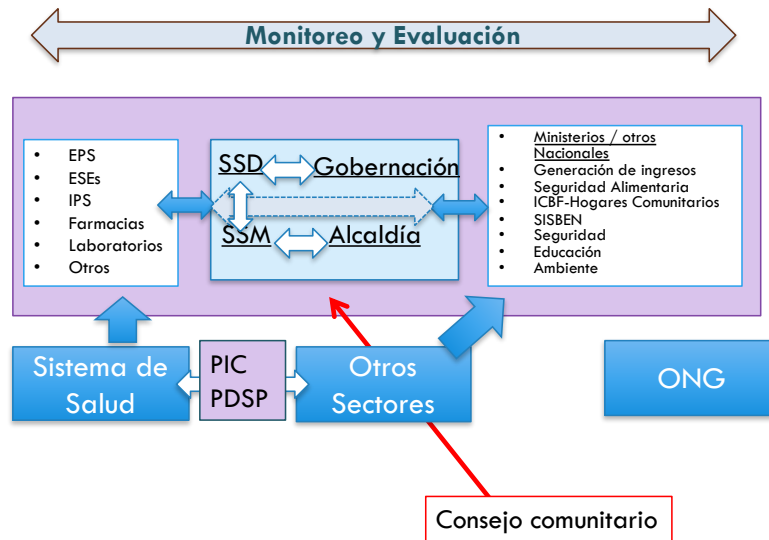
Decenal de Salud Pública, según las prioridades de la comunidad. En este proceso, deben participar activamente los integrantes del Consejo Comunitario, teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades necesarias para abordar las necesidades, riesgos y determinantes (Figura 11 y 12).

Figura 11. Respuesta institucional según el Modelo de APS para sanar el territorio.



Fuente: elaboración propia.

Figura 12. Ámbito institucional del Modelo de APS diferencial en los territorios de alta ruralidad de Guapi.



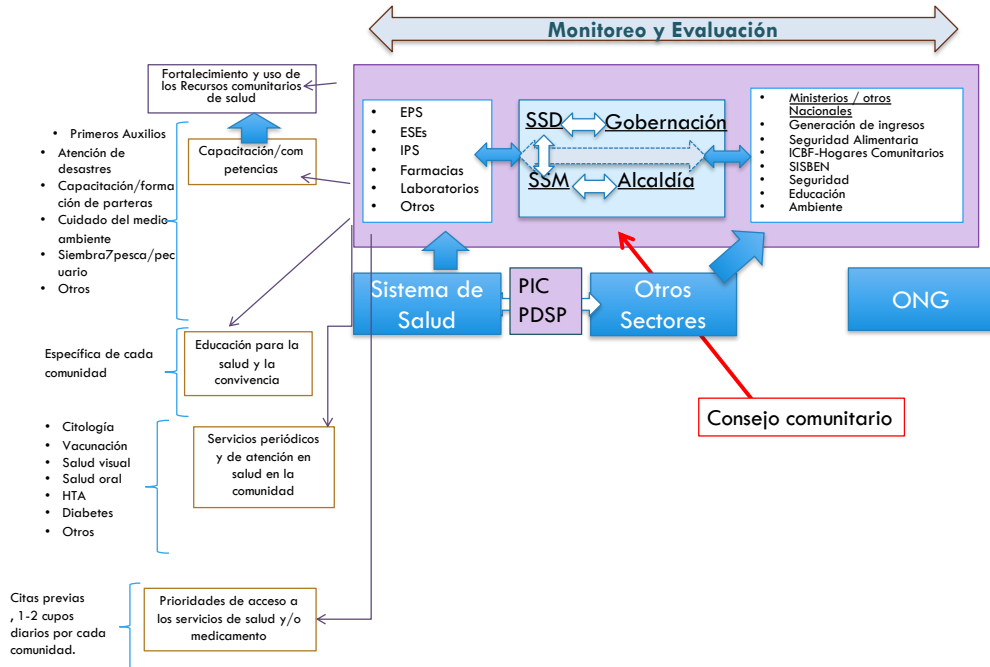
Fuente: elaboración propia.

Para mejorar la cobertura, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, intervenir los determinantes de la salud y recuperar la salud de los habitantes de los territorios con alta ruralidad dispersa (TARD -en el municipio de Guapi-), se requieren acciones

generales para cada territorio, que tendrán acciones específicas, de acuerdo con la estructura de la población, los determinantes encontrados y el perfil de morbilidad y mortalidad del territorio (serán específicas por cada TARD).

Las actividades propuestas por la comunidad para desarrollar en los territorios están orientadas a (Figura 13):

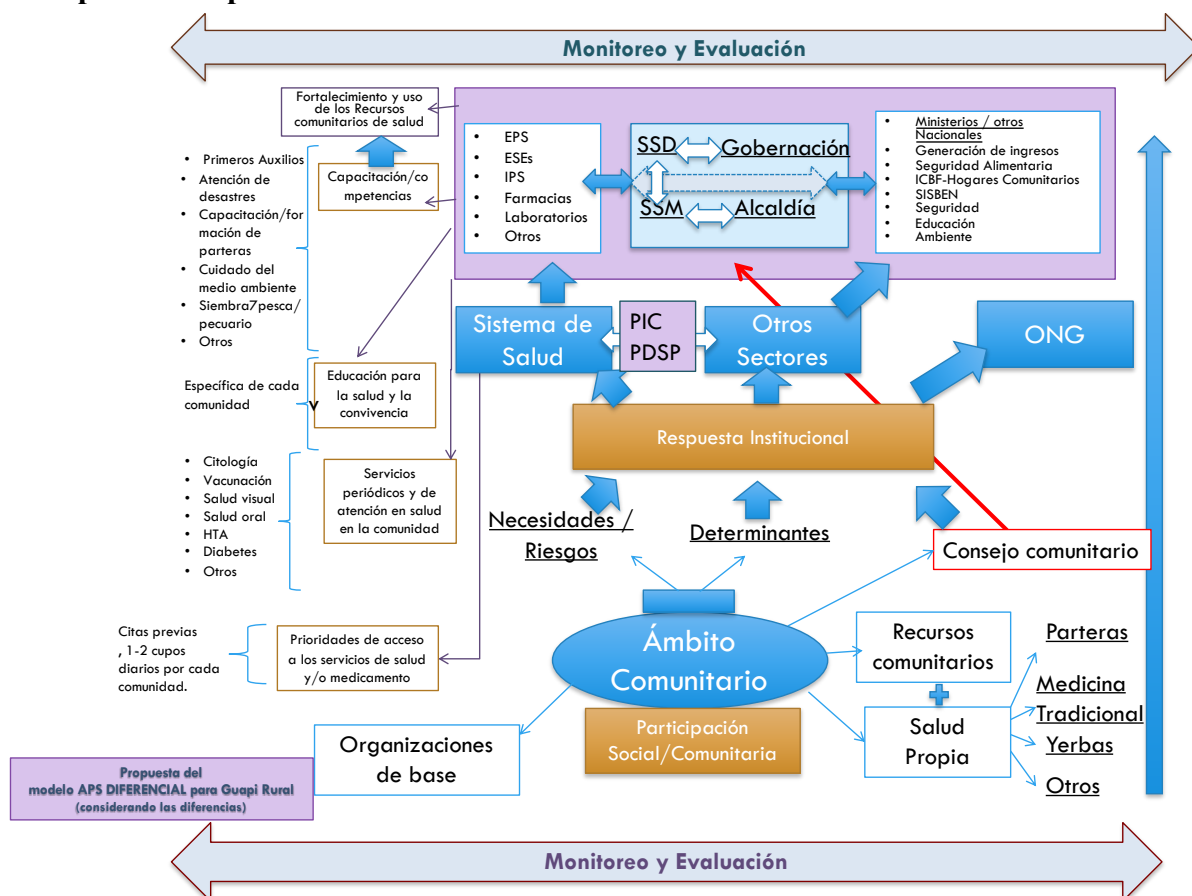
Figura 13. Desarrollo de intervenciones priorizadas por la comunidad de los territorios de alta ruralidad dispersa del Municipio de Guapi



Fuente: elaboración propia.

El propósito fue diseñar un modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque diferencial para comunidades con ruralidad dispersa del Municipio de Guapi. El modelo tiene componentes genéricos y componentes específicos, que responden a los recursos o necesidades de cada una de las poblaciones (Figura 14).

Figura 14. Propuesta de modelo APS Diferencial para territorios con alta ruralidad del municipio de Guapi.



Fuente: elaboración propia.

En definitiva, se hace necesario trabajar en todos los territorios de alta ruralidad y hacer la planeación específica para cada territorio, con el fin de dar respuesta a la problemática de cada uno y con ello mejorar su desarrollo. También se debe incrementar la participación de los actores institucionales en los territorios y entre ellos, con el fin de generar mayor confianza y con ello capital social relacional.

Recientemente, las aseguradoras y su red de prestadores están consolidando propuestas de modelo de atención integral en salud y comienzan a incorporar la dimensión diferencial y cultural para el diseño de la oferta de servicios en zonas remotas dirigidas a poblaciones étnicas; para lo cual todavía es temprano una valoración de efectividad, pero no se pueden descuidar factores que se vuelven condicionantes de la accesibilidad, como son las competencias profesionales de los prestadores, los modelos de negociación con grupos étnicos, los factores asociados a la guerra y el narcotráfico, y los determinantes de la pobreza socioeconómica que subyacen en toda la dinámica de acceso a la salud.

Por último, el municipio de Guapi requiere fortalecer la rectoría del sistema que logre integrar las acciones departamentales, municipales, intrasectoriales y extrasectoriales, dando respuesta a sus necesidades en salud y a la intervención de los determinantes de la salud, para lograr la salud anhelada por las comunidades y generar comunidades saludables, en territorios de alta ruralidad dispersa, según las condiciones diferenciales del territorio. Las EPS, por su parte, deben privilegiar las prácticas tradicionales y contratar servicios de salud disponibles en el municipio de Guapi, buscando con ello mejorar la accesibilidad de la población rural dispersa. Las IPS, además, deben diseñar estrategias de atención diferencial y accesible a dichas poblaciones. Solo alcanzando estos desafíos, es viable un modelo de atención primaria en salud diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa, en el litoral pacífico colombiano.

Referencias

Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, 5.

Álvarez Perez, A. G., García fariñas, A., & Bonet Gorbea, M. (2007). Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(002), 16.

Clarke, A. E. (2003). Situational Analyses: Grounded Theory Mapping After the Postmodern Turn. *Symbolic Interaction*, 26(4), 553-576. <https://doi.org/10.1525/si.2003.26.4.553>

Jaramillo-Mejía, Marta Cecilia, Chernichovsky, D., & Jiménez-Moleón, J. J. (2018). Determinantes de la mortalidad infantil en Colombia. Path Análisis. *Revista de Salud Pública*, 20(1), 3-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n1.39247>

Jaramillo-Mejía, M. C., Gil, J., Acosta, N., Osorio, O., Zapata-Bermúdez, Y., Bermúdez, P., & Arenas, B. (2015, Abril). Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta ruralidad del litoral pacífico.

Jiménez, A. (2017, Diciembre). Línea de base cualitativa sobre salud y determinantes sociales en comunidades rurales dispersas afrodescendientes e indígenas del pacífico colombiano, Buenaventura, Tumaco, Guapi, Bahía Solano. Segundo Informe de actividades y resultados (Consultoría).

Jiménez, A. (2018, noviembre). Análisis cualitativo de la línea de base del proyecto «Viabilidad para desarrollar un modelo diferencial basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico». Informe Final línea de base.

PAHO, & OMS. (2018). Determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas. Recuperado de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es

Trpin, V. (2005). EL DESARROLLO RURAL ANTE LA NUEVA RURALIDAD. ALGUNOS APORTES DESDE LOS MÉTODOS CUALITATIVOS. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 16.

Capítulo 3. Elementos sociales y comunitarios para la construcción de un modelo diferencial en Atención Primaria en Salud en territorios de alta ruralidad en Buenaventura

Janeth Cecilia Gil Forero. Ivanoba Pardo Herrera. Adriana Núñez Cabrera⁴

Introducción

Los elementos teóricos y vivenciales contemplados en el presente documento, recogen un conjunto de conceptos y razonamientos que emergen del diálogo de saberes propios entre actores sociales e institucionales, describiendo la construcción conjunta de un modelo diferencial en atención primaria en dos territorios de alta ruralidad del municipio de Buenaventura y uno urbano en condiciones de vulnerabilidad, desde una conceptualización inicial y en proceso de desarrollo de capacidades de los actores sociales, generando empoderamiento a nivel individual y colectivo, con el fin de sanar el territorio enlazado a los gestores de recursos y necesidades comunitarias. El equipo de investigadores⁵ inicia la indagación conjunta con los participantes para la construcción del modelo, desde la estrategia de Investigación, Acción- (IA), y toma como referentes teórico-conceptuales la APS renovada, el Plan Decenal de Salud Pública, la Política y el Modelo de

⁴ Profesoras de la Universidad Santiago de Cali

⁵ Proyecto “Viabilidad de un modelo en APS para el pacífico colombiano en zonas de alta dispersión rural”
Investigadoras para Buenaventura Janeth Gil- Ivanoba Pardo-Bellazmin Arenas

atención integral en salud (PAIS/MIAS), acompañado de un amplio marco normativo y jurídico alrededor del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Un modelo es un constructo teórico que oficia como un sistema organizado de prácticas, capaz de ser replicado y cuenta con diferentes grados de consenso social para su implementación y mejorar el impacto sobre la salud de la población, si se articulan los recursos y las voluntades necesarias. Se usa con frecuencia para describir, comprender o explicar los acontecimientos que suceden en los diferentes ámbitos de la vida real. (Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública ‘Héctor Abad Gómez’ & Correa M., 2000). Al igual que son definidos como instrumentos o esquemas conceptuales por los cuales los seres humanos intentan articular de manera sistemática el conocimiento, logrando una interrelación de elementos que se encuentran dispuestos entre sí en una lógica real y pueden ser expresados de forma física, lingüística, simbólica o matemática. (Villaplana, 2002)

El Modelo de Atención en Salud, es definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”(De, Asistenciales, De, De, & Asistencial, 2005); significa un compromiso inextinguible con la consolidación de un modo coherente, sistemático y predeterminado de respuesta como institución a los usuarios.

Construir un modelo propio con enfoque de APS, en comunidades rurales e interculturales, en realidad es complejo, en primer lugar por el imaginario que tienen las comunidades alrededor de la salud y la atención primaria, en segundo lugar la falta de confianza en las instituciones y el abandono del Estado, y en tercer lugar las condiciones que derivan de su ubicación geográfica, lo cual crea una gran brecha para el acceso a los servicios de salud y atención por los diferentes actores del sistema de salud.

Dentro de los constructos teóricos del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD , se encuentra los elementos del modelo desde el análisis de las realidades de los TARD tanto de la perspectiva comunitaria como institucional y territorial, donde se parte del concepto de salud, como un bien preciado para la vida, diseñando un modelo de salud que haga énfasis en las condiciones que deben reunirse para proteger la vida humana. De ahí que una condición para la salud sea la armonía y tranquilidad que puede ser alterada por factores externos no controlables como la guerra o el papel de los actores armados.

La propuesta de un modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD, es una expresión de múltiples elementos y relaciones que tienen su lugar en la realidad, en la que confluyen todas las funciones de los sistemas de salud, cuya complejidad

solo puede concebirse desde una perspectiva integradora, por eso, se conceptualiza desde la función rectora, y la misma, se fortalece con su implantación.

Los componentes de la propuesta de modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD se soporta en cuatro constructos teóricos fundamentales de la; salud pública y el modelo de APS renovada, siendo necesario precisar cómo estos *postulados* teóricos operan y surgen en el análisis de las realidades de los TARD tanto desde la perspectiva comunitaria como institucional y territorial. Estos constructos conceptuales, definidos como pilares son: Salud propia, Sustentabilidad, Gobernanza y Capital social; que en otro aparte se describen.

Estos pilares soportan tres grandes elementos y cada uno de los elementos un eje como se nombran en la tabla siguiente y se describen posteriormente en el cuadro 1.

Cuadro 1. Pilares de la propuesta de modelo de APS

Elementos	Ejes
Desarrollo comunitario	Empoderamiento de la comunidad
Gestión del territorio	Sanar el territorio
Recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Enlace del gestor de recursos y necesidades comunitarias

Fuente: Elaboracion Propia

Con base en estos pilares, elementos, ejes se configura el modelo de monitoreo y evaluación del mismo, a partir de un proceso de evaluación lógico adaptado⁶. Requiriendo trabajar desde un ámbito de indicadores para obtener los resultados y de dos dimensiones establecidas por las comunidades en sus modelos de salud ***-la dimensión comunitaria y la dimensión individual y familiar.***

A continuación, se describen los diferentes componentes del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico – TARD:

⁶ En salud la configuración del sistema de evaluación de una política o programa, corresponde a un modelo lógico que se concibe como un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y elementos del proceso de la evaluación, cuya utilidad y vigencia depende del contexto en que operan los programas y que por sus características, es susceptible de imitación o reproducción.

Pilares del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD

Salud Propia:

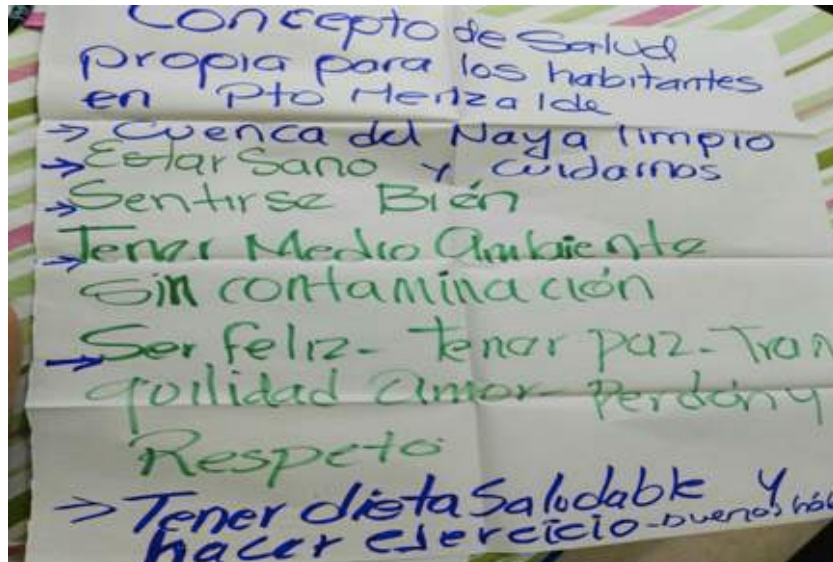
El concepto de salud ha sufrido numerosas variaciones a lo largo de la historia, relacionado con la cultura de cada momento y depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. La salud transita desde lo individual hasta lo social y lo cósmico. La salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo de los paradigmas en los que en ocasiones nos ubicamos. El concepto de salud es subjetivo, en virtud que relaciona bienestar a la salud, y no siempre sentirse bien es tener salud. También ha sido considerada utópica porque el completo bienestar es un objetivo difícilmente alcanzable y es estático, pues considera la salud como un estado, mientras que, en realidad, la salud es un proceso cambiante. Es así que, desde las realidades sociales de las comunidades, se construye la definición propia y la identificación de los determinantes sociales con la participación colectiva.

A través del tiempo, se encuentran diferentes definiciones al concepto de salud y como ésta ha ido evolucionando y ha sido manejada desde diferentes perspectivas; incluye la salud vista desde un concepto mágico-religioso, en donde entran a jugar un papel importante los saberes ancestrales. La Organización mundial de la salud (OMS, 2013), postula que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia” es decir, que, desde esta perspectiva, la salud implica componentes de bienestar a nivel biológico, afectivo, social y cultural, brindando así un modelo de salud para el siglo XXI. Por otro lado (Blum, 1981) plantea que la salud es el resultado de la interacción entre cuatro variables; la primera que es la herencia, la segunda es el ambiente que está relacionado con las circunstancias en las que está inmerso el hombre, la tercera que es el comportamiento, que está relacionado con la forma en que los individuos se comportan y sus creencias y como estos determinan el estilo de vida que dicho individuo lleve y por último los servicios de salud en donde se relacionan la calidad de los organismo encargados de prestar el servicio a la salud para que este sea óptimo. También menciona variables tales como el saneamiento, la educación, la vivienda y la alimentación de los individuos.

Concepto de salud y determinantes para la comunidad de Puerto Merizalde,

Los líderes sociales aportaron en el ejercicio de construcción del modelo una definición de salud que resumiera sus expresiones colectivas, pero también recogiera lo propio a un modelo intercultural, dado que la Constitución Política de Colombia de 1991 establece que la nación “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”. Con ello, se visibiliza que en el territorio nacional coexisten múltiples grupos y pueblos étnicos con igual número de manifestaciones culturales, lo cual hace del país un territorio multicultural.

Imagen 1. Concepto de salud propia, Puerto Merizalde



Fuente: Elaboración propia de los actores sociales participantes del proceso de construcción del modelo.

La mayoría de actores perciben la salud como “un derecho”, “es bienestar”, prima el poder de hacer las cosas, “*el trabajar, sentirse útil, poder ir a la escuela, tener su vivienda y lograr un trabajo*”, si pueden hacer esto consideran que eso les da salud. Otros actores opinan, que la salud “*es vivir sin contaminación ambiental y tener resuelto el problema de saneamiento básico como tener agua potable, alcantarillado, el manejo adecuado de basura, contar con escenarios para la recreación y el deporte*”.

“Mantener un territorio limpio, libre de contaminación en la cuenca del río Naya, que nos permita vivir saludablemente, en armonía, paz y bienestar social. Que nuestro comportamiento nos permita buenos hábitos como: ejercicio, alimentación saludable, higiene personal y realizar actividades saludables en nuestro territorio para sentirnos bien”.

Definición de salud del colectivo

Para hablar de salud se deben identificar las condiciones de vida donde se habita, por lo que en la construcción de un modelo de salud propio es importante conocer la historia y actividades a las cuales la comunidad se dedica o realiza, las condiciones de salud y los factores de riesgo. Estas condiciones a partir de los años 70 fueron denominadas “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974), en el documento *Nuevas Perspectivas de la Salud de los Canadienses*.

Al retomar el concepto de Determinantes Sociales en Salud - DSS, como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, así como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Los DSS apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud; tales como, el ingreso, el empleo, la educación, la vivienda y el medio ambiente.

Los DSS dan cuenta del compromiso del Estado para con los territorios, al igual que reconoce características propias de la cultura, las costumbres, creencias; más hoy en Colombia donde normativamente (Salud, 2015) la población debe gozar de la salud como un derecho fundamental, haciendo frente a la política de atención integral en salud – PAIS, que se propone brindar cobertura y acceso a los diversos territorios de Colombia, teniendo en cuenta la diferenciación intercultural y la dispersión de los territorios.

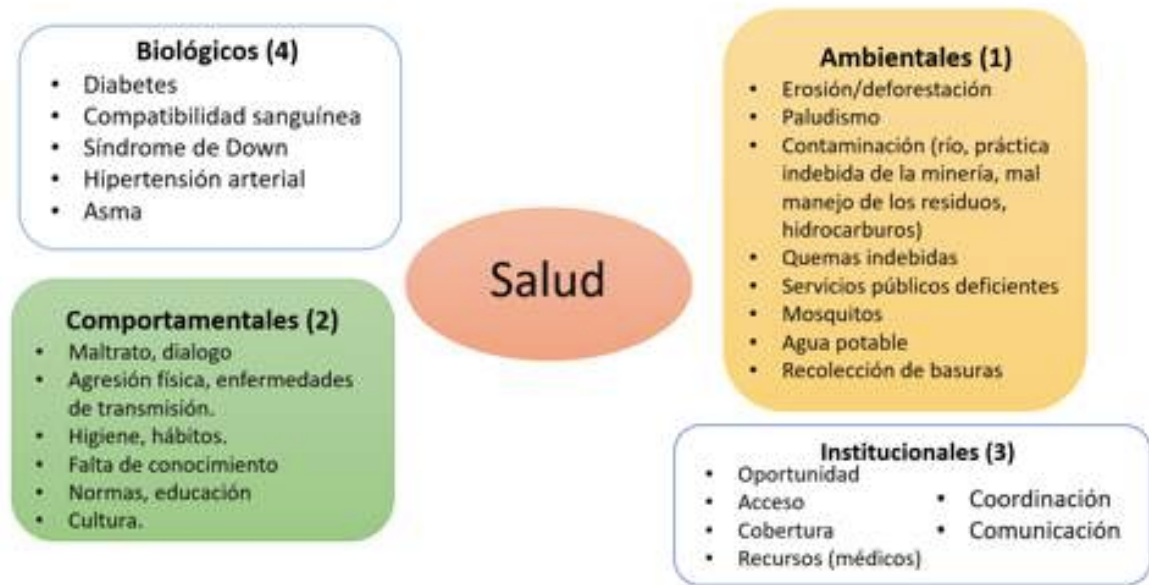
En el área rural en Puerto Merizalde, se concluyó con los diferentes actores que la prelación son los determinantes socioeconómicos, culturales y del comportamiento y los relacionados con los servicios de salud. Para las comunidades afro resultan más frecuentes como factores que condicionan su salud la recreación, el mejoramiento de las condiciones de la vivienda, la educación, las condiciones de higiene, transporte y alimentación. En este sentido el medio ambiente, la convivencia, la cultura y deporte, economía y trabajo, uso del tiempo libre en los jóvenes, el cuidado del adulto mayor, la presencia de instituciones de salud favorece su situación de salud. **Así lo describen testimonios como:**

“Si hablamos de salud en Puerto Merizalde hoy en día, nuestra salud se ha ido deteriorando por unos factores que nos afectan mucho en nuestro territorio. Por ejemplo: la contaminación es un factor que nos influye mucho en nuestro entorno porque muchos de nosotros somos los contaminantes. Arrojamus mucha basura a los ríos, animales muertos, excretos, y eso nos afecta mucho.

El clima es un factor que afecta la salud, porque si llueve mucho eso nos afecta las vías respiratorias”.

La siguiente figura resume los determinantes sociales que en consenso los participantes consideran se deben tener en cuenta para el modelo:

Figura 1. Determinantes sociales en salud para el modelo de APS, Puerto Merizalde



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras, con base en los aportes de los actores sociales participantes del proceso de construcción del modelo.

La población destaca entre los primeros diez problemas que afectan la salud, los siguientes: Agua; Basura; Excretas; Alimentación; Contaminación ambiental; Energía; Control de plagas y roedores; Convivencia; Minería ilegal; Tala de árboles. Al analizar la situación la comunidad desde el enfoque de participación, evidencia las dificultades en el territorio que están relacionadas con la salud, se resalta el incumplimiento de la legislación colombiana para brindar acceso a los servicios de salud y la prestación de los servicios. No se identifican acciones intersectoriales por parte de organizaciones del ente territorial y la sociedad civil. Las condiciones de vida en salud pública son precarias destacándose algunas acciones de saneamiento ambiental. Se revelaron algunas barreras administrativas por parte del Hospital, de las Empresas Promotoras de Salud-EPS para dar autorizaciones, la autoridad sanitaria en el pago de los recursos, barreras geográficas por la distancia que deben recorrer quienes están sobre el río Naya en alguno de los 62 territorios y acudir a una cita, lo que podría mejorar si mediante brigadas los profesionales visitaran las comunidades al menos una vez al mes y no una vez al año, y de igual forma la calidad de la atención, entrega de medicamentos y dispositivos médicos por parte de la Empresa Social del Estado-ESE; en el caso de ser superadas estas fallas pueden disminuir la carga de la enfermedad, y se destaca que es necesario un trabajo intersectorial, que brinde soluciones a problemáticas en salud desde el contexto y la interculturalidad. Dentro del análisis se describe que a pesar de que el territorio cuenta con más de dos mil habitantes, y el hospital cuenta con una capacidad instalada para la atención primaria en salud, hay poca promoción de los servicios en la comunidad, por lo

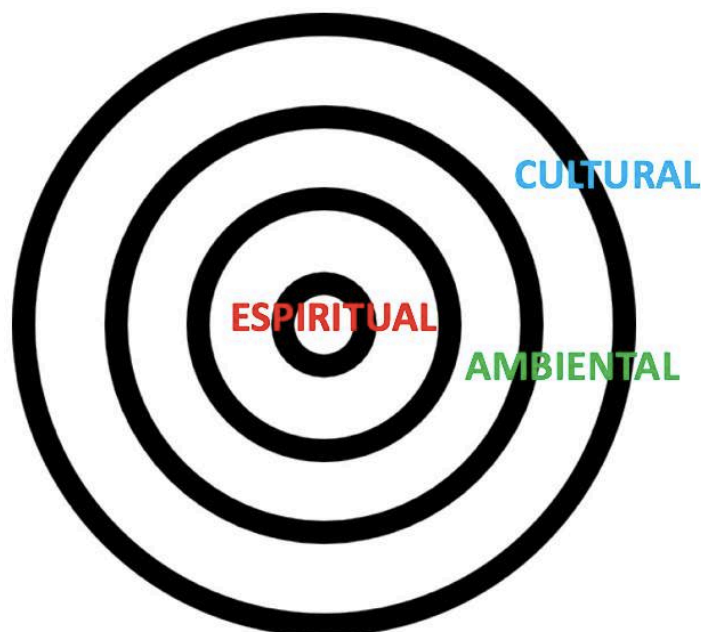
que es necesario inducir la demanda porque los habitantes no realizan acciones preventivas para cuidado de enfermedades de transmisión sexual, crónicas no transmisibles, y tampoco hay adherencia a programas de promoción con acciones individual o colectivas, aunque el acceso al hospital es relativamente fácil, sus recursos no permiten una atención integral.

Estas acciones de identificar las necesidades y priorizarlas partió de la participación social y comunitaria como mecanismo que facilitara enfrentar los determinantes sociales en salud, con el fin de plantear soluciones a problemáticas para innovar la gestión integral en salud, invitando a los actores institucionales y del Estado, el cual se evidencia un abandono y el no cumplimiento de la implementación de un modelo en salud. La participación de todos permitirá la toma de decisiones en todo el componente social de las poblaciones de alta ruralidad.

Concepto de salud y determinantes para la comunidad indígena Eperara Siapidara

A partir del trabajo con actores sociales claves de este territorio, se le realizaron las siguientes preguntas a algunos de ellos (autoridad tradicional, promotor de salud, la maestra dentro de la comunidad): “¿Qué significa la palabra salud?” y “¿Qué entienden por salud?”. La comunidad de Joaquinquito, considera la salud involucra tres dimensiones importantes (véase la Figura 2): lo espiritual, la naturaleza que es lo ambiental y lo cultural.

Figura 2. Concepto de salud para la comunidad indígena comunidad indígena Epedara Siapidara, territorio Joaquinquito, 2018.



Fuente: ejercicio desarrollado por los líderes sociales que participaron

Se encontraron respuestas indicando que la salud está determinada por:

“Estar bien en general; Tener cuidado con el cuerpo; Tener vida; La salud es estar alentado, no tener enfermedad y vivir bien; Alimentarse bien; Estar activo; Salud es amor; Vida sana, sin enfermedad; Trabajar la tierra para tener buenos alimentos; Cuidado del medio ambiente; Tener fortaleza espiritual; Tener un territorio propio; Tener un médico tradicional (Jaibána); Cultura propia; Tener buen agua”.

“La salud está relacionada con el estado de equilibrio y armonía espiritual, vinculado con la cosmovisión”

Definición de salud del colectivo

Se destaca que para la población indígena su primer punto de acceso a la atención en salud, no es acudir al hospital, si no ser atendidos en su territorio por el médico tradicional, y bajo sus prácticas de salud propias. Así lo describen los participantes: “*La puerta de entrada es la persona*”, porque ellos reconocen que, si hay un problema de salud, es por un mal comportamiento de la persona o porque atenta contra la naturaleza o por un comportamiento inadecuado que afectó su salud y, por lo tanto, lo que debe hacer, es analizarse para ver cuál fue la causa y cómo desde su comunidad se puede resolver esa situación. Sin embargo, cuando emprenden su camino al sistema de salud presentan varias barreras como son: el desplazamiento en lancha sobre el río Naya, costos de combustible, la barrera del lenguaje que impide la comunicación con el paciente y el médico del hospital, no contar con recursos para un diagnóstico, exámenes de laboratorio, una radiografía o ecografía, entre otros. Articular el sistema de salud con las prácticas propias de su comunidad, se da en muy pocas ocasiones, puesto que, desde la visión indígena, la medicina occidental no los toma en cuenta, anulando o menospreciando esos saberes ancestrales que poseen.

Las prácticas propias, hacen mención a todas aquellas acciones que ejerce su médico tradicional o un agente de salud propio del territorio, relacionada directamente con la naturaleza y el mantener un equilibrio entre las dimensiones que componen al ser humano, lo psicológico, lo espiritual, lo social, lo ambiental y lo físico. Cuando una de estas dimensiones falla, es cuando se produce o se da el proceso de la enfermedad y dependiendo de donde sea el desequilibrio así mismo se va a determinar qué tipo de enfermedad es, y el primer agente de salud en el territorio que atiende es el *médico de la sombra*, quien hace una mirada de su ser interior, lo limpia y protege de los malos espíritus. Si el mal persiste, lo revisa el médico tradicional o Jaibaná quien puede formular medicina tradicional y luego si no mejora se envía a la medicina occidental dentro del modelo de aseguramiento, donde será atendido por urgencia en el hospital o centro de salud más cercano a su territorio; para este caso, el hospital en el corregimiento de Puerto Merizalde, a quince minutos en lancha con motor o cuarenta minutos en potrillo.

En el área rural de la comunidad indígena de Joaquincito, los determinantes sociales que cobraron mayor importancia fueron, los socioeconómicos, culturales y del comportamiento, y los determinantes ambientales similar a la comunidad afro descendiente de Puerto Merizalde. Los principales problemas de salud que se identificaron son: el agua no potable, comportamientos agresivos por consumo de bebidas alcohólicas de preparación artesanal; además el manejo de basuras, no hay alcantarillado, falta de seguridad alimentaria, las excretas, no hay disposición final de residuos, una alta contaminación de roedores y plagas. Sin embargo, conservan elementos como la educación, la recreación, las condiciones de vivienda y transporte, pero se introducen nuevos elementos relacionados con la economía tales como el alto costo de la gasolina y la falta de trabajo, así como las condiciones riesgosas de los existentes. Por su parte, el grupo de determinantes ambientales, hace alusión a la ausencia de recolectores de basura y a la presencia de plagas como las cucarachas y los caracoles africanos.

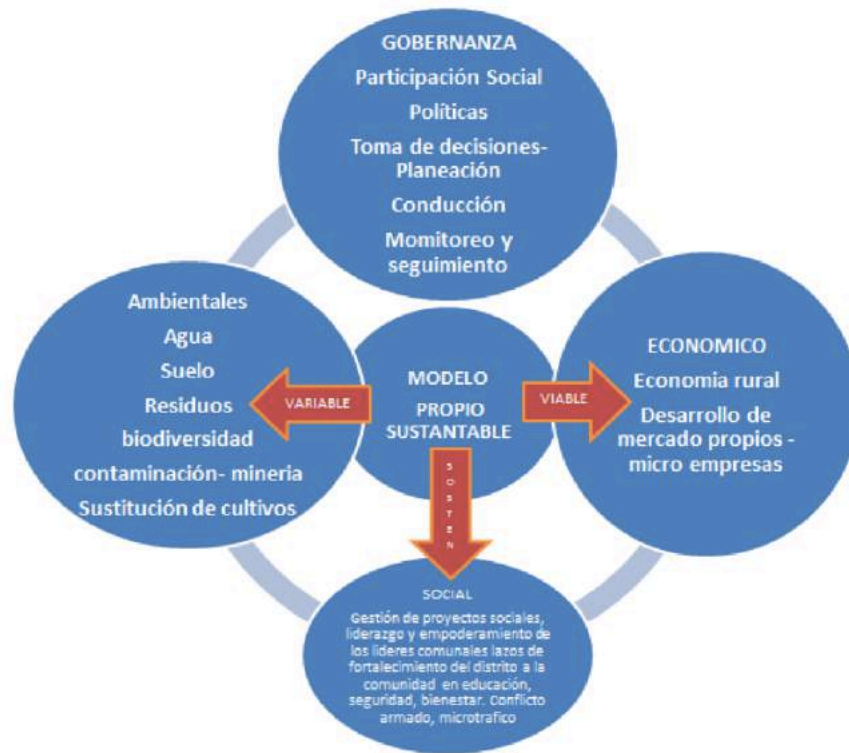
Sustentabilidad:

El modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD, es una expresión de múltiples elementos y relaciones que tienen su lugar en la realidad, en la que confluyen todas las funciones de los sistemas de salud, cuya complejidad solo puede concebirse desde una perspectiva integradora, por eso, se conceptualiza desde la función rectora, y la misma, se fortalece con su implantación. La sustentabilidad del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD integra: la gobernanza con los satisfactores económicos, ambientales y sociales de las comunidades en el presente, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras, incluyendo estrategias de intervención con el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

A partir de este concepto se plantea la sustentabilidad del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico – TARD, desde el componente comunitario a partir de un esquema de salud pública en el que la comunidad participe activamente en la construcción, garantizando así sustentabilidad social y viabilidad económica; articulando las dos medicinas, a las decisiones de priorizar gastos, a las formas de pago de los prestadores, y al rol del estado, de las organizaciones y de las comunidades indígenas. En esta sustentabilidad se incorporan elementos de infraestructura, guías de atención, rutas; que permitan fortalecer las condiciones de vida de la comunidad, donde se incluye la educación, vivienda, ocupación, alimentación y el medio ambiente, permitiendo ser más eficientes los recursos, respetando su componente cultural y avanzando en propiciar el acceso a los beneficiarios del modelo.

Para que el modelo pueda operar a largo plazo es necesario asegurar el compromiso del estado, de todos los niveles de gobierno y la comunidad, como requisito para que los cambios de autoridades no signifiquen un freno a la vigencia de los convenios, a la expedición de normas y al empoderamiento de las comunidades.

Figura 3. Sustentabilidad del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico



Fuente: Elaboración propia de las investigadoras

El modelo de salud en APS Sustentable para las áreas de alta dispersión rural, debe contar con:

- ✓ Financiación directa del sistema de salud,
 - ✓ Gestión comunitaria
 - ✓ Co responsabilidad de los diversos actores
 - ✓ Comunicación
- **En cuanto a la financiación del sistema,** continuara siendo un sistema de financiación mixto en el cual existen mecanismos como son los regímenes que para el caso de la población dispersa y de alta ruralidad, casi el 100% se encuentran en el régimen subsidiado, por lo que su modelo de salud depende del estado, situación que coincide entre las poblaciones estudiadas en la región pacífica; razón por lo que el modelo debe contener un componente comunitario desde la participación social y la corresponsabilidad para el cuidado de la población, operativizando el modelo desde las realidades sociales de las

comunidades. De igual manera la financiación dependerá del sector privado que es escaso y del sector externo que son las agencias de cooperación.

La rendición de cuentas es primordial, permitirá que la sustentabilidad parta de una base de transparencia, servicio, informando el destino de los recursos a la comunidad. Para el caso de la población del litoral pacífico, el componente institucional está dado por el ente territorial, Consejo comunitario, gobernador en población indígena quienes articulan y promueven acciones en salud, estableciendo la estrategia presupuestal para acceder a los fondos necesarios y garantizar la suficiencia para la comunidad como parte de la inversión social, siendo los responsables de la rendición de cuentas.

- **La gestión comunitaria**, es la estrategia que permite la relación de la comunidad y las instituciones prestadoras de servicios de salud, que permitan facilitar el acceso oportunamente y acceder a todos los servicios adicionales a la consulta como exámenes complementarios, medicamentos entre otros cerca de las poblaciones. Aquí se encuentran las Organizaciones de base quienes gestionaran recursos en pro del bienestar desde proyectos comunitarios y administraran recursos en sinergia de los recursos públicos y privados bajo custodia de la ONGs-Organización no Gubernamental.

Fundamentar el Modelo en la atención y participación de personas, familias y comunidades de todo tipo incorporando el enfoque intercultural como propone la estrategia de APS, permite al sistema contar con los mejores aliados para realizar diagnósticos precisos sobre las necesidades, problemáticas y expectativas de la provisión de servicios y mejorar los mismos en términos de equidad, accesibilidad, integralidad, pertinencia, calidad, eficiencia y transparencia⁷.

- **La co-responsabilidad** no solo de los individuos, la familia y las comunidades sino de otras dependencias y entidades públicas, privadas y de la sociedad civil en el desarrollo de políticas saludables y en la construcción de entornos saludables; así como la participación en el autocuidado de la salud a través de acciones de prevención de riesgos, enfermedades y daños a la salud, mediante la adopción de estilos de vida saludables que permitan enfrentar con oportunidad y eficiencia las ocurrencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, así como las Enfermedades Transmisibles, etc.. El abordaje de los problemas de salud y la acción sobre sus determinantes sociales requieren del liderazgo del sector salud para mejorar el desarrollo social y humano dentro del respeto por la autonomía de la comunidad y es perentorio fortalecer la formación en salud de recursos humanos nativos en todos los niveles - auxiliar, técnico y profesional. Para esto el enfoque familiar

⁷ OPS/OMS (2007). “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”.

centrara la atención de la salud de los individuos en su contexto social más cercano, orientado comunitariamente a través del desarrollo de programas de atención basados en el conocimiento de las necesidades particulares de una población, su cultura, costumbres y conocimientos para lo que el modelo exige adaptarse a estas condiciones facilitando la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos etarios y condiciones sociales⁸.

- **Comunicación**, que permita el monitoreo, seguimiento y evaluación del modelo para planes de mejora desde la iniciativa intercultural y geográfica de alta ruralidad.

La estructura demográfica, económica, social y ambiental del litoral pacífico hace que no se disponga de los recursos apropiados para el desarrollo de territorios sostenibles y saludables. El acopio y concentración de recursos provenientes del sector externo, permitirían la financiación de los diferentes proyectos comunitarios como estrategia de comunidad de alta ruralidad saludable desde la participación social (financiación de iniciativas productivas, emprendimiento a través de donaciones o gestión de recursos de ONGs.). La sustentabilidad económica del modelo de APS diferencial en territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico - TARD requiere de la articulación entre las dos medicinas, optimizando los recursos desde la forma de priorizar las necesidades y su financiación, como la forma de pago de los prestadores, y al rol del estado, de las organizaciones y de las comunidades de la comunidad del litoral pacífico. El modelo debe contener clara las rutas de atención, las redes de atención, la gestión del riesgo, con el fin de re establecer la salud como un derecho humano fundamental.

Gobernabilidad:

La Gobernanza en los territorios rurales dependen en gran medida de los actores sociales como son: líderes comunitarios, las agremiaciones de base comunitaria, la iglesia, maestros; quienes coordinan acciones conjuntas para el colectivo, resaltando en la comunidad indígena el respeto en la toma de decisiones por el cabildo en representación de su gobernador y quienes manifiestan la ausencia del Estado; diferente a la comunidad afro descendiente donde se visualiza la jerarquización por la autoridad entre los diferentes niveles, que facilita la interacción entre los actores involucrados en un asunto público, que lleva a la toma de decisiones o a la formulación de

⁸ Starfield, B (1992). “ Primary Care Concept, Evaluation an Policy”. Oxford University Press Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario

normas sociales y que implica la supervisión de la acción colectiva de las organizaciones públicas y privadas contratadas para proporcionar servicios de salud que respalden un sistema de atención.

La Organización Mundial de la Salud – OPS, en su documento “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas” (OPS/OMS, 2010a), define gobernanza como el “proceso de crear una visión y misión de la organización— qué es lo que será y qué es lo que hará— además de definir las metas y los objetivos que debe cumplir para lograr la visión y la misión. La gobernanza incluye la articulación de la organización y de sus dueños y de las políticas que derivan de estos valores – políticas acerca de las opciones que sus miembros deben hacer de modo de lograr los resultados deseados.

La gobernanza vista como un mecanismo de coordinación a través de fronteras, es un pilar fundamental para los servicios de salud, basados en Atención Primaria en Salud (APS), en donde se destacan tres puntos fundamentales (OPS/OMS, 2010b): la gobernanza total, la participación social amplia y la acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y equidad en salud.

Con respecto a la gobernanza, se conjugan las dimensiones de: la estructura, la composición, el funcionamiento y el control. El control se refiere al grado de centralización del gobierno, que puede variar desde un órgano de gobierno único (gobierno corporativo) hasta múltiples órganos descentralizados que desempeñan distintas funciones y tienen distintas responsabilidades; se destaca el monitoreo y evaluación de los resultados. (Vázquez, Vargas, Farré, & Terraza, 2005).

(Whetten, 1981) propone tres posibles formas de coordinación: ajuste mutuo, alianza y estructura organizacional. El ajuste mutuo se basa principalmente en intercambios voluntarios entre pares de organizaciones, pero no en un mecanismo formal de coordinación. Una estructura organizacional implica una autoridad formal global que integra la administración y la atención. Una alianza involucra agencias autónomas que forman una coalición para prestar los servicios de atención y compartir el objetivo común de resultados de salud de la población, en esta alianza se establecen mecanismos formales de coordinación entre las partes.

Actores sociales del territorio

Los actores sociales son definidos como aquellas personas, grupos de personas o instituciones que inciden e influyen en el desarrollo de las comunidades a partir de acciones o relaciones colectivas donde se percibe la motivación, expectativas fines, representaciones, valores, dentro de una situación determinada (ECFAO, 2006; Ibáñez y Brie, 2001; (Ortiz, 1998).

Para el modelo se reconoce aquellos miembros de la comunidad, líderes sociales e institucionales que tendrán la responsabilidad de apoyar la gestión en salud, el desarrollo de procesos, y acciones que favorezcan la salud del territorio, pero sobre todo poner en marcha el modelo de APS desde las relaciones sociales e interinstitucionales. Se destacan los cuidadores de salud propia, el curandero, sobandero, partera, médico tradicional, yerbatero y madre FAMI.

Dentro de los actores institucionales el más reconocido es la Empresa Social del Estado-ESE Hospital San Agustín de primer nivel, que es el punto de referencia inicial para acceder a los servicios. Sin embargo, por la poca atención por parte de las autoridades regionales y locales, como la Secretaria de Salud Municipal, y manejos burocratizados, descuidan el mantenimiento de la infraestructura y consecución de insumos.

En los territorios rurales de Buenaventura, corregimiento de Puerto Merizalde la autoridad está representada por el Consejo Comunitario y la Junta de Acción Comunal, mientras que en la comunidad indígena de Joaquinquito es representada por el cabildo indígena y su gobernador; quienes son los encargados de velar por el desarrollo de su territorio y conseguir recursos ante las autoridades regionales mediante el ejercicio de la gobernanza del territorio.

Dentro del modelo cada uno de los actores cumplir con su rol, dando cumplimiento a la legislación vigente, como se describe a continuación:

Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política, cumple lo siguiente en relación al Decreto 4107 de 2011:

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
3. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
4. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
5. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de

sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación.
7. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley.
8. Participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información en pensiones.
9. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema de Protección Social que comprende afiliación, recaudo, y aportes parafiscales. La administración de los sistemas de información de salud se hará en coordinación con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
10. Promover la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución de las actividades de salud, riesgos profesionales y promoción social a cargo del Ministerio.

Entidades Territoriales

A las Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales, les corresponde dirigir y coordinar el Sector Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud su jurisdicción. Además de gestionar y supervisar el acceso a la prestación de servicios de salud para su población y garantizar el acceso de la población a la prestación de servicios de salud mediante el aseguramiento (Minsalud, 2014).

Secretaría de Salud– Alcaldía Distrital de Buenaventura. Entre sus funciones se encuentran:

1. Realizar seguimiento, evaluación y análisis de la situación en salud (Vigilancia Epidemiológica).
2. Prevención de las enfermedades y Promoción de la salud.
3. Acciones de promoción de la salud y calidad de vida.
4. Acciones de prevención de los riesgos (biológicos, sociales, ambientales y sanitarios).
5. Acciones de vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
6. Acciones de gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Distrital en Salud Pública.

Secretaría de Salud – Gobernación del Valle del Cauca. Conforme al Decreto Departamental No.1138 de agosto 29 de 2016, son responsabilidades y funciones de la Secretaria de Salud, las siguientes:

1. Asesorar al Gobernador(a) en la formulación de las políticas de seguridad social en salud en el departamento y en la elaboración y adopción de los planes de desarrollo económico-social y de las inversiones públicas departamentales en salud preparando los proyectos respectivos en coordinación con el Departamento Administrativo de Planeación.
2. Dirigir, implementar y orientar la formulación de políticas, planes, programas, proyectos y normas para el desarrollo del Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud.
3. Dirigir y coordinar las acciones de las dependencias de la Secretaría de Salud del Valle del Cauca, de sus entidades adscritas o vinculadas y de las demás entidades del sistema Departamental.
4. Velar por que las dependencias y organismo que pertenecen al S.G.S.S.S. cumplan o hagan cumplir las normas constitucionales, legales y demás disposiciones, administrativas, técnicas, científicas pertinentes.
5. Formular, implementar y dirigir la política del Régimen Subsidiado en el Departamento.
6. Garantizar la asesoría y asistencia técnica a los municipios y a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las temáticas relacionadas.
7. Supervisar las fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la administración del Fondo Seccional de Salud.
8. Responder por el cumplimiento de las políticas establecidas para el Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud del Valle del Cauca, acorde a las políticas Departamentales y Nacionales.
9. Orientar la elaboración del presupuesto en respuesta a los planes, programas y proyectos de salud con significancia local para el Departamento del Valle del Cauca.
10. Fomentar el control social y las formas de participación ciudadana para el sector salud.
11. Las demás que le asigne la Constitución, la ley, las ordenanzas, los decretos, los reglamentos y las que surjan como consecuencia del desarrollo normativo y jurisprudencial.

Entidades Promotoras de Salud -EPS

De acuerdo a los artículos 177 – 178 de la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación

al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley. Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del fondo de solidaridad y garantía para la captación de los aportes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

•

Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS

En relación al artículo 185 de la Ley 100 de 1993, Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley. (Ley 100 de 1993, 1993)

Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Empresas Sociales del Estado - ESE

- En el Artículo 194 de la Ley 100 de 1993, se establece que la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.

Los objetivos de las Empresas Sociales del Estado que se encuentran en el Artículo 4 del Decreto 1876 de 1994, los cuales se describen a continuación:

1. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito;
2. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer,
3. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;
4. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado;
5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento;
6. Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

Superintendencia Nacional de Salud

Es la autoridad encargada de ejercer la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), FOSYGA, Entidades Promotoras de Salud (Régimen contributivo y subsidiado), Instituciones prestadoras de servicios de Salud – IPS, Empleadores y Entidades Territoriales (Red Nacional de Protección al Consumidor, s.f).

Dentro de las funciones de inspección, vigilancia y control se encuentran las siguientes:

1. Fijar las políticas de inspección, vigilancia y control; vigilar el cumplimiento de las normas.
2. Supervisar la calidad de la atención de la salud y control del aseguramiento, la afiliación, la calidad de la prestación de los servicios y la protección de los usuarios.

3. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud.
4. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.
5. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
6. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante.
8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

Capital Social:

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), describe el capital social como el “conjunto de normas, instituciones y organizaciones que promueven la confianza y la cooperación entre las personas, en las comunidades y en la sociedad en su conjunto”. En aquellas formulaciones del paradigma del capital social (y del neo institucionalismo económico en que éstas se basan en parte); que se concentran en sus manifestaciones colectivas, se plantea que las relaciones estables de confianza y cooperación pueden reducir los costos de transacción, producir bienes públicos y facilitar la constitución de actores sociales o incluso de sociedades civiles saludables.

El aporte del concepto de capital social reside en que resalta que el conjunto de relaciones sociales y de cooperación basadas en la confianza y la reciprocidad, puede ser potenciado por personas y grupos para fortalecer sus posiciones sociales y emprender proyectos colectivos. Se estima que la promoción del capital social en las estrategias de desarrollo permitirá mayores niveles de participación y protagonismo a los actores en la solución de sus problemas.

Los pobres dependen del capital social que tengan para acumular y movilizar activos en su beneficio. Combinado con otros tipos de capitales (económico, cognitivo, cultural), puede contribuir a lograr metas individuales y colectivas para enfrentar las fallas del mercado y los efectos de la desigualdad económica.

En el ejercicio de generar capital social, la comunidad reconoce la trayectoria histórica y proyección de la comunidad, Los testimonios lo describen:

Un líder comunitario relata,

“Hace 20 años en el territorio había una Galería, estaba Ecopetrol, existía lancha de transporte de carga pesada, Inspección de Policía, Fuerzas Armadas del Ejército y Policía, convenios europeos, Acueducto, no había presencia de fuerzas armadas al margen de la ley. También tenían Internado de estudios, Colegio, Bancos, Parque Aserrios, Hospital, la cooperativa multi pacifico, había más fuentes de empleo y más unión comunitaria. En síntesis “Hace 20 años atrás la tierra nos daba mucho más producto que ahora, porque acá no teníamos cultivos ilícitos y eso nos ha afectado mucho nuestro pan coger, es decir que no produce porque la fumigación ha matado nuestros cultivos”. (Testimonio de un miembro del consejo comunitario)

Los habitantes expresan:

“Puerto Merizalde tiene graves problemas de contaminación ambiental por basuras, excretas, residuos químicos y animales (vivos y muertos). En lo nutricional está regular ya que la gente consume proteínas, carbohidratos y verduras (en menor cantidad) pero no tenemos el conocimiento de balancearlo, en muchos casos saturamos el consumo con uno de ellos, es lo que podamos comprar porque ya poco produce la tierra”. Condiciones que podrían solucionarse con la generación de capital social (formación de líderes gestores, desarrollando en ellos capacidades).

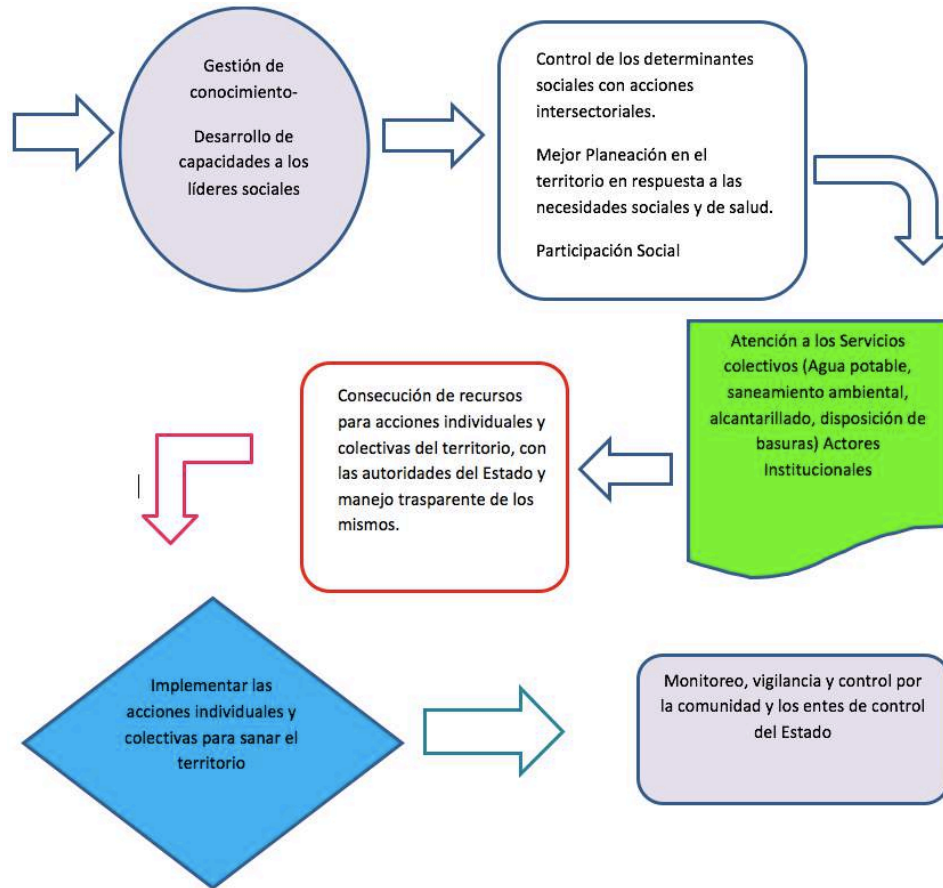
“Soñamos que nuestro territorio esté sin contaminación, para así tener una tranquilidad en nuestro entorno y esto nos asegure una buena nutrición, buenas condiciones climáticas y tener un buen cuidado con nosotros mismos”.

Experiencias aplicadas y lecciones aprendidas

A continuación, en este aparte del capítulo se describe el proceso de la experiencia y lecciones aprendidas de las investigadoras en el proceso de construcción de la propuesta de modelo diferencial en APS para comunidades de alta dispersión en el litoral pacífico.

Experiencia de la construcción del modelo para la comunidad rural del corregimiento de Puerto Merizalde.

Figura 4. Procesos críticos para el modelo de salud con enfoque de APS, Puerto Merizalde, 2018



Fuente: elaboración propia por las investigadoras.

En los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud-OPS, para un Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Atención Primaria, describe que el eje es preventivo, con enfoque colectivo, familiar y comunitario, orientado a prácticas de atención de la salud de acuerdo a una dirección política que responda a las necesidades de la comunidad. Entre sus objetivos y componentes están: la provisión de servicios; la gobernanza; la generación de recursos, el financiamiento.

Seguidamente, se presentan los procesos críticos y componentes del modelo desarrollados para Puerto Merizalde acorde con la visión de los líderes participantes del ejercicio de su construcción.

En la visión del modelo para Puerto Merizalde, como se muestra en la figura siguiente, se necesita el desarrollo de capacidades como un factor y base fundamental; es necesario educar a la comunidad en el cuidado de su salud y su entorno, en los derechos y deberes dentro del sistema. Indican que el modelo necesita contar con agentes de apoyo en estas actividades y los denominan “*Gestores comunitarios en salud*”, quienes deben buscar inducir la demanda de los servicios, orientar a los habitantes del territorio en programas de promoción y prevención, como también dar a conocer los derechos y deberes en el sistema de salud. Pueden articular procesos con otros actores del sistema, son conocedores de su comunidad y de las necesidades desde los determinantes sociales, a fin de mejorar la salud, y como respuesta a la definición del concepto de salud propia.

Figura 5. Representación esquemática del Modelo de salud con enfoque de APS, Puerto Merizalde, 2018.



Fuente: ejercicio desarrollarlo por los líderes sociales

El modelo reconoce que el país continúa con la estructura del aseguramiento, de allí que incorporan el asegurador y enfatizan que puede tener presencia en el territorio, que sea uno para los dos regímenes y con mecanismos para garantizar la oportunidad de la atención; así, que si son

remitidos a otro nivel cuenten desde su territorio con la debida autorización y definido el lugar de atención en el municipio que los acoja, ya sea Buenaventura o Cali. Todas estas acciones de coordinación se deberían gestionar desde el hospital y no el ciudadano realizarla.

Esperan que su modelo articule acciones individuales y colectivas lideradas por el Hospital de primer nivel, y las autoridades municipales, para que los recursos se empleen en su territorio. Se considera importante entonces mayor gestión administrativa y financiera por el ente territorial y la gerencia del hospital, pero sobre todo organizar la red de servicios y organizar las rutas que potencialice y los conduzcan a mejorar la condición de salud.

Se propone que el talento humano que gestiona la salud en el territorio, deben cualificarse mejor, y esa actualización no solo sea para los profesionales de la salud rurales que llegan a realizar su práctica sino también para los agentes tradicionales de la comunidad. Indican que a los rurales no se les siente confianza en virtud de su inexperiencia, y expresan que piensan que van a experimentar con ellos. De allí que el modelo muestra que los agentes en salud necesitan conocer más la comunidad y sus prácticas de salud. Una articulación de la medicina ancestral y occidental pueden estar en el modelo, pero destacan a los agentes de salud y que estos se fortalezcan y se preparen mejor.

El modelo incorpora que se requiere mayor trabajo intersectorial, ya que la salud depende en gran medida de la intervención de otros sectores como son Secretaria del Medio Ambiente, Minas y Energía, Saneamiento Ambiental, Educación. Se señala que en esa participación se requiere mayor planeación para proyectos y programas que den respuesta a las necesidades que la población privilegia y no pensar la salud como atención de la enfermedad por la IPS y autorización del asegurador.

En estas comunidades, el proceso salud-enfermedad no se percibe como una de las necesidades más prioritarias. Por delante de ella, existen otras prioridades no cubiertas como son la vivienda, el agua, la energía, manejo de residuos, la situación económica o el trabajo. Solo se preocupan cuando aparecen síntomas y consecuencias que limitan para continuar su vida diaria con normalidad, por lo que construir el modelo fue difícil de trabajar inicialmente pero al final, se concilio que todos estos elementos de vivienda, de agua, de energía, el manejo de residuos, la situación económica o el trabajo, son determinantes sociales que deben ser parte del empoderamiento del concepto de salud, inmersos como del propio concepto por su modo de vida y desde la conceptualización de la literatura.

Posterior a la identificación de las principales necesidades de Puerto Merizalde, se plantearon además sus propias rutas de atención, a partir del concepto propio de salud trabajado en el primer módulo. A continuación, se puede ver un ejemplo ilustrativo en la imagen 2.

Imagen 2. Rutas de atención con el enfoque se salud propia, Puerto Merizalde-2017.



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Para la operacionalización del modelo, se plantea también una estructura programática para la gestión integral del riesgo, a partir de los lineamientos nacionales del Plan Decenal, como se muestra en las siguientes ilustraciones, para algunas líneas de acción prioritaria y la línea transversal de poblaciones vulnerables.

Figura 6. Estructura programática para la operacionalización de Modelo territorial con enfoque de salud propia, Puerto Merizalde-2017.



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Figura 7. Propuesta de programa para la operacionalización de Modelo territorial con enfoque de salud propia, Puerto Merizalde-2017



Fuente: elaboración propia con base en información recolectada en taller con la comunidad. Puerto Merizalde, 2017.

Experiencia de la construcción del modelo para la comunidad indígena Epedara Siapidara, territorio Joaquinco.

La comunidad indígena tiene en cuenta para el modelo unos principios base que son: participación social y comunitaria, equidad, solidaridad e integridad, gestión transparente, respeto, liderazgo y pertinencia. Teniendo en cuenta sus tres dimensiones del concepto de salud, quieren en el modelo: que para la primera dimensión lo espiritual, tener una casa espiritual en donde estaría el médico de la sombra que limpia los espíritus malos o negativos del individuo, la familia o la comunidad. La segunda dimensión es la naturaleza, aquí articulan con el modelo desde su cosmovisión lo que ella les entrega. La última dimensión es la cultural, donde estarían las instituciones propias de su comunidad y etnia; su actor importante es el médico tradicional y el yerbatero; incluyen incorporar un centro de salud de medicina occidental dentro del territorio, que puede ser atendido por un médico y enfermero formado pero que conozcan su lenguaje y costumbres, un asegurador indígena, atención en el hospital con un promotor de salud que pueda ser canal de comunicación con los médicos de esas instituciones. También consideran los Cuidados colectivos por parte del Ente territorial, organizaciones no gubernamentales, y actores del estado en lo municipal, nacional.

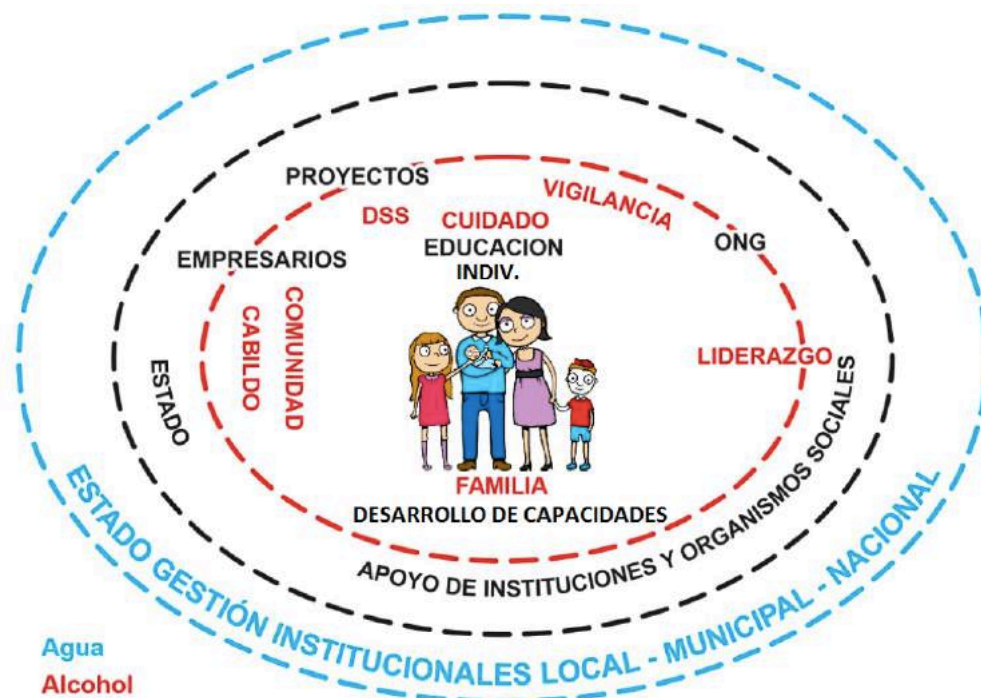
Los actores del modelo que participan en cada dimensión son: en la primera el individuo quien hace el autocuidado, la familia que lo rodea y apoya acciones para mantenerse sanos; la comunidad organizada que ejerce funciones de vigilancia y control mediante un veedor comunitario de salud, los gestores de salud (quienes desarrollan sus capacidades cognitivas desde la participación social y comunitaria) e inducen la demanda a los programas de atención primaria; el cabildo indígena, ejerce funciones de gobernanza en el territorio y articula toda participación con los actores externos; los agentes de salud propia incluirían: el médico tradicional "jaibana", el

pieldicero, yerbatero, sobandero, partera, quienes en conjunto cuidan la salud integral como actores de la primera dimensión.

Los actores de la **segunda** dimensión son de otros sectores, e interactúan con la comunidad para mejorar sus condiciones de salud desde lo ambiental, la agricultura, educación. Se destacan también organizaciones no gubernamentales, empresarios, líderes de otras organizaciones para gestionar proyectos, fundación **zoológico** de Cali. En conjunto fortalecerían los recursos para la salud integral cuidando su entorno y la armonía con la naturaleza.

En la tercera dimensión están las instituciones interculturales, la EPS indígena Mallamas e instituciones de salud locales y de segundo nivel ubicadas en Buenaventura. Aunque expresan que a esta última no pueden acceder con facilidad en razón de la distancia, ya que son más de dos horas por vía marítima, sumado a los costos de la movilidad en lanchas rápidas. Mencionan el Hospital San Agustín ubicado en Puerto Merizalde, que es su IPS más cercana y está a 20 minutos en lancha, aunque el horario de atención y forma de comunicación no es tan efectivo, le faltan recursos; incluyen también la Secretaria de Salud, el DAGMA, la CVC, la Alcaldía, como otros actores estatales a quienes reclaman sus derechos.

Figura 8. Construcción de propuesta de modelo de Salud para la comunidad indígena Epedara Siapidara, territorio Joaquinco.



Fuente: construcción de la comunidad SIA

Procesos, Actividades Y Finalidades Comunes De La Construcción Del Modelo

Para la construcción del modelo los participantes denominados para el proyecto “*Gestores comunitarios en salud*” realizaron:

1. Caracterización de 5 a 10 familias por cada área de influencia del gestor e identificar los determinantes sociales, y las enfermedades que tenían las familias.
2. Realizar el mapa de su sector, dibujando cada casa, lo que le permitiría luego llevar el control de las visitas domiciliarias, las cuales debía realizar cada semana.
3. Identificar el Asegurador, e inducir la demanda al Hospital San Agustín, si el paciente ya había sido diagnosticado de una enfermedad, o de lo contrario motivarlo a iniciar los programas de promoción y prevención que la institución tiene.
4. Llevar el registro de sus visitas, para compartirlo con la Enfermera Jefe o el promotor de salud, buscando prevenir riesgos en las enfermedades prevalentes.
5. Realización de un mapa con los riesgos de su comunidad, detectando lotes baldíos, disposición inadecuada de basuras o desechos tóxicos, enseñar a las familias de su sector la clasificación de basuras, y el manejo para tratar el agua, a fin de hervirla o potabilizarla.
6. Mejoraron hábitos alimenticios con menos consumo de alimentos procesados y gaseosas. Iniciaron algunos de ellos deporte como rutina para favorecer condición física y prevenir enfermedades crónicas como la Hipertensión y Diabetes.
7. Rocería de la calle y acondicionamiento de la misma.
8. Rellenos de la calle y pavimentación
9. Difusión de las actividades mediante perifoneo, carteles y radio local.
10. Monitoreo, en las casas con respecto a hervir el agua para consumir, la recolección de basuras, la práctica de las reglas básicas de higiene como el lavado de manos, cepillarse los dientes, el baño diario, lavado de frutas y de utensilios.
11. Motivación y acompañamiento a familias, en las brigadas de documentación, carnetización y afiliación al sistema de salud.
12. Instalaciones de costales en el sector para las basuras.
13. Visitas y revisión de tareas asignadas cada ocho a quince días.
14. Iniciaron ejercicio de control de basuras, con miras a un proyecto con biogestores, pesar la basura por un mes, a fin de calcular lo que producían y determinar la producción de gas para cocinar.
15. Iniciación en la selección y clasificación de basuras, construir con aquella que era reciclable, elementos artesanales, utensilios para el hogar, mejoramiento de las vías.
16. Recuperación de dos quebradas las cuales estaban en riesgo por contaminación.
17. Realizaron en las fiestas patronales del territorio el stand de la salud primaria, prepararon folletos, material de ilustración para la comunidad y también muestra artesanal con los elementos reciclables, en aras de fortalecer en la comunidad el cuidado de su territorio.
18. Se dio origen por iniciativa de un grupo de jóvenes a crear la ruta de recolección de basuras y disposición en un sitio específico lejos del río.

19. Lograron capacitarse en gestión de riesgo para emergencias y desastres, como también la charla informativa del papel de la Misión Médica en los territorios que están acogidos por el postconflicto.
20. Mejorar condiciones ambientales, evitar la quema y tala de árboles, no arrojar basuras al río, oponerse a la minería ilegal.
21. Comprometer al gerente del hospital para conseguir una planta potabilizadora de agua para el colegio del territorio en Puerto Merizalde.
22. Realización de puentes en concreto por la comunidad indígena de Joaquincito, con recursos del cabildo y el municipio. Favoreció control de riesgo ante el deterioro de la madera en más de 30 metros que estaban deteriorados por las inundaciones.
23. Movilización al paro realizado en Buenaventura para exigir mayor atención a la salud, trabajo, compromisos del plan de desarrollo para la región.
24. Expresiones culturales por la Atención Primaria; composición de coplas para un entorno saludable, que a continuación se comparten;

COPLAS

UN ENTORNO SALUDABLE

I.

La atención primaria en
Salud, es algo de valor
Te ayudan a vivir sano
Aun sin ir al hospital.

II.

A mi gente de Merizalde
Les quiero recomendar
Que contaminar el entorno
Provoca calamidad

III.

Basuras, químicos y excretas
Causan grandes daños ambientales

Contaminan nuestro río
Y el agua para tomar

IV.

Al contaminar los ríos
Causa problema social
Afecta al individuo
Familia y comunidad

V.

Recoger bien tus residuos

Y luego seleccionar

Orgánicos e inorgánicos

Y darle un destino final

VI.

Los insectos y roedores

Provocan mucha infección

Que afecten tu organismo

Sin ninguna consideración

VII.

Las reglas de higiene

Debes practicar,

En tu casa, en el colegio

También en todo lugar

VIII.

A mis queridas profesoras

Les quiero felicitar,

Por tan valioso esfuerzo

De venimos a capacitar

IX.

El agua es fuente de vida

No la podemos dañar

De eso tú y yo somos responsables

Y el señor nos premiara

X.

Con esto ya me despido

No es que quiera molestar

Solo me queda invitarles

A sanar nuestro entorno,

Es nuestra responsabilidad

Para la implementación del Modelo de Salud con enfoque en APS se espera involucrar:

1. Gestión integral intersectorial (administrativa y técnica), con diferentes sectores que trabajen en el territorio de forma conjunta por unas mejores condiciones sobre lo ambiental, el agua, las basuras, educación.
2. Mejor atención en la Institución de primer nivel, y mayor adherencia a programas con la participación de los gestores comunitarios en salud.
3. Proveer al menos una vez al mes la visita de especialistas al hospital San Agustín como son: Pediatra, Gineco-obstetra, internista. Estas consultas pueden favorecer que no tengan tantas remisiones a Buenaventura y a su vez a Cali, encareciendo los costos de desplazamiento y manutención.
4. Fortalecer la red existente y su complementariedad con redes externas de Nivel III y IV, o con un hospital universitario, para garantizar la integralidad y continuidad en la atención. La ciudadela de la salud que prometieron a la mesa técnica que salió del reciente Paro social, sea una realidad. Buenaventura debe tener todos los niveles de atención especializada.
5. Capacitar a los diferentes actores del modelo en las acciones que mejoren su salud. Esto incluye los agentes tradicionales. Considerar a los profesionales rurales como apoyo y tener al menos un médico del territorio y una enfermera.
6. Mejorar la visita domiciliaria con equipos extramurales donde este el gestor comunitario de salud, quien se vuelve en el agente articulador entre la comunidad y lo institucional o ancestral.
7. Contar con otra lancha en el hospital para la remisión de pacientes.
8. Realizar control prenatal con al menos una ecografía por lo que es necesario un ecógrafo en el hospital.
9. Realizar acciones por una seguridad alimentaria.
10. Iniciar proyectos para el manejo de los residuos.
11. Contar con un acueducto. Se han realizado 4 pero ninguno funciona en Puerto Merizalde.
12. Incluir la formación en los colegios del territorio de un curso en educación en salud para la promoción y prevención.

Una propuesta de monitoreo & evaluación de los modelos diferenciales para la APS en las comunidades de Puerto Merizalde y el Resguardo indígena de Joaquincito

Para evaluar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), son muchos los modelos propuestos que ilustran la variedad de concepciones, intereses y preocupaciones cuando se implementa la estrategia (Starfield, 2001). Entre las diferentes aproximaciones se

encuentran las interesadas en establecer el nivel de implementación y desempeño de las dimensiones específicas de la APS basadas en el modelo de valoración propuesto por Starfield, Shi y Macinko (2005). El punto de partida de estos autores es el cumplimiento de los requisitos primordiales de la APS, la equidad en el acceso a la atención en salud, la participación comunitaria y la acción intersectorial. De acuerdo a estos autores, si un modelo organizacional de servicios de salud es considerado como APS, sea clínico o comunitario, se busca que cumpla con los principales atributos que la definen: primer contacto, continuidad; integralidad, extensión, coordinación.

Sin embargo, la experiencia de construcción de un modelo diferencial para las comunidades de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico colombiano, hace evidente, que la APS como modelo comunitario no se presenta en estos territorios con todos sus componentes; que no contiene todos los atributos que la definen; y que esta situación responde a una complejidad territorial, cultural, étnica y de gobernabilidad particular para el caso de las comunidades de Puerto Merizalde y Joaquincito del municipio de Buenaventura.

Por todo lo anterior, los elementos del modelo de APS diferencial que se configura con estas comunidades, no puede ser monitoreado ni evaluado desde el marco tradicional. Por el contrario, todo el ejercicio de investigación – *señala*- unos ejes de valoración a entender y monitorear como resultado de la experiencia. Entre ellos:

1. Las capacidades construidas para facilitar el empoderamiento de las comunidades en los asuntos de salud y protección de su entorno; así como los esfuerzos de construcción de capacidades comunitarias y auto determinación en el cuidado de la salud.
2. La acción y participación de actores en el bienestar común;
3. El desarrollo de instrumentos sociales para producir conocimiento, informar, proporcionar soporte, o apoyo a personas o grupos en el cuidado de la salud, el entorno y sus riesgos.

Estos énfasis de los modelos comunitarios diferenciales concebidos, se constituyen en un espacio de la acción de la política pública (estrategia de APS) que deben ser interpretados por medio de resultados vinculados al proceso de cambio comunitario y organizacional diferencial para la implementación real y coherente de la estrategia de APS en los territorios de alta ruralidad dispersa (TARD) de Buenaventura.

Marco de aproximación al M&E

La limitación para construir una marco analítico de monitoreo, seguimiento y evaluación que comprenda todas las acciones y la complejidad contextual y organizacional, tiene una aproximación propuesta por Shadish y col (2001), relacionada con la definición y entendimiento general del proceso evaluativo, así: 1. El contexto social y propósito del programa, política o estrategia; 2. El valor que se busca alcanzar (equidad, justicia,

empoderamiento, solidaridad, participación, etc); 3. La construcción de conocimiento; 4. El uso del conocimiento por todos los actores, incluyendo los tomadores de decisiones y comunidades, 5. La reproducibilidad práctica de la metodología.

Ahora bien, dada la complejidad de los contextos en que se desarrollan los diferentes esfuerzos e iniciativas de intervención comunitaria desde la APS, Potvin y colaboradores (2001) plantean un modelo con el cual conectan los componentes de una estrategia o programa *-definidos según la teoría de sistemas-*, con las preguntas de evaluación relacionadas con dichos componentes, donde las acciones simultáneas de múltiples actividades, actúan interrelacionadas y de manera colaborativa en el proceso de guiar la acción y el cambio de las situaciones que están afectando la salud, bienestar y desarrollo en la comunidad⁹.

En razón a la rigurosidad del proceso de monitoreo y evaluación de los modelos de APS diferencial, se debe dar cuenta del balance entre las competencias potenciales de los elementos diferenciales, su entendimiento y operación, con el empoderamiento y apropiación de la comunidad en su implementación.

Esquema del modelo propuesto

A partir de los dos modelos de base comunitaria para la estrategia de APS en las comunidades de Puerto Merizalde y el Resguardo indígena de Joaquincito, se identifica un conjunto de elementos comunes que los actores del territorio priorizaron en los modelos de salud correspondientes, y a partir de los cuales se busca actuar y se espera alcanzar unos resultados diferenciales en salud. Estos énfasis para propósitos del sistema de monitoreo y evaluación se han denominado **ejes diferenciales** para la estrategia de APS en estas dos comunidades y corresponden a componentes comunes de ambos modelos como se presenta en la tabla n1:

⁹ Las preguntas a plantearse según los autores son: ¿qué tan coherentemente la teoría de intervención del programa está ligada con los objetivos, recursos y actividades/servicios del mismo? ¿cuáles son los logros de las actividades/servicios del programa? ¿qué tan relevantes son los objetivos del programa para la población objetivo en la que se espera el cambio? ¿qué tanto responden los componentes del programa a las condiciones del ambiente?

Tabla n°1. Relación de elementos diferenciales para el modelo de APS en Puerto Merizalde y Joaquincito

	Relativo al desarrollo comunitario	Relativo a gestión del territorio	Relativo a recursos de promoción y prevención
Elementos del modelo de salud para la estrategia de APS diferencial Puerto Merizalde	Desarrollo de capacidades comunitarias	Gestión del riesgo ambiental y desarrollo local	Gestores de la salud
Elementos del modelo de salud para la estrategia de APS diferencial del Resguardo Joaquincito	Competencias comunitarias	Gestión del riesgo integral de factores externos que afectan el equilibrio individuo- naturaleza	Veedores de la salud y gestores
Ejes diferenciales para el modelo de APS	1 Empoderamiento comunitario	2 Sanar el territorio	3 Enlace gestor de recursos y necesidades comunitarias en salud

Fuente: Elaboración propia

Es así, que a partir de las premisas establecidas por los actores del territorio, aquellos elementos relativos al desarrollo comunitario, se presentan en dos vías para lograr sus objetivos. Esta estrategia, que es bien conocida, se designa con frecuencia de diferentes maneras según si se usa dentro de estructuras ya existentes o se busca modificarlas. En el caso de desarrollo comunitario, se trabaja con estructuras existentes- *caso comunidades de Puerto Merizalde*-; mientras que la acción comunitaria se dirige a la auto gestión e integración de la comunidad, con objetivos enfocados al proceso de resolución de problemas colectivos - *caso resguardo Joaquincito*-. Estos elementos se configuran en el eje **Empoderamiento comunitario**

En los elementos relativos a la gestión del territorio, desde las dos miradas de las comunidades, acerca de la concepción de comunidad saludable, para la población indígena: *“la comunidad saludable viene a ser una representación clara de todo el cuidado que tienen con su entorno; el trabajar juntos para un bien común del cuidado de su entorno y naturaleza para mantener una armonía para su territorio”*¹⁰ (pg 14). Para el caso de la comunidad afro, *“la comunidad saludable se asocia a lo colectivo pero como expresión de la oferta y*

¹⁰ En cursiva las definiciones textuales de la comprensión discursiva de estos dos ejes registrada en el informe 3. del análisis cualitativo de la línea de base de la investigación cualitativa.

capacidad que tienen el estado de brindar oportunidades y acciones que atiendan las necesidades en salud” (pg 14). Estos elementos se configuran en el eje **Sanar el territorio**

En cuanto a los elementos relativos a la promoción y prevención, vinculados principalmente a una dimensión familiar e individual, la investigación muestra como: *“la salud se valora como un bienpreciado para la vida, al punto de referirse a ella como ausencia de enfermedad, lo cual no niega su dimensión biológica sino que enfatiza en las condiciones que deben reunirse para proteger la vida*

Humana. Los problemas de salud asistencial están en esa relación con la salud y recurren a denotarlos como producto del ambiente físico y social en el que viven. De ahí que una condición para la salud sea la armonía y tranquilidad que puede ser alterada por factores externos no controlables como la guerra o el papel de los actores armados “(pg.13).Estos elementos se configuran en el eje **Prácticas colectivas de promoción y prevención.**

Con base en estos ejes, se configura un modelo de evaluación lógico adaptado¹¹. **El modelo de M&E propuesto es de carácter participativo y su alcance es comunitario e institucional.** Busca ante todo, promover la participación coordinada de los distintos actores, desde los componentes y dimensiones que resultan más representativos para conocer los logros, con una visión holística de construcción de comunidad saludable.

Se propone que el proceso de monitoreo siga las etapas – **momentos**- de la puesta en marcha de los elementos diferenciales de los modelos de salud concebidos por las comunidades para la APS en estos territorios, los cuales se precisan para efectos del seguimiento y monitoreo como:

- *Momento 1*: planeación colectiva;
- *Momento 2*: implementación de la acción; y
- *Momento 3*: monitoreo de prácticas de promoción y prevención.

Su aplicación requiere herramientas de naturaleza cualitativa (*a nivel comunitario e institucional*) y cuantitativa (*a nivel institucional*). Se requiere que la entidad territorial

¹¹ En salud la configuración del sistema de evaluación de una política o programa, corresponde a un modelo lógico que se concibe como un patrón conceptual a través del cual se esquematizan las partes y elementos del proceso de la evaluación, cuya utilidad y vigencia depende del contexto en que operan los programas y que por sus características, es susceptible de imitación o reproducción.

disponga los recursos, tiempo y fortalezca las habilidades del personal comunitario e institucional para su aplicación operativa.

Ámbitos de los resultados esperados

Los resultados posibles de alcanzar con la implementación de esos tres ejes diferenciales, se esperan en relación a cinco (5) ámbitos prioritarios. Estos ámbitos prioritarios de resultados son (*ver figura 9*):

Figura n9. Ámbitos de resultado de la estrategia de APS diferencial para su M&E



Fuente: Elaboración pro

1. *Adaptación intercultural.* Los logros a nivel de cambio organizacional de los servicios de salud son prioritarios, no solamente a nivel de aspectos estructurales concretos de la organización, sino principalmente cultural, donde será posible avanzar en comprender e incorporar los valores, creencias y costumbres de las comunidades. Donde se reconozca la riqueza de los recursos comunitarios para la salud y el bienestar, y se incorporen en un proceso real de interculturalidad en la atención en salud.
2. *Generación de capacidades comunitarias.* Se esperan resultados a nivel de mayor información y capital social cognitivo frente a las decisiones de cuidado de la salud individual y familiar.
3. *Empoderamiento comunitario.* A nivel comunitario se identifican resultados esperados que darían cuenta de la eficacia de la comunidad.

4. *Equilibrio sustentable del territorio y comunidades.* Estos resultados van asociados a los relativos a las condiciones de sustentabilidad del territorio y las comunidades en toda la integralidad de su miradas étnico y cultural.
5. *Percepción del riesgo y de las condiciones de salud.* Finalmente, un ámbito claro de resultados estará asociado modificación de condiciones que implican riesgos en una perspectiva de comunidad saludable desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad colectiva.

Estos ámbitos comprenden los *resultados* a evaluar en relación a la condición diferencial del modelo. Su medición, será responsabilidad de las autoridades en salud, con el concurso de los actores representantes de la comunidad y de los otros actores sectoriales.

Dimensiones de entrada para el componente de M&E

En el proceso de alcanzar resultados en estos ámbitos, se propone el monitoreo y seguimiento en las dos dimensiones establecidas por las comunidades en sus modelos de salud *-la dimensión comunitaria y la dimensión individual y familiar-*, las cuales se proponen como los puntos de entrada para el componente de monitoreo y evaluación del modelo, y que están en relación con las dos fuentes de empoderamiento que se identifican: el empoderamiento individual, que deriva de la autoeficacia para actuar, la eficacia política, la motivación para actuar, y la creencia en la acción de grupo; y el empoderamiento comunitario, que da como resultado la eficacia comunitaria, la transformación de condiciones, mejores políticas de salud, igualdad, accesos a los recursos entre otros.

Dimensión comunitaria. En ambos modelos, es posible establecer el papel principal de la comunidad, como recurso *sobre el que se construye y se debe potenciar* el modelo de APS en estos territorios. Tal como lo plantean ambas comunidades, se hace referencia a la manera de emprender las acciones colectivas, y donde surgen cuatro categorías para monitorear y evaluar frente a los desarrollos, apropiación y logros del modelo. Estas categorías son: Planeación colectiva, Desarrollo local, Acción y participación social.

La categoría de planeación colectiva, se presenta en el modelo, como la acción necesaria para definir lo que se necesita y se quiere en términos de los servicios de salud y bienestar en general para la comunidad. Como segunda categoría, surge el desarrollo local, entendido como el conjunto de acciones orientadas a la resolución de los múltiples problemas mediante el autodesarrollo social y económico de la comunidad. Y por último, la categoría de acción social, como la construcción de comunidad que defiende sus derechos, y que se potencia con la educación, formación y desarrollo de capacidades.

Como puede observarse, este conjunto de categorías, contiene las valoraciones clave de sentido de comunidad y empoderamiento comunitario, que se manifiestan en el aumento de la acción local, redes sociales más fuertes, desarrollo de competencias de la comunidad para participar en la toma de decisiones colectivas.

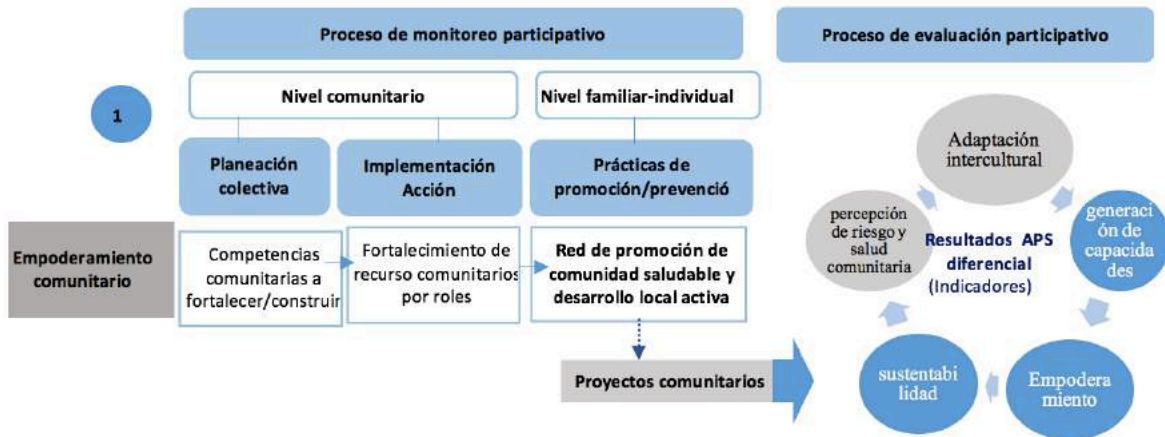
Niveles de monitoreo y evaluación en la dimensión comunitaria

A continuación se describe para cada eje diferencial común del modelo de salud para la APS en estas comunidades, los niveles de M&E.

Primer nivel de monitoreo y evaluación

El primer elemento diferencial de los modelos comunitarios de Puerto Merizalde y Joaquincito considerado en esta dimensión corresponde al **empoderamiento comunitario**. En este nivel, el proceso de monitoreo y evaluación se orienta a establecer el cumplimiento, avance y logros relativos a sostenibilidad del equilibrio y desarrollo territorial, desarrollo de competencias comunitarias y de empoderamiento comunitario por medio de indicadores de eficacia comunitaria. Este seguimiento se realiza en los tres momentos (*planeación colectiva, implementación de la acción, prácticas de promoción y prevención*) del proceso de acciones diferenciales de la APS desde un modelo lógico de evaluación participativa (*ver esquema 1*).

Esquema 1. Primer nivel de monitoreo & evaluación en la dimensión comunitaria



Fuente: Elaboración propia: Núñez, A.2018

Como parte de las acciones propuestas, la conformación y organización de la red de recursos comunitarios, y demás actores para la promoción de una comunidad saludable y de desarrollo activa se identifica como el punto de monitoreo y evaluación para los resultados esperados.

Segundo nivel de monitoreo y evaluación

Como segundo eje diferencial se encuentra **Sanar el territorio**, que basado en un enfoque poblacional, se busca con la APS alcanzar cambios más estructurales, como una manera más contundente de actuar sobre los determinantes. Esta mirada tiene un enorme potencial de mejorar los indicadores de salud a partir del cambio en la distribución del riesgo o problema, por medio del establecimiento de nuevas normas sociales sanas en busca de proteger el entorno general. El sistema de monitoreo de este eje inicia con la planeación colectiva de atención a los riesgos percibidos, la gestión y operación del sistema de alertas tempranas, y la expresión de las prácticas de promoción y prevención comunitarias con el uso de los tableros comunitarios de riesgos. Los resultados esperados tendrán indicadores a nivel de intersectorialidad alcanzada en la gestión de sanar el territorio, empoderamiento comunitario y la percepción del riesgo en el territorio y de la salud de la comunidad.

Esquema 2. Primer nivel de monitoreo & evaluación en la dimensión comunitaria



Fuente: Elaboración propia: Núñez, A.2018

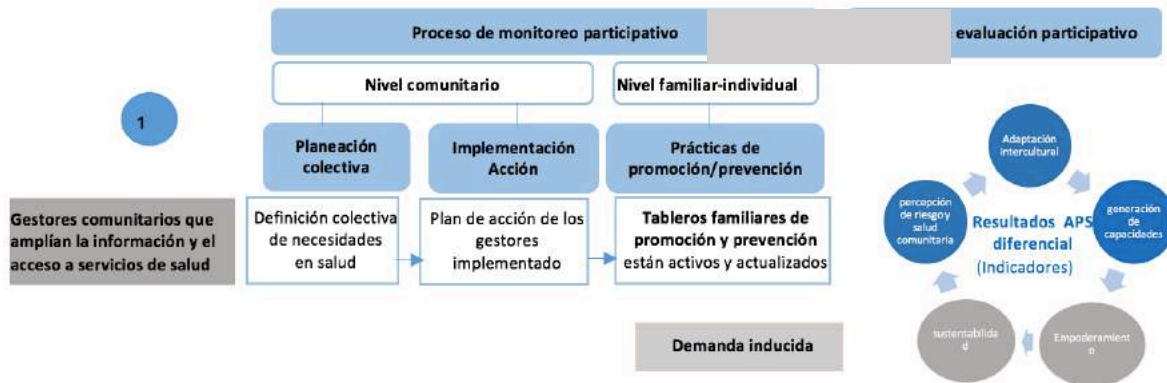
Dimensión familiar e individual

En estas comunidades cuando se aborda el tema de la promoción de la salud, es difícil de diferenciarle de la prevención. Los objetivos de la prevención son planteados en el sentido de luchar contra los factores que se identifican como obstáculos para el sostenimiento del equilibrio de la salud en su entorno natural. Los objetivos de la promoción de la salud, se insertan en una dinámica más positiva, se habla sobre todo de los determinantes de la salud

y el desarrollo de las condiciones favorables a la salud. Estos matices no son sino una cuestión de lenguaje, que reflejan las concepciones de la salud y las filosofías de acción muy diferentes en ambas comunidades. En un caso, - *Puerto Merizalde*- la salud corresponde a la ausencia de problemas, mientras que en el otro - *Resguardo indígena Joaquincito*- es considerada como un recurso directamente asociado a la calidad de vida. En un caso se actúa sobre los problemas específicos, mientras que en el otro se actúa sobre el conjunto de determinantes que condicionan el bienestar individual y colectivo.

Estas dos vías de acción en promoción y prevención, pueden ser monitoreadas desde el primer nivel de planeación donde se da la definición de necesidades por el colectivo, y la responsabilidad de ser gestionadas por los actores que actúan como enlace con los servicios y autoridades territoriales. El sistema de m&e incluye en este eje los tableros familiares para monitorear y hacer seguimiento a la apropiación de prácticas saludables. El punto de evaluación de este eje serán los indicadores de demanda inducida relacionados con indicadores de cambio organizacional e interculturalidad. De otro lado con indicadores referidos al desarrollo de capacidades individuales y familiares de cuidado de la salud. Estos logros deben verse reflejados en indicadores de cambio en la percepción del riesgo y percepción del estado de la salud por la comunidad.

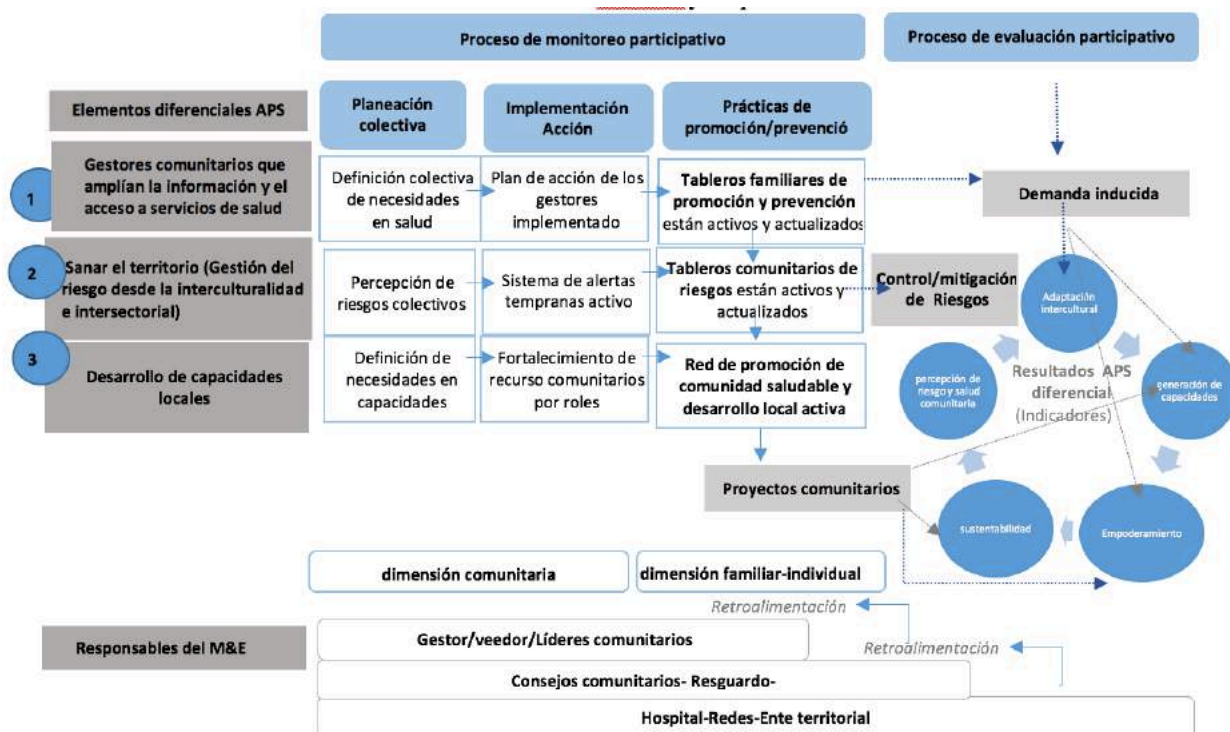
Esquema 3. Primer nivel de monitoreo & evaluación en la dimensión familiar e individual



Fuente: Elaboración propia: Núñez, A.2018

De esta manera, se ilustran los criterios generales a los que se apega el proceso de M&E, así como las etapas que conlleva su realización, en el entendido que es aplicable en los distintos momentos de operación de la APS diferencial, ya sea con o sin intervención externa, lo que incluye expresamente la determinación de monitorear, evaluar y difundir los resultados en la comunidad, desde las comunidades y con la comunidad.

Esquema 4. Modelo participativo de monitoreo, seguimiento y evaluación de los elementos diferenciales de la estrategia de APS en las comunidades de Puerto Merizalde y Joaquincito



Fuente: Elaboración propia: Núñez, A.2018

Lecciones Aprendidas - Síntesis de Hallazgos y Reflexiones

A manera de síntesis, los determinantes sociales en salud para la población del litoral pacífico incluyen situaciones de deficiencia en el acceso a la educación, a la alimentación, al saneamiento básico (no acceso a agua potable, ni de buena calidad, no contar con energía eléctrica continua, alcantarillado, hogares con inadecuada eliminación de excretas), manejo inadecuado de residuos sólidos, difícil acceso a la salud; categorizados estos como necesidades básicas insatisfechas - NBIS, generadoras de los niveles de pobreza, que para el caso de Buenaventura son altos.

En el ejercicio de construcción del modelo con las comunidades de la cabecera rural y los indígenas se parte de los determinantes sociales para la construcción de la comunidad saludable y es así que en lo referente al contexto socioeconómico tiene elementos comunes y diferenciales entre las poblaciones. La economía ilegal basada en los cultivos de coca está

permeando la subsistencia y alejando los cultivos tradicionales que usualmente son factor de sobrevivencia económica y cultural. Diferencialmente hay entre los afros una economía basada en el comercio informal de la distribución de insumos para el consumo de hogares, entre tanto que los indígenas tienen una economía de supervivencia destacando la minería del oro y la comercialización de artesanías autóctonas hechas por mujeres y jóvenes. Estas economías de supervivencia y tradición dejan poco espacio a la economía formal basada en las oportunidades que deja el Estado y el comercio formal. Sólo una élite de personas y profesionales acceden a estas opciones que permiten mayor movilidad y sostenibilidad de las necesidades básicas de la canasta familiar. Las opciones para la población juvenil son escasas y oportunistas, abriendo el camino de la economía ilegal entre ellos.

En términos socioeconómicos en la comunidad afro colombiana hay varios factores igualmente diferenciales con similitudes en términos regionales. Comparten actividades comunes, ya que ellos vivían de la caza, luego de la pesca y luego de la agricultura. Pero esas tres fuentes fueron sustituidas por la minería artesanal que la practican (minería de oro). Por otro, lado la sustitución de los cultivos tradicionales por los de coca ha sido prevalente en sus territorios; pero ellos lo aplican también con intenciones medicinales. Además, tienen cultivo pan coger, correspondiente a árboles frutales como zapote, banano, chirimoya, coco. Trabajan actualmente esencialmente la minería como fuente de ingresos junto con las artesanías, productos que comercializan, y éstas se constituyen en una fuente importante de ingresos. Se puede decir que en la comunidad afro la economía fundamental gira más en torno al comercio informal. La pesca y la agricultura de comestibles dejaron de ser una economía de la región, una fuente de empleo, una fuente de ingreso económico y una fuente de subsistencia porque en los terrenos han sido reemplazados por cultivos ilícitos. Este cambio se relaciona sobre todo en el río Naya con una alta contaminación ambiental con cianuro y con mercurio por la minería ilegal, y en ciertas regiones del río también está el narcotráfico que hace parte de la economía ilegal. Los pobladores y sus organizaciones sociales extrañan la cultura tradicional de los cultivos que ahora han sido reemplazados por el cultivo de la coca. Hay otro elemento muy preponderante y es el expendio de alcohol, hay familias que viven del licor artesanal, y lo comercializan en Buenaventura.

Las comunidades saben lo que tienen como capital cultural y material; solo que hay mayor identidad de ese capital entre la comunidad indígena. La vivencia en el mismo hábitat rural tropical de selva les hace compartir escenarios comunes de convivencia, tránsito e intercambio. El diálogo intercultural con sus vecinos (afros o indígenas) es tolerante en cuanto a convivencia, y a procesos de entendimiento general; pero cabe decir que se diferencian en aspiraciones colectivas y proyectos de vida según costumbres y modos de vida imperante. El negro se encuentra más occidentalizado, y el campesino muestra tendencias modernas de integración con la cultura dominante en lo comercial y relacional que se ubica en la ciudad de Buenaventura, la cual es su principal referente territorial de desarrollo. Los indígenas, por otro lado, muestran apego y respeto por sus tradiciones y son más cuidadosos

de sus costumbres, lo cual releva el valor de la identidad como parte de su patrimonio individual y social.

Las relaciones con el exterior comprenden aquellas con los referentes institucionales y comerciales que hay con la ciudad de Buenaventura, y con los agentes locales que representan la iglesia, la educación y el hospital regional. Las relaciones de subordinación y normalización desde arriba (el Estado y las élites políticas) parases dominar el ámbito de las relaciones de los afrocolombianos de estos sectores rurales; mientras que los indígenas dialogan con actores institucionales omitiendo casi por completo un vínculo con los partidos políticos o las élites de poder, excepto con el Alcalde a quien hacen exigibilidad de derechos bajo una perspectiva autonómica basada en el orden legal que los autoriza para reclamar del Estado obligaciones vinculantes.

Con el sector salud las comunidades afro descendiente, tienen expectativas para que se atiendan sus necesidades de acceso y atención, mientras que los indígenas reclaman adicionalmente una serie de decisiones que reclaman como derechos en respuesta a las obligaciones del Estado. Las principales propuestas de la población afro estuvieron relacionadas con la inclusión de la medicina alternativa, teniendo en cuenta las plantas medicinales, la inclusión de médicos tradicionales y la presencia de parteras en los centros y puestos de salud. “La población afro usa mucho las plantas medicinales y estas no son tenidas en cuenta en los modelos de salud actuales y mucho menos con los nombres que se les conoce en regiones de la costa pacífica”. En resumen, los afros dialogan con el Estado y sus representantes (sector salud) en modo subordinado y controlado, mientras que los indígenas dialogan en reclamo y reconocimiento de sus derechos al punto de generar espacios contra hegemónicos y de resistencia.

Conclusiones de la profesora Rosa Nelly Mosquera. Institución educativa Patricio Olave Angulo.

“Los seres humanos por naturaleza son personas sociables que comparten e interactúan con otros seres ya que hacemos parte de una familia que a la vez está inmersa en una sociedad”.

“Tenemos derecho y deberes con la comunidad en mantener un entorno saludable que genere un crecimiento con armonía, fraternidad y respeto hacia sí mismo, hacia los otros seres vivos y no vivos que se encuentran en nuestro entorno. No olvidar que la naturaleza es un regalo de Dios, que vino libre de toda contaminación y por ende es deber de todos cuidarla y hacer un buen uso de ella”.

“Un ambiente saludable es parte de nuestra paz, de la convivencia de los pueblos y de su comunidad, por eso las personas del río Naya y especialmente de puerto Merizalde merece una vida digna con un ambiente saludable”.

“La toma de conciencia del daño que genera la contaminación ambiental con basuras, quema, disposición de excretas, residuos químicos y peligrosos son responsabilidad del individuo, la familia y la comunidad”.

Conclusiones Y Recomendaciones De Política Pública

El desarrollo de modelos de salud diferenciales que respondan a las características de cada territorio y/o población; fortalece la participación social en espacios colectivos de reflexión, alrededor de las condiciones de vida sociales, culturales y territoriales; que permiten ser analizadas y que faciliten los acuerdos y la elaboración de propuestas participativas, de empoderamiento y de organización comunitaria e institucional en la búsqueda soluciones propias a sus necesidades dentro de un modelo de APS diferencial a su territorio, superando las barreras de acceso, respondiendo a las necesidades de una población determinada, de acuerdo a las características de su territorio y generando redes a estas condiciones que permitan el bienestar de la comunidad.

El litoral pacífico continúa con unos niveles de pobreza por encima del promedio nacional, con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y con altos niveles de inequidad.

Las representaciones sociales son una base para comprender la identidad cultural, guiando el actuar, el sentir y el significado que los sujetos o la comunidad dan a los fenómenos y situaciones de su diario vivir. Estas representaciones permiten ser un éxito si se trabajan en conjunto las prácticas de salud de la comunidad junto a las prácticas médicas occidentales, ya que estas pueden ser más beneficiosas en torno a los sujetos de la comunidad, puesto que al involucrar todos los aspectos socioculturales se están involucrando directamente los actores sociales de los territorios.

La participación social es fundamental en la construcción de un modelo propio en APS para comunidades del litoral pacífico, que empoderan el desarrollo de las capacidades para permitir la toma de decisiones a nivel individual, familiar y comunitario, con un compromiso en la construcción de proyectos de vida sostenibles y saludables de acuerdo con la heterogeneidad y complejidad de sus comunidades y ante todo el hacer uso de estrategias que conduzcan a desarrollar un modelo propio para la APS.

Es evidente que la participación social comunitaria logra alcanzar habilidades para participar activamente en la conceptualización de la salud y adquirir su auto responsabilidad y autogestión sobre el cuidado en salud, desde los determinantes sociales haciendo control social.

La construcción del modelo fortaleció a los líderes y gestores locales, en capacidades y herramientas para tomar decisiones autónomas y críticas sobre sus recursos y la planeación de los mismos, a fin de lograr representatividad en autoridades locales y nacionales.

Los territorios del litoral pacífico por su ubicación geográfica presentan dificultades de acceso a los servicios de salud, por lo que se requiere mayor atención por parte del Estado para que las comunidades logren implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para esto los gestores o líderes comunitarios requieren fortalecer y desarrollar capacidades cognitivas en acciones o proyectos para autogestión, a fin de garantizar unas condiciones de vida dignas en pro de una calidad de vida para su comunidad.

Es necesario trabajar intersectorialmente para favorecer la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado en la generación de respuestas a los problemas identificados y facilitar el acceso a proyectos, como son los de seguridad alimentaria, la protección del ambiente y la disminución de riesgos de salud y saneamiento.

Para las comunidades es primordial un modelo de salud para su territorio desde sus condiciones de vida donde influye la cultura, costumbres y creencias, y así alcanzar la salud integral, constituida por los cuatro pilares, que son la salud física, la salud emocional, la salud mental y la salud espiritual.

Desde la gobernanza de las autoridades territoriales se deben elaborar planes nacionales, regionales y locales para enfocarse en el cierre de brechas de desarrollo y mejorar el acceso de los territorios de alta ruralidad a servicios básicos, como salud, educación, y a oportunidades de trabajo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Edgar Lopategui. (2010). EL CONCEPTO DE SALUD: Responsabilidad Individual. Retrieved from <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610–633. <https://doi.org/0798-3069>
- OMS & Concepto.de. (2015). Concepto de Salud, (1). Retrieved from <http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz4JacAvOcm>

- Prevalentes, E. (n.d.). Una visión los pueblos indígenas de las Américas.
- De, S., Asistenciales, R., De, D., De, G., & Asistencial, L. R. (2005). Modelo De Atención Integral En Salud, 30. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
- Equidad en salud y atención primaria _ Gerencia y Políticas de Salud. (n.d.).
- Ley 100 de 1993. (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Congreso de La República de Colombia, 1993(41). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Macinko, J., Montenegro, H., & Nebot, C. (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *Revista Panamericana Salud Pública*, 21(2), 73–84. <https://doi.org/ISN 92 75 32699 1>
- Minsalud, M. de S. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud General de Seguridad Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/c/artillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>
- OMS. (2013). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Web de La OMS. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- OPS/OMS. (2010a). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. <https://doi.org/ISBN 978-92-75-33116-3>
- OPS/OMS. (2010b). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. *La Renovación de La Atención Primaria de Salud En Las Américas*, 4, 92. <https://doi.org/ISBN 978-92-75-33116-3>
- Ortiz, S. (1998). Capítulo I. Actores sociales, su participación en el Desarrollo Local. *FLACSO Andes*, 11–27. Retrieved from <http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=6222>
- Salud, nuava ley de. (2015). Ley estatutaria No. 1751 Febrero 16, 13. Retrieved from http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
- Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez,” I., & Correa M., J. C. (2000). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Facultad

Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia, ISSN-e 0120-386X, Vol. 18, No. 1, 2000, 18(1), 3. [https://doi.org/10.1016/S1071-5819\(02\)00138-6](https://doi.org/10.1016/S1071-5819(02)00138-6)

Vázquez, M. L., Vargas, I., Farré, J., & Terraza, R. (2005). Organizaciones Sanitarias Integradas: Una Guía Para El Análisis (*). *Rev Esp Salud Pública*, 79(6), 633–643.

Whetten, D. A. (1981). Interorganizational Relations: A Review of the Field. *The Journal of Higher Education*, 52(1), 1. <https://doi.org/10.2307/1981150>

Real {Academia} {Española}. (n.d.). Retrieved from <http://buscon.rae.es/dpdI/>

Lakoff, G., & Johnson, M. (2009). *Metáforas de la vida cotidiana*.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

CEPAL. (2016). *Comisión Económica Para América Latina Y El Caribe*.

Rossi et al. *Evaluation - a systematic approach*. (n.d.).

Habicht, J. P., & Vaughan, J. P. (1999). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53(1), 6–9. <https://doi.org/10.1093/ije/28.1.10>

Strauss, A., & Corbin, J. M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>

Evaluación de iniciativas e intersectoriales en salud_ desafíos y aprendizaje. (n.d.).

Humanística, 74(201212), 195–225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033766>

Mieles, M. D., Tonon, G., & Alvarado, S. V. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, 74(201212), 195–225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033766>

Sánchez, Y., & Jacobsen, A. B. (n.d.). *La relación entre metáforas, evaluación y persuasión en el discurso político Un análisis crítico de la metáfora en las crónicas*.

Capítulo 4. La Atención Primaria En Salud En Las Comunidades De Poza Mansa Y Barrio Onetti Del Municipio De Bahía Solano

Olga Osorio Murillo¹.

Introducción

Bahía Solano por su ubicación geográfica y sus condiciones se caracteriza como municipio de alta dispersión rural, esto implica que es un área donde se reconoce grandes dificultades de acceso; generalmente requiere medios de desplazamiento de tipo acuático o aéreo.

Esta condición hace que su población es normalmente marginal, vulnerable o excluida de las corrientes más dinámicas del desarrollo. Con menos acceso a la educación, a los servicios y a la tecnología y con empleos más precarios (Rodríguez, 2011).

El sector rural colombiano se caracteriza por la baja calidad de vida de la mayoría de la población campesina, causada por la falta de disponibilidad de tierra, de servicios básicos apropiados, educación y salud de calidad, infraestructuras, crédito, entre otros. La baja calidad de vida se expresa en los índices de necesidades básicas insatisfechas.

¹Docente investigadora Universidad Libre Cali

En lo que respecta a salud, las comunidades rurales pobres del país en su mayoría tienen acceso limitado a los servicios de salud, debido a que las barreras geográficas, culturales y/o socioeconómicas impiden acceso a los profesionales y establecimientos de atención en salud. El terreno es difícil, las distancias son largas y el transporte público a menudo es inexistente, los profesionales de salud calificados, generalmente no se trasladan a estas zonas aisladas.

De otro lado, el modelo biomédico subyace en el sistema y las instituciones de salud, se convierten en medios hostiles que desconocen orígenes y contexto de quienes proceden de áreas rurales (Montoya Sanabria, 2014), generando que los usuarios provenientes de áreas rurales, prefieran hacer uso de los saberes tradicionales para solventar las necesidades de salud.

De acuerdo a lo anterior y al revisar los indicadores de salud y de calidad de vida del municipio de Bahía Solano, se decidió desarrollar el proyecto: Viabilidad para desarrollar un modelo basado en atención primaria en salud para municipios de alta dispersión rural del litoral pacífico.

El modelo se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS) definida en 1978 como: la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Alma Ata reitera que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser respetado, protegido y garantizado a todos los pueblos del mundo. Se propuso establecer un concepto de estrategia de atención primaria de salud (APS) enmarcado por un modelo en el que la atención es integral e inseparable del desarrollo económico, social y cultural, e involucra la promoción de la salud, la participación social y la cooperación intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud.

La atención primaria en salud se renueva en el año 2007 con el fin de alcanzar el nivel de salud más alto para todos (Moisés, Prieto, Zarate, Sofía, & Fuentes, 2013); la implementación renovada contribuyó en enfocar la atención a partir de las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud, incluyendo la sostenibilidad de los recursos, justicia e igualdad entre otros. Esta APS con enfoque integral ha evidenciado ser efectiva para mejorar indicadores de salud en la población (Macinko J, Starfield B, Shi L, 2003).

En Colombia se han desarrollado diversas experiencias de implementación de la estrategia de APS desde los años 80, de las cuales se resaltan: la de Versalles (Valle del Cauca), la cual tiene como elementos potencializadores, de un lado, la estrategia es la participación social y comunitaria

en todos los programas implementados a través de una metodología participativa y de otro la acción intersectorial (Suarez, R; Zamora, S; Conte, C y Olarte, MF, 2012).

La experiencia de Suba (Bogotá), evidencia que los logros se deben a una estructura de gobernanza con apoyo político, gubernamental, comunitario y liderazgo del sector salud, que han permitido desarrollar un modelo de gestión fundamentado en eficiencia social y calidad. (Acosta, N y Vega, R, 2008).

Este capítulo recoge la experiencia de la implementación del Modelo Diferencial de Atención Primaria en Salud con las comunidades de Poza Mansa y el Barrio Onetti en el municipio de Bahía Solano (Chocó).

Esta experiencia se fundamentó en el diálogo de saberes entre actores institucionales y comunitarios en comunidades de alta dispersión rural del pacífico colombiano, abrigados por la metodología Investigación Acción Participativa (IAP).

Se presentan a continuación las etapas del desarrollo del modelo, que incluyen las fases de elaboración del modelo, su implementación y monitoreo; para su desarrollo se llevó a cabo el diplomado: Participación y autonomía para una salud propia del litoral pacífico, el cual permitió desarrollar las temáticas y su aplicación en las comunidades, contribuyendo al desarrollo del modelo.

Información General De La Población Bahía Solano – Poza Mansa – Barrio Onetti

Bahía Solano está ubicado al norte del departamento del Chocó, en la costa pacífica a los 6° 13' 09" de latitud norte y 77° 24 ' 28" de longitud oeste. El área del municipio es de 1667 km² que equivalen al 3,7% del área total del departamento.

El municipio limita al norte con los municipios de Juradó y Riosucio, al este con el municipio de Bojayá, al sur con el municipio de Nuquí y al oeste con el Océano Pacífico. El área urbana es llamada Ciudad Mutis. Pertenecen a Bahía Solano los corregimientos de Nabugá, Huina, Huaca, Cupica, El Valle, Mecana, Juna y Tevada

Bahía Solano se encuentra incomunicado por vía terrestre carretable, con Quibdó y con el interior del país. Tiene transporte aéreo con Quibdó, Medellín y Bogotá, transporte marítimo con Buenaventura y Panamá, transporte en lanchas hacia Juradó, Nuquí y corregimientos, una carretera en muy mal estado lo comunica con el corregimiento del Valle y hay transporte en canoas hacia las comunidades indígenas.

Las principales actividades económicas del municipio son: actividades de servicios sociales y personales, agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca, transporte, almacenamiento y comunicaciones y construcción. (Gráfica 1)

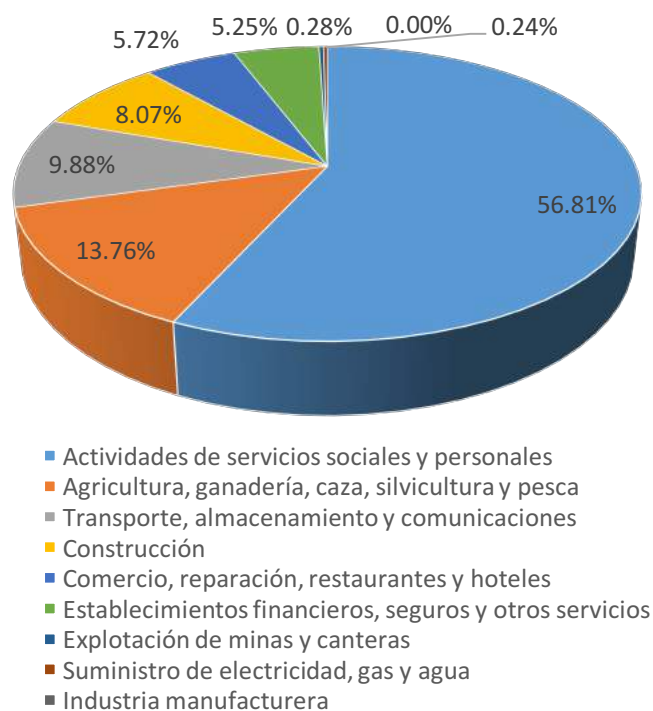
Los principales cultivos transitorios del municipio son el arroz y el maíz y los cultivos permanentes son coco, plátano y yuca.

Las coberturas de acueducto son de 34,1%, alcantarillado de 34,1% y energía eléctrica de 100%. Es muy deficiente la recolección de basuras y la disposición final es a campo abierto.

La composición étnica del municipio es la siguiente: población indígena corresponde a 774 personas (8,81%), afrocolombianos 7343 (83,58%) y población raizal 2 (0,02%).

Las coberturas en todos los niveles de educación: preescolar, primaria, secundaria y media están por encima del 100% debido a diferencias de reporte del Dane que son inferiores a las reportadas por el Sisben.

Gráfica 1. Principales actividades económicas de Bahía Solano



Fuente: DNP a partir de información del DANE - 2015

En el municipio funcionan cinco instituciones educativas así: una en el área urbana de Bahía Solano, dos en el corregimiento del Valle, una en el corregimiento de Cupica y una con primaria en la comunidad indígena del Brazo.

Respecto al aseguramiento en salud, los datos suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2017 el 93,09% de los habitantes de Bahía Solano pertenecían al régimen subsidiado, el 4,07% al contributivo y el 2,84% a regímenes especiales. (Gráfica 2). Pero según la información de la Alcaldía y la EPS Comfachocó ese mismo año había 1800 personas sin cobertura en el municipio, frente a las 589 personas reportadas por el ministerio de Salud y Protección Social.

El municipio cuenta con el Hospital Local Julio Figueroa Villa-Centro Médico Cubis de nivel I y pestos de salud en el Valle y Cupica.

Gráfica 2. Aseguramiento en Salud en Bahía Solano. 2017



Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social, 2017

En lo relacionado con los indicadores de salud, la tasa de mortalidad es inferior a la del Chocó y a la de Colombia, la tasa de fecundidad también es inferior, la tasa de mortalidad infantil es menor que la del Chocó, pero superior a la de Colombia y la cobertura en vacunación está por encima del 100% debido a datos de población menor reportados por el DANE. Tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de Salud de Bahía Solano, Chocó, Colombia

	Tasa de Mortalidad (por cada 1000 hb)	Tasa de Fecundidad (por cada 1000 mujeres en edad fértil)	Tasa de Mortalidad Infantil (por cada 1000 nacidos vivos)	Coberturas en Vacunación (porcentaje) (Polivalente en menores de 1 año)
Bahía Solano	2,14	43,96	35,70	100,4%
Chocó	2,71	46,76	40,90	82,3%
Colombia	4,58	50,68	16,80	91,3%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2016

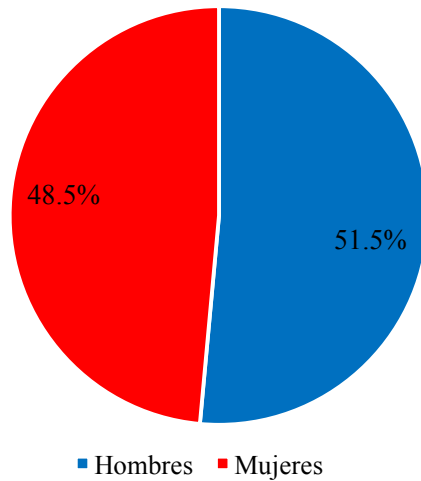
Según el IDEAM para el año 2016, el 74,61% de la población está en riesgo por fenómenos hidrometeorológicos, siendo la mayor fuente de riesgo las inundaciones, seguida de grandes movimientos de masas y sismos.

Otros riesgos están relacionados con la presencia del grupo armado ELN en la área rural de Bahía Solano: Frente de Resistencia Címarrón y el Clan Úsuga (Banda criminal). Estas situaciones se dan por la facilidad de transporte de drogas en lanchas rápidas desde Buenaventura, Pizarro, Nuquí y Jurado hacia Centro América (Panamá y México). También hay tráfico de estupefacientes en modalidad de microtráfico entre la población

Población de Bahía Solano

De acuerdo a la proyección del DANE, la población de Bahía Solano para el año 2018 es de 9400 habitantes, de los cuales 4837 (51,5%) son hombres y 4563 (48,5%) son mujeres. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de la población de Bahía Solano por género. 2018

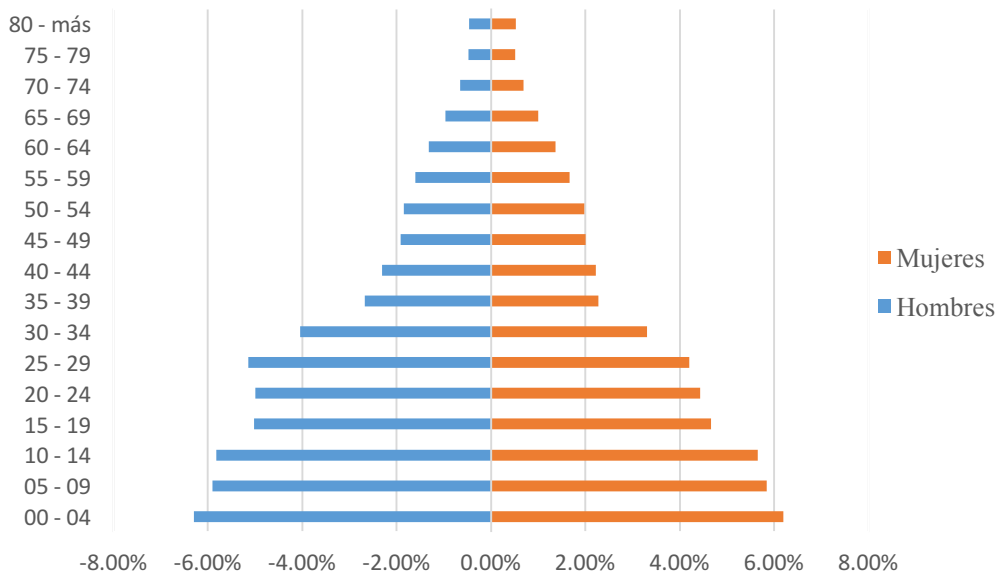


Fuente: DANE – proyecciones población 2015

De acuerdo a la distribución de la población por grupos de edad en el municipio de Bahía Solano, la mayor proporción de habitantes corresponde a los menores de cuatro años, seguida de niños entre 5 y 9 años, 10 y 14 y jóvenes entre 25 y 29 años.

La proporción de adultos va disminuyendo con la edad, siendo la menor la que corresponde a los adultos mayores de 80 años. La Gráfica 4 presenta la pirámide poblacional del municipio de Bahía Solano.

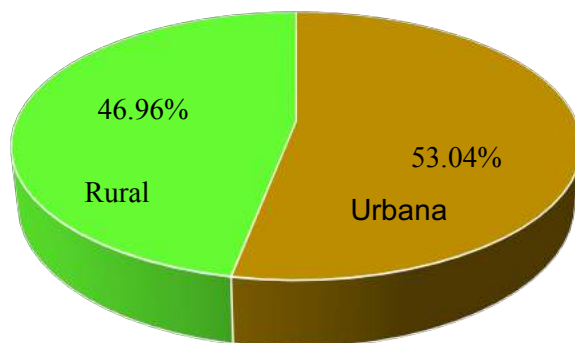
Gráfica 4. Pirámide poblacional Bahía Solano. 2018



Fuente: DANE – proyecciones población 2015

En lo relacionado con la distribución de la población de acuerdo al lugar de residencia, se observa que hay mayor proporción de habitantes de Bahía Solano en el área urbana (53,04%) respecto al área rural (46,96%). (Gráfica 5)

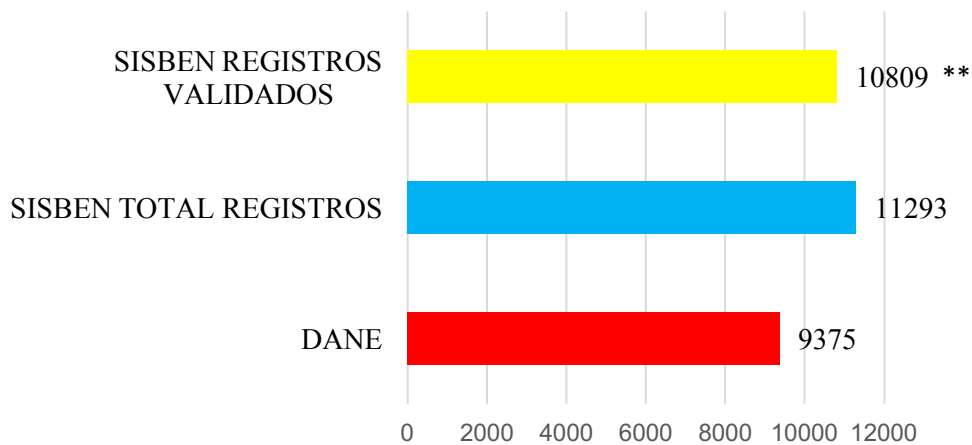
Gráfica 5. Distribución de la población de Bahía Solano por lugar de residencia. 2018



Fuente: DANE – proyecciones población 2015

Un aspecto que llama la atención en la población del municipio de Bahía Solano es la diferencia de datos entre la proyección que hizo el DANE para el municipio para el año 2017, frente a los datos obtenidos por el Sisben. Mientras que los datos del DANE proyectaban una población de 9375 habitantes (DANE – proyecciones población 2015), el total de los registros del Sisben en el municipio arrojaban una población total de 11293 personas y estos registros validados mostraban una población de 10809 habitantes (Sisben municipio Bahía Solano, 2017), lo cual incide en los indicadores generales del municipio (Gráfica 6).

Gráfica 6. Población Total Bahía Solano - 2017



** Sisben municipio Bahía Solano, 2017

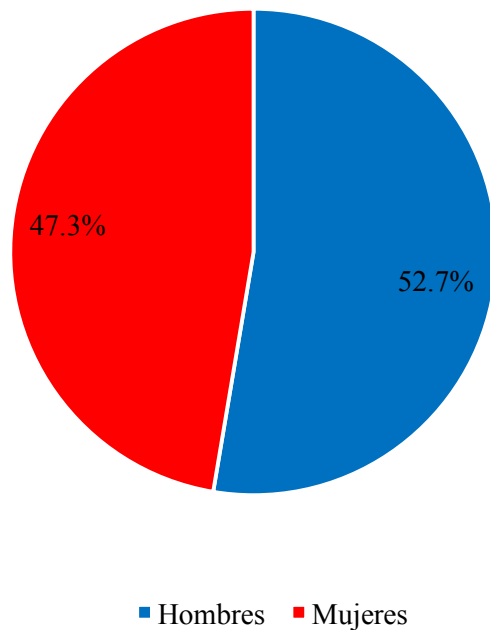
Fuente: DANE – proyecciones población 2015

Población de la Comunidad Indígena de Poza Mansa

La comunidad indígena de Poza Mansa pertenece al Resguardo Indígena Rio Valle Boroboro-Posamanza-El Brazo, el cual hace parte del El Cabildo Mayor Indígena de Bahía Solano. Su población total para el año 2017 era de 226 personas, distribuidas en 52 familias.

De acuerdo con los datos del Sisben, para el año 2017 en la comunidad de Poza Mansa habitaban 119 hombres que correspondían al 52,7% de la población y 107 mujeres que correspondían al 47,3% de los habitantes de esta comunidad indígena. (Gráfica 7).

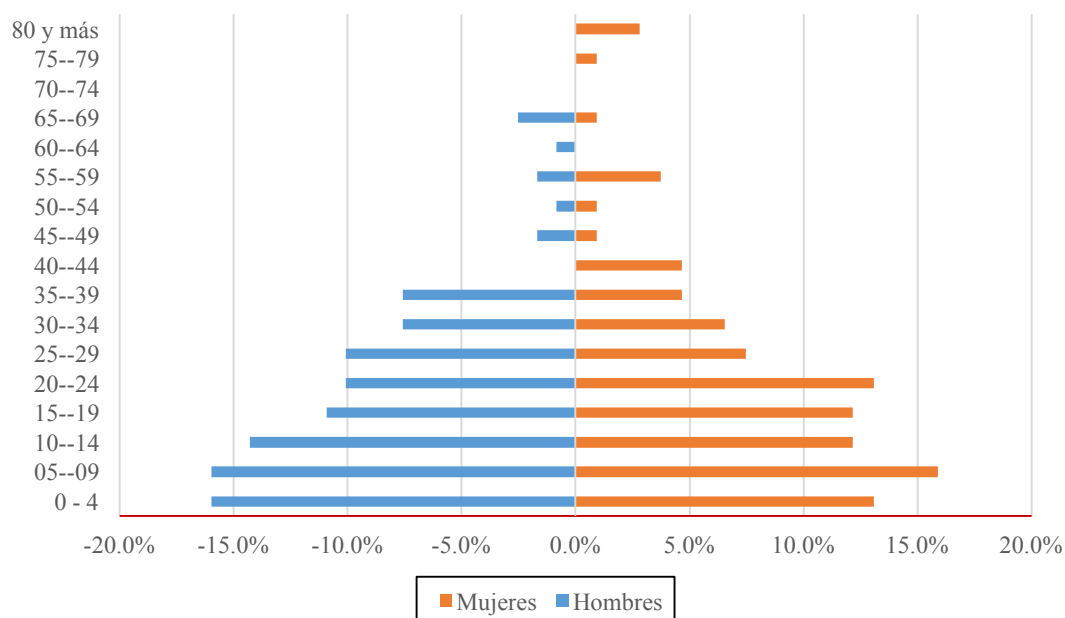
Gráfica 7. Distribución de la población de la Comunidad Indígena de Poza Mansa por género. 2017



Fuente: Sisben Bahía Solano, 2017

De acuerdo a la distribución de la población por grupos de edad en la comunidad de Poza Mansa, la mayor parte de la población se distribuye en los grupos de edad menores desde cero hasta los 24 años, disminuyendo en la medida en que aumenta la edad. Se observa que no hay hombres entre los 40 y 44 años, ni mayores de 70 años; tampoco se encontraron mujeres entre los 60 y 64 años y entre los 70 y 74 años. La Gráfica 8, presenta la pirámide poblacional de la comunidad de Poza Mansa

Gráfica 8. Pirámide poblacional de la Comunidad indígena de Poza Mansa. 2017



Fuente: Sisben Bahía Solano, 2017

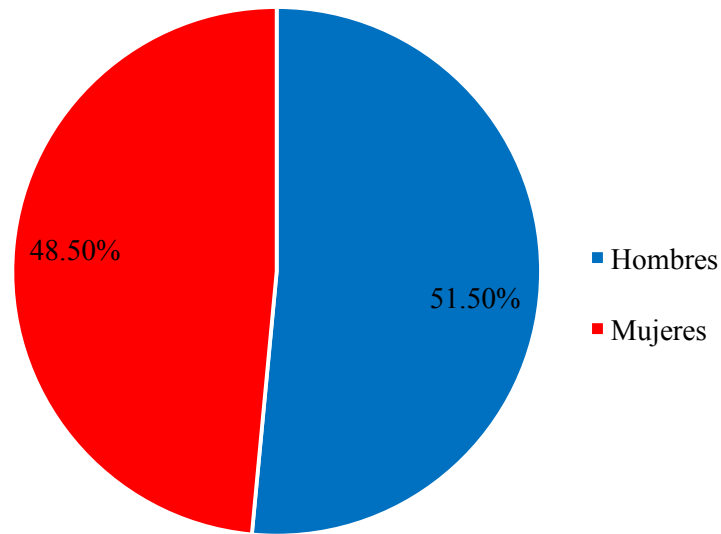
Población de la Comunidad Urbana del Barrio Onetti

El Barrio Onetti, es un asentamiento urbano marginal del área urbana del municipio de Bahía Solano, ubicado a la orilla del mar, rodeado por manglares, lo que constituye un área de riesgo que debió haber sido cambiada de lugar después del terremoto del año de 1970, que causó grandes daños en Ciudad Mutis como es llamada esta área urbana.

El barrio Onetti está conformado por 522 personas, algunas originarias de Bahía Solano y otras en mayor proporción desplazados de otros territorios debido a la violencia.

Del total de habitantes de esta comunidad, 273 son hombres (52,3%) y 249 mujeres (47,7%). Gráfica 9.

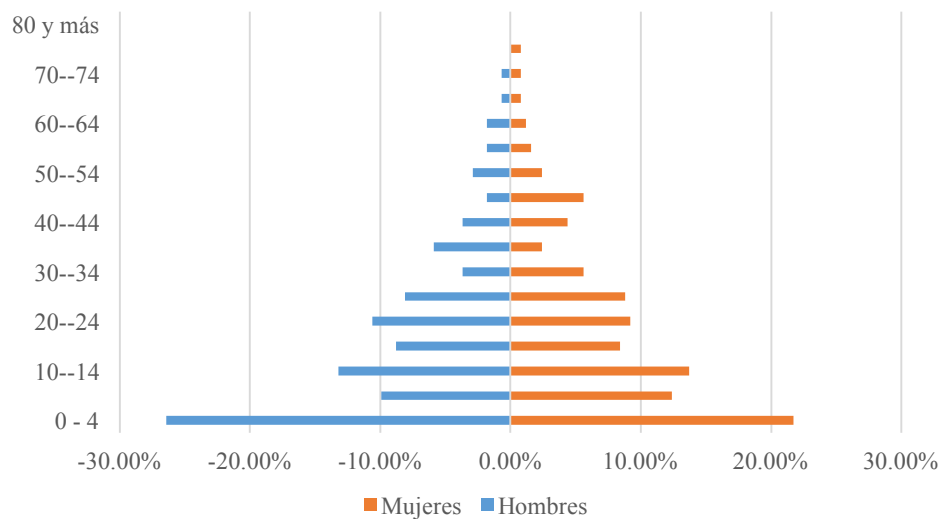
Gráfica 9. Distribución de la población urbana del Barrio Onetti por género. 2017



Fuente: Sisben Bahía Solano, 2017

El grupo de edad de cero a 4 años es el de mayor proporción en la distribución de la población en el barrio Onetti, (26,4% hombres y 21,7% mujeres), seguido del grupo de 10 a 14 años (13,2% hombres y 13,7% mujeres). En la medida que aumenta la edad, disminuye la proporción de habitantes en esta comunidad. No hay hombres de 75 años en adelante y no se encuentran mujeres mayores de 80 años. (Gráfica 10).

Gráfica 10. Pirámide poblacional Barrio Onetti. 2017



Fuente: Sisben Bahía Solano, 2017

Implementación Del Modelo Basado En Atención Primaria En Salud Para El Municipio De Bahía Solano

La primera fase de la implementación del modelo basado en atención primaria en salud para el municipio de Bahía Solano consistió en la revisión de los indicadores de salud del municipio, el plan de desarrollo y toda la literatura producida sobre esta región.

Posteriormente se hicieron los contactos con la alcaldesa del municipio y la coordinadora de salud y se programó la primera visita.

Se presentó el proyecto y se inició un proceso de trabajo articulado con la Coordinación de Salud, el cual se conservó durante toda su ejecución.

Se definieron los territorios a intervenir así: comunidad indígena El Brazo, comunidad afrocolombiana de Cupica y comunidad urbana de Ciudad Mutis. Se llevaron a cabo las primeras visitas a los territorios, encontrando resistencia en la comunidad indígena del Brazo y dificultades de orden público en Cupica, por lo cual se reprogramaron las comunidades así: comunidad indígena de Poza Mansa y en el área urbana se seleccionó el barrio Onetti.

- **Diplomado: “Participación y autonomía para una salud propia del litoral pacífico”**

Un primer elemento articulador, de motivación y adherencia al proyecto, fue la construcción previa del diplomado: “Participación y autonomía para una salud propia del litoral pacífico” se constituyó en la estrategia pedagógica para apoyar el desarrollo del proyecto en las diferentes comunidades e incluso con agentes institucionales.

El objetivo general del diplomado fue el de generar un espacio colectivo de reflexión, investigación y acción alrededor de la forma de vida y los determinantes sociales, culturales y territoriales en la búsqueda de un modelo de APS propio para cada uno de los territorios, mediante herramientas metodológicas y de análisis que permitieran facilitar los acuerdos y la elaboración de propuestas participativas, de empoderamiento y de organización comunitaria e institucional, en la búsqueda del bienestar de la comunidad.

Se desarrollaron metodologías activas que permitieron que los asistentes implementaran los aspectos teóricos revisados en los talleres y que a la vez generaron los avances del proyecto en las comunidades.

El diplomado tuvo una intensidad de 80 horas y los participantes en Bahía Solano fueron: funcionarios del sector público del municipio, líderes comunitarios, organizaciones de base social, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y comunidades en general. En total

participaron 23 personas en Bahía Solano, 29 en Cupica, 45 en Poza Mansa y 42 en el Barrio Onetti.

Los logros obtenidos en el diplomado han sido: elaboración comunitaria del concepto de salud propia, identificación de los determinantes sociales, elaboración de mapas sociales, priorización de los problemas de salud de la comunidad, priorización de actividades en cada comunidad. Identificación de actores en la comunidad. Elaboración del modelo de atención primaria en la comunidad, implementación del modelo en la comunidad, monitoreo y evaluación de las acciones del modelo.

Ilustración 1. Desarrollo del diplomado con comunidades del área urbana de Bahía Solano y Poza Mansa



Fuente: colección propia, 2017.

- **Fase de elaboración del modelo**

Esta fase consistió en la llegada a la comunidad, la presentación del proyecto y la realización de actividades como elaboración de mapas sociales, elaboración comunitaria de los conceptos de salud propia, comunidad saludable, sueños para la comunidad, identificación de los determinantes sociales, identificación de actores, priorización de los problemas de salud, priorización de actividades comunitarias y finalmente elaboración del modelo

Elaboración de mapas sociales: En las etapas iniciales del proyecto y del diplomado se trabajó con los asistentes la elaboración de los mapas sociales, ubicando la comunidad y cada participante en ella. En estos talleres también participaron integrantes de las comunidades indígenas vecinas. La ilustración 2 presenta uno de los mapas elaborados por los integrantes de la comunidad de Poza Mansa

Ilustración 2. Mapa de la comunidad de Poza Mansa



Fuente: colección propia, 2017.

Elaboración comunitaria de los conceptos de salud propia, comunidad saludable, sueños para la comunidad

Comunidad de Poza Mansa:

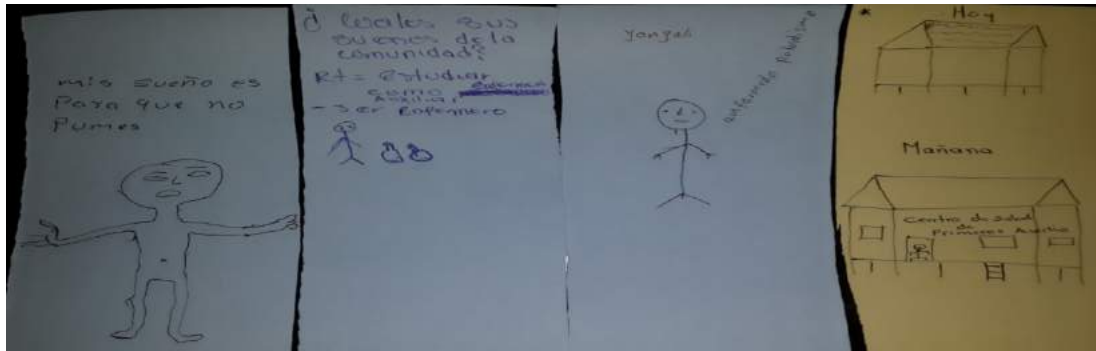
Concepto de salud propia: la salud es la forma de mantener buena alimentación y/o energía, estar equilibrado, tener buena vida, estar en armonía con la tierra y mantener limpio alrededor de la casa y la comunidad. Es alimentarse bien, hacer ejercicio

Comunidad saludable: es una comunidad unida, organizada, bien aseada, que recicle la basura

Sueños para la comunidad: los principales sueños de la comunidad de Poza Mansa son:

- Tener centro de salud y dos promotores contratados estables dotados con medicamentos.
- Tener estanque piscícola para cada familia para tener alimentos continuos
- Estudiar para ser promotor
- Estudiar la medicina para ayuda a mi pueblo indígena de la zona B/solano
- Estudiar primeros auxilios
- Tener una buena vivienda y tener un puesto de salud
- Estudiar como auxiliar enfermero, ser enfermero
- El sueño que yo tengo para esta comunidad es llevar a varios compañeros de la comunidad a estudiar en una universidad o SENA, en una profesión que abarca a la salud.
- Mi sueño es capacitar más en salud para poder ayudar a los niños que estén enfermos.

Ilustración 3. Sueños para la comunidad de Poza Mansa



Fuente: colección propia, 2017.

Comunidad del Barrio Onetti:

Concepto de salud propia: la salud es vista como todo relacionado con lo personal, el cuidado personal, el hogar, velar que nuestro entorno todo este bien. Es tener una buena atención hacia nuestro cuerpo llevando a cabo revisiones médicas, buena nutrición etc. Es la parte esencial donde acudimos para que nos solucionen diferentes enfermedades.

También es entendida como el bienestar reflejado en el estado de ánimo de una persona en su organismo vivo

Comunidad saludable: es una comunidad unida, organizada, cuando cuenta con una buena higiene, está limpia en la calle, los ríos, en los terrenos, es aprender a reciclar. Es aquella que cuenta con un saneamiento básico libre de contaminación, fuente de malaria y otras enfermedades

Sueños para la comunidad: los principales sueños de la comunidad de Onetti son:

- Contar con un municipio pujante, en la educación, salud, empleo, un territorio lleno de paz, alegría, recuperar la confianza y la convivencia de tiempos pasados con familia llena de puntualidad, respetuosas y don de superación
- Que la gente de nuestro municipio trabaje en equipo y en armonía como en los tiempos de antes
- Buenas fuentes de empleo. Creo que impulsar el turismo sería muy importante le deberíamos hacer publicidad a Bahía Solano el turismo beneficia al guía al pescador al hotelero
- Que las personas tengan una buena calidad de vida
- Una comunidad con calles limpias.
- Autoridades cumplan bien con su papel para que haya más seguridad.
- Mejoramientos de vivienda y reubicación de las personas que viven en zonas de alto riesgo, personas con viviendas dignas

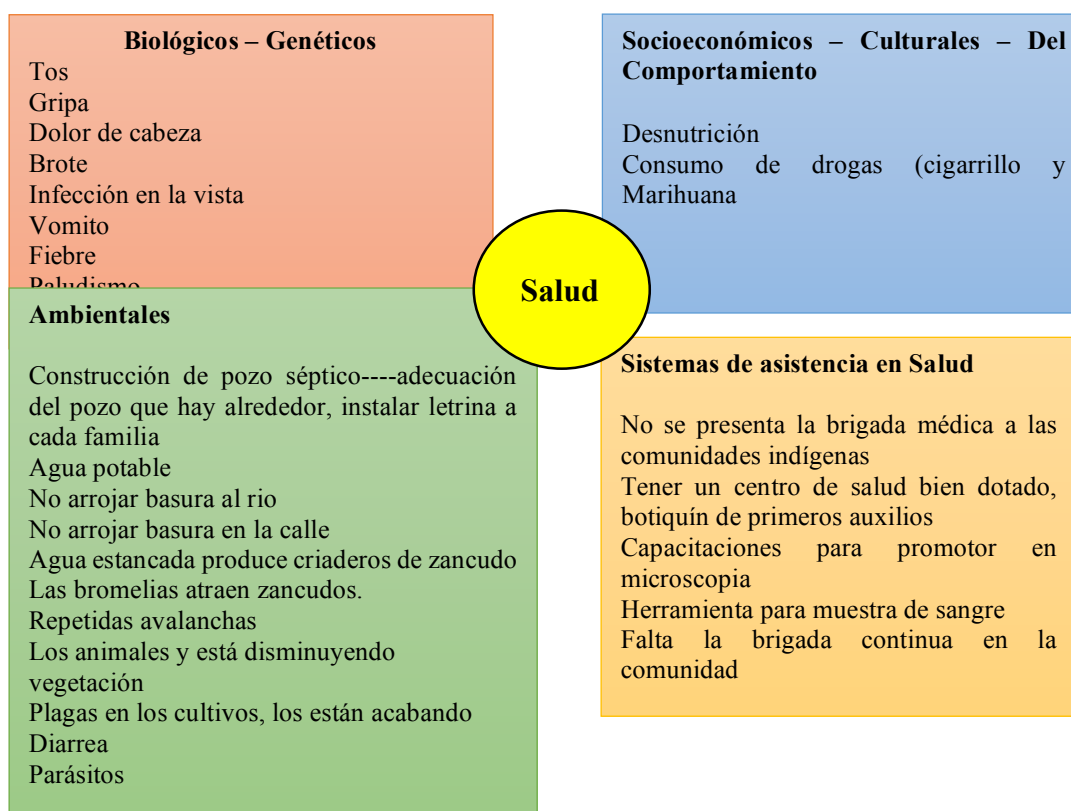
- Personas llenas de hermandad
- Oportunidad de servicio y saneamiento básico
- Que mi comunidad se apersona de los problemas de salud, que tengamos personas comprometidas, que todas las EPS tengan cobertura de servicios, que la justicia de la salud nos premie con todos sus servicios, menos muertas por mal servicio.
-

Identificación de los determinantes sociales:

Comunidad de Poza Mansa

En relación a los determinantes de la salud, en comunidad de Poza Mansa se le dio prelación a los determinantes del medio ambiente, debido a las condiciones en que están, no tienen acueducto, disposición de excretas, manejo de basuras. También están los determinantes de los sistemas de asistencia en salud, pues en la comunidad son pocos los agentes tradicionales y no tienen cobertura del modelo occidental, para alguna asistencia en salud deben trasladarse al Valle en canoa a elevados costos. No tiene infraestructura de salud en la comunidad.

Gráfica 11. Determinantes Sociales Poza Mansa

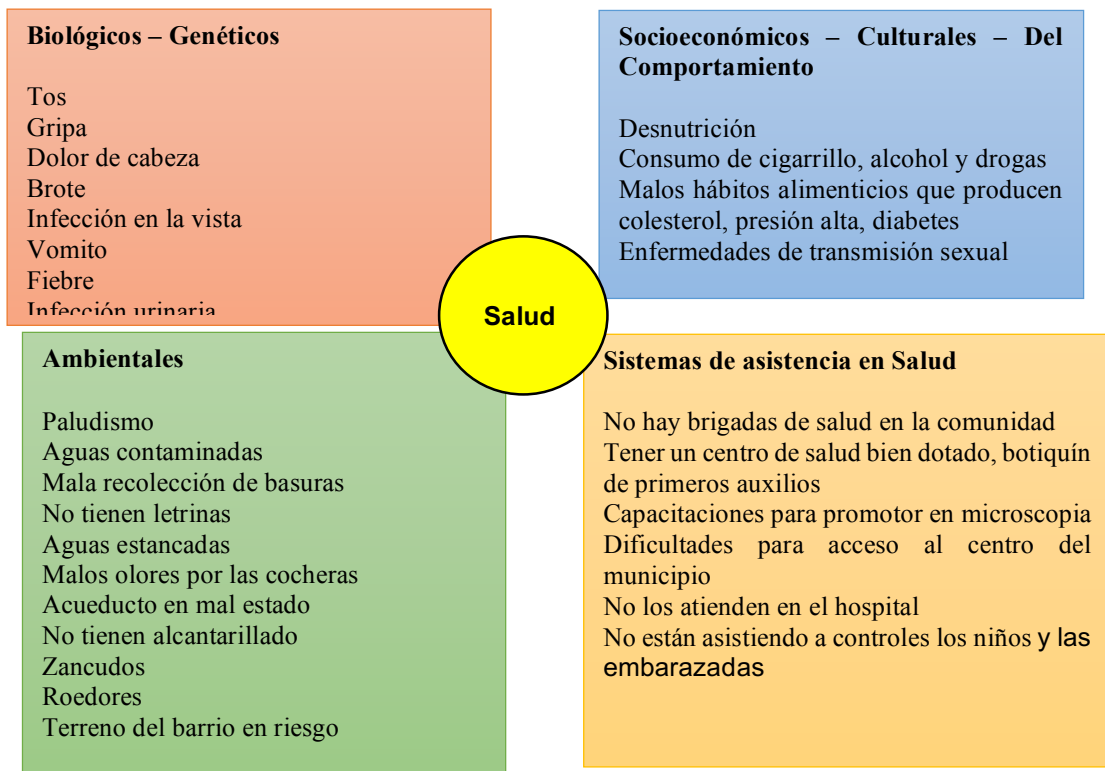


Fuente: elaboración propia a partir de talleres comunitarios, 2017

Comunidad del Barrio Onetti

La comunidad del barrio Onetti dio prelación a los determinantes del medio ambiente, debido a las condiciones en que están, acueducto en mal estado, no tienen letrinas, mala disposición de excretas, manejo de basuras. También están los determinantes de los sistemas de asistencia en salud, pues en la comunidad tiene dificultad en el acceso a los servicios de salud, allí no hay agentes de salud, pocos tradicionales. No tiene infraestructura de salud en la comunidad. Ellos consideran realizar un curso de primeros auxilios, por lo cual se programó su iniciación y por otro lado con el problema de suelos, no les dan muchas posibilidades de cultivos para comer, ante ello se decidió realizar las huertas familiares. (Gráfica 12).

Gráfica 12. Determinantes Sociales Barrio Onetti



Fuente: elaboración propia a partir de talleres comunitarios, 2018

Actores en las comunidades de Poza Mansa y el barrio Onetti. Se presenta una breve descripción del diagnóstico de los actores y su interés, participación y problemas percibidos en las comunidades de Poza Mansa y el barrio Onetti. El análisis se hace en relación con los actores de diferentes de los sectores públicos, privados y organizaciones comunitarias.

Su objeto es el de identificar que hacen en la comunidad, que aportes pueden dar o si generan resistencia e involucrarlos desde los inicios del proyecto para fomentar el sentido de pertenencia.

Actores en la comunidad indígena de Poza Mansa

Para la comunidad indígena de Poza Mansa, los actores se han dividido en tres grupos: el sector público, el sector privado y las organizaciones comunitarias. Gráfica 3.

En el sector público la mayor participación la tienen las entidades de la alcaldía del municipio de Bahía Solano así:

Coordinación de Salud: hace la gestión de la salud y desarrolla actividades colectivas en salud. Apoya la gestión del proyecto y realiza actividades colectivas en salud con los integrantes de la comunidad.

Institución Educativa de Poza Mansa: institución con preescolar y primaria. Los profesores participan en el diplomado.

Universidad del Valle: asesoría y capacitación en programa de agricultura para seguridad alimentaria. Su apoyo consiste en diseño de las huertas, asesoría, capacitación en agricultura y control biológico de plagas

Encargado del Sisben: facilita la base de datos de la comunidad de Poza Mansa.

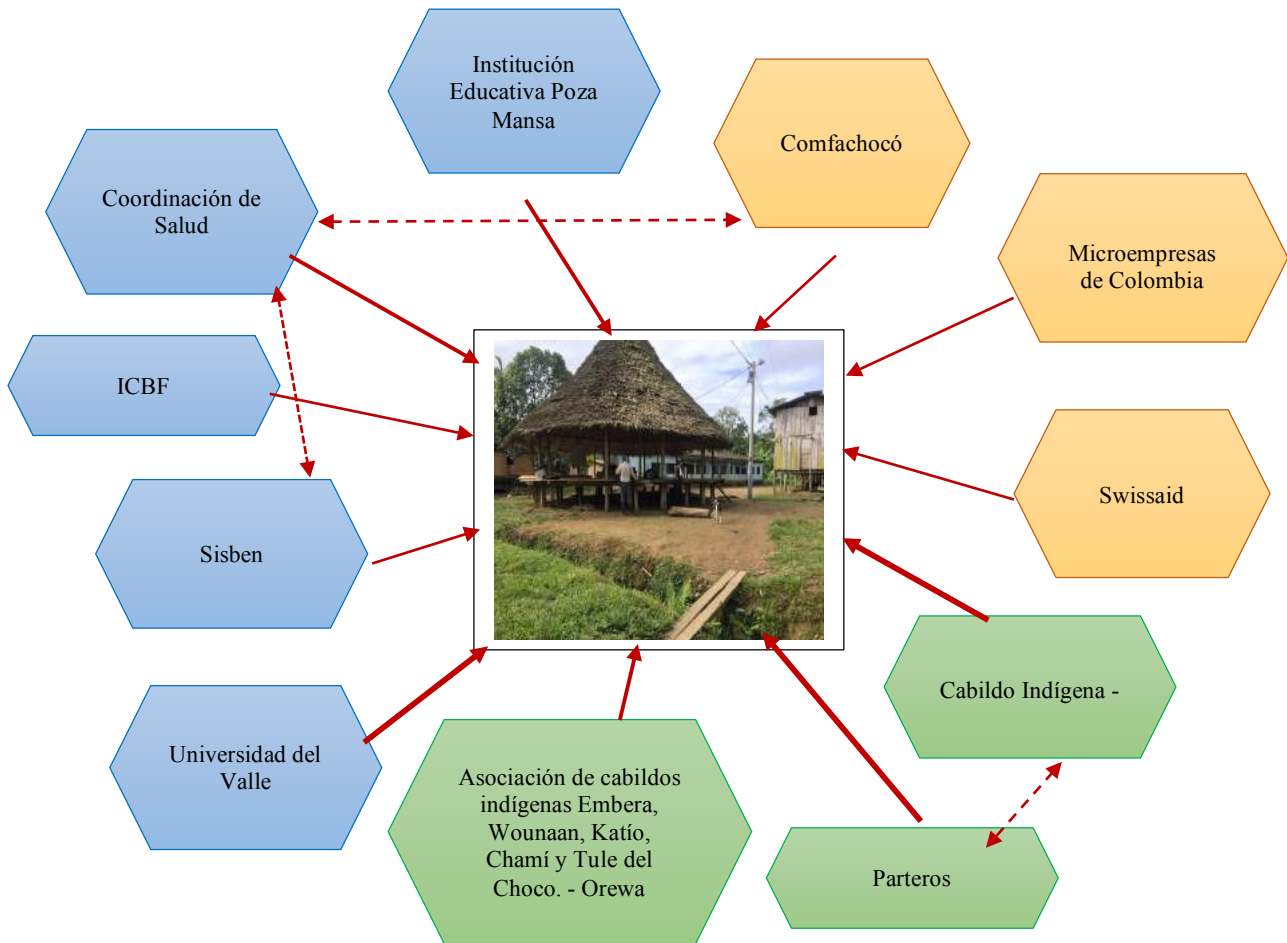
El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: es el encargado de la atención a la primera infancia, apoya en visitas a la comunidad

El **sector privado:** son pocos los actores que intervienen en la comunidad:

Comfachocó: Cumple funciones de seguridad social, actúa como EPS y como IPS. Su apoyo en el proyecto consiste en el desarrollo de jornadas de salud, atención priorizada a las comunidades en el hospital local.

Microempresas de Colombia: es una organización no gubernamental que genera y fortalece procesos organizativos y productivos que permitan la integración social y la promoción personal de los grupos de población más vulnerable del municipio de Bahía Solano, afectado por la violencia. Con esta ONG se ha establecido una alianza para el trabajo en la comunidad de Poza Mansa, desarrollando las huertas familiares, el trabajo en saneamiento, el curso de primeros auxilios y dotación del botiquín.

Gráfica 13. Análisis de involucrados en la comunidad indígena de Poza Mansa.



Fuente: Elaboración propia a partir de información en Poza Mansa, 2017

Swissaid: apoyo en proyectos comunitarios.

Las **organizaciones comunitarias** que apoyan en la comunidad indígena de Poza Mansa son:

Cabildo Indígena. Gobernador. Constituyen la autoridad indígena que dirige las acciones de esta comunidad. Ellos participan en el diplomado, en la construcción, desarrollo y evaluación del modelo. También en la construcción de la ruta de atención.

Asociación de cabildos indígenas Embera, Wounaan, Katío, Chamí y Tule del Choco. – Orewa: establecen la normativa para el funcionamiento pacífico de los resguardos y cabildos indígenas del Chocó. Trabajan por la educación según sus tradiciones. Apoyan en la difusión del proyecto y la ruta de atención.

Parteros, yerbateros, pulseadores y médicos tradicionales: son los agentes tradicionales en salud, apoyan como participantes en el diplomado, en el curso de primeros auxilios, construcción, desarrollo y evaluación del diplomado, construcción de la ruta de atención.

Los integrantes de la comunidad de Poza Mansa se sienten abandonados del gobierno y de sus instituciones, viven en condiciones de pobreza extrema, con necesidades básicas insatisfechas y se observa poca articulación entre los pocos actores que son reconocidos por los indígenas.

Actores en la comunidad indígena del barrio Onetti

Para la comunidad indígena del barrio Onetti, los actores se han dividido en tres grupos: el sector público, el sector privado y las organizaciones comunitarias. Gráfica 10.

En el área urbana del municipio de Bahía Solano, los actores se han dividido en tres grupos: el sector público, el sector privado y las organizaciones comunitarias.

En el **sector público** la mayor participación la tienen las entidades de la alcaldía de Bahía Solano, entre ellas:

Planeación: elabora el presupuesto del municipio y brinda apoyo para asesores técnicos de saneamiento a las comunidades.

Coordinación de Salud: hace la gestión de la salud y desarrolla actividades colectivas en salud. Para ello genera la base de datos, apoya el plan de desarrollo del municipio en lo relacionado con salud, se encarga de la priorización de zonas para la participación en el proyecto y gestiona el espacio de encuentro con los actores.

Coordinación de Educación: brinda apoyo en actividades de educación en salud y difusión del proyecto.

Encargado del Sisben: facilita la base de datos del municipio y de los territorios.

Secretaría de Agricultura, Pesca y Turismo: apoya en el diagnóstico de seguridad alimentaria, asesoría a las comunidades y con suministros para las comunidades participantes en el proyecto.

Corporación Autónoma Regional para el Desarrollo Sostenible del Chocó – CODECHOCO: su función es la relacionada con el manejo y la gestión de los ecosistemas, en el proyecto apoyan las actividades de seguridad alimentaria.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: es el encargado de la atención a la primera infancia, en lo relacionado con los Hogares FAMI, Hogares Bienestar Familiar. Brinda apoyo logístico al proyecto.

Infantería de Marina: tiene una unidad de atención en salud que apoya jornadas de salud y brinda atención especializada en salud.

Prosperidad Social: brinda apoyo económico para tener una alimentación saludable, controles de crecimiento y desarrollo a tiempo y permanencia en el sistema escolar

Universidad Tecnológica del Chocó. Sede Bahía Solano: forma trabajadores sociales. Su apoyo consiste en la participación en el diplomado y articulación de la directora de carrera y los estudiantes para el desarrollo del proyecto en el área urbana. Desde la sede de Quibdó se ha contado con el apoyo de dos estudiantes de último semestre de la carrera de Enfermería para el desarrollo del diplomado en el barrio Onetti

Colegio Inmaculado Corazón de María sede principal: institución con preescolar, primaria y secundaria. Articulación para trabajar con el PAE: programa de alimentación escolar. Los estudiantes de 11 participan en el diplomado.

Parroquia San Francisco de Asís: coordinan programas de alimentación escolar. Hacen convocatoria e informan a los usuarios del proyecto.

Universidad del Valle: asesoría y capacitación en programa de agricultura para seguridad alimentaria. Su apoyo consiste en diseño de las huertas, asesoría, capacitación en agricultura y control biológico de plagas.

El **sector privado** es el que menos actores presenta en el municipio de Bahía Solano:

Comfachocó: Cumple funciones de seguridad social, actúa como EPS y como IPS. Su apoyo en el proyecto consiste en trabajo articulado para en las comunidades, desarrollo de jornadas de salud, atención priorizada a las comunidades en el hospital local.

IPS Centro Medico CUBIS como operador privado, atiende al régimen subsidiado de EPS diferentes a Comfachocó. Participan en el diplomado.

La Red: suministro de medicamentos, apoyo social a proyectos. Apoyan en la convocatoria y difusión.

Microempresas de Colombia: es una organización no gubernamental que genera y fortalece procesos organizativos y productivos que permitan la integración social y la promoción personal de los grupos de población más vulnerable del municipio de Bahía Solano, afectado por la violencia. Con esta ONG se ha establecido una alianza para el trabajo en la comunidad del barrio Onetti, desarrollando las huertas familiares, el trabajo en saneamiento, el curso de primeros auxilios, dotación del botiquín y el apoyo al diplomado.

IPS Centro Medico CUBIS como operador privado, atiende al régimen subsidiado de EPS diferentes a Comfachocó. Participan en el diplomado..

La Red: suministro de medicamentos, apoyo social a proyectos. Apoyan en la convocatoria y difusión.

Microempresas de Colombia: es una organización no gubernamental que genera y fortalece procesos organizativos y productivos que permitan la integración social y la promoción personal de los grupos de población más vulnerable del municipio de Bahía Solano, afectado por la violencia. Con esta ONG se ha establecido una alianza para el trabajo en la comunidad del barrio Onetti, desarrollando las huertas familiares, el trabajo en saneamiento, el curso de primeros auxilios, dotación del botiquín y el apoyo al diplomado.

En relación con las **organizaciones comunitarias**, existe un número amplio que trabaja por la comunidad, sobre todo la del área urbana, entre ellas están:

Asociación Comunal del municipio de Bahía Solano: realizan trabajo comunitario con las comunidades, apoyan en la identificación del área de trabajo y la difusión del proyecto

Consejo Comunitario Mayor los Delfines: tienen la coordinación de salud y su apoyo consiste en la participación en el diplomado y en el desarrollo y difusión del modelo.

Asociación de mujeres solaneñas con futuro: movilizan las mujeres por el desarrollo del municipio, participan en el diplomado y hacen difusión del proyecto.

Asociación de mujeres de la Bahía: movilizan las mujeres por el desarrollo del municipio, participan en el diplomado y hacen difusión del proyecto.

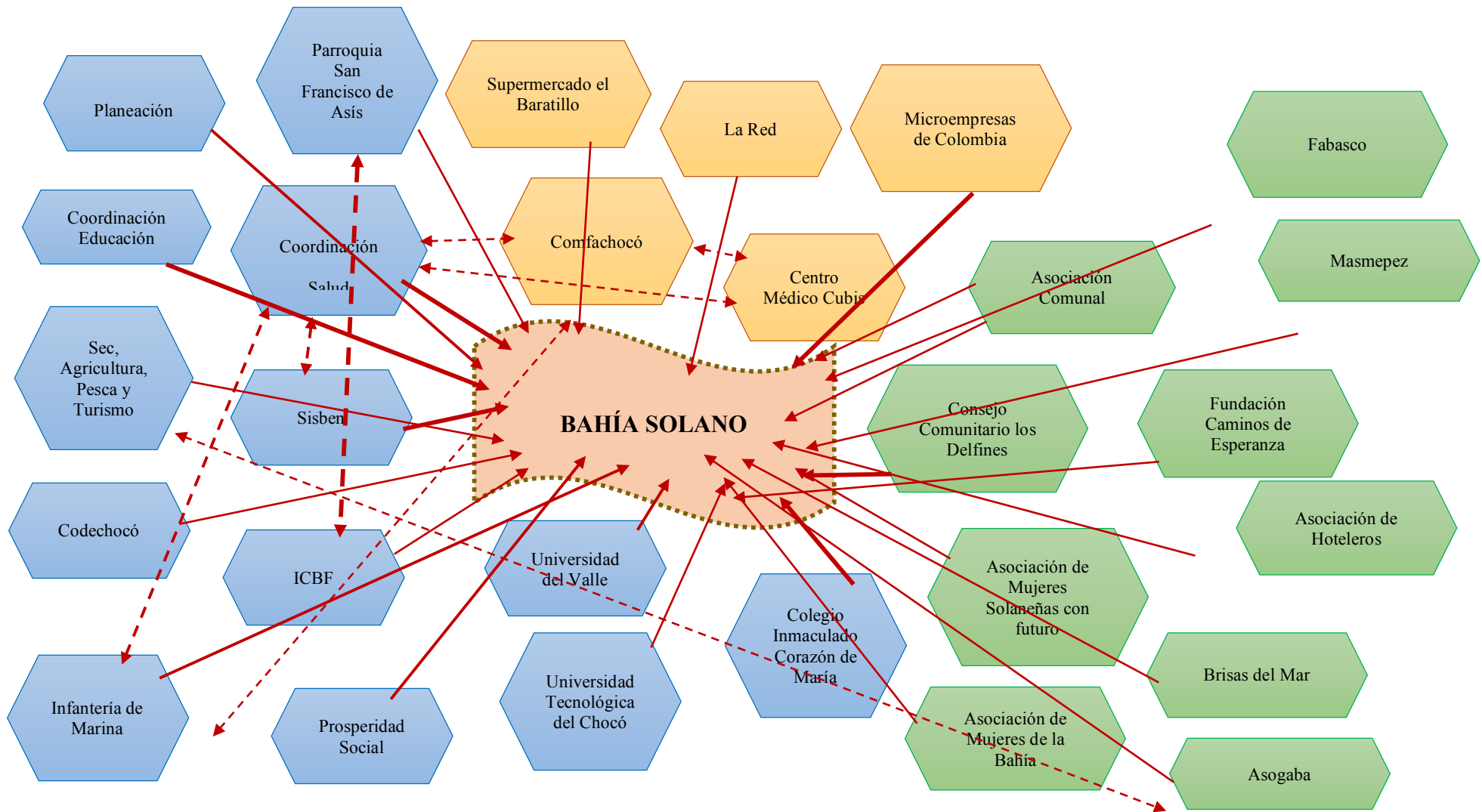
Fabaso- Fundación Amor por Bahía Solano: fundación que trabajo con niños y adolescentes en deporte y cultura. Apoyan en el desarrollo del proyecto

Fundación Caminos de Esperanza: fundación que trabajo por el municipio, apoya en la difusión del proyecto.

Masmepez: organización de los pescadores, apoyan en convocatoria y difusión

Brisas del Mar (ahumadoras): organización de mujeres, apoyan en difusión del proyecto

Gráfica 14. Análisis de involucrados en Bahía Solano. 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de información en Bahía Solano, 2017

Asociación de Hoteleros: trabajan en el impulso del turismo en Bahía Solano. Apoyan en difusión del proyecto

Asogaba: asociación de ganaderos de Bahía Solano, apoyan en difusión del proyecto.

El estar ubicado este municipio en el departamento del Chocó, uno de los más pobres del país, hace que haya muchas organizaciones trabajando por su desarrollo, pero de forma aislada, lo que conlleva a muchos esfuerzos, pero pocos resultados.

La gráfica 14 muestra la presencia de los diferentes actores en Bahía Solano y las relaciones entre ellas, lo que muestra poca coordinación y en algunos casos relaciones tensas, no hay una unidad en el municipio que articule estas organizaciones

Priorización de los problemas de salud

Comunidad de Poza Mansa

Los principales problemas percibidos por los actores de la comunidad indígena de Poza Mansa son:

- Dificultades económicas por falta de procesos productivos
- Poca siembra, plagas en los cultivos
- Falta apoyo de la alcaldía, la gobernación
- No hay atención en salud para la comunidad
- Desplazamiento para atención en salud
- Coberturas insuficientes de organismos del estado
- Poca participación comunitaria en los proyectos
- Acueducto en mal estado y no hay alcantarillado. Manejo de basuras inadecuado.
- Faltan escenarios de recreación y deporte
- Alimentación inadecuada, deficiencia nutricional en los hogares
- Elevada morbilidad materno infantil
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas, embarazo en adolescentes
- Elevada prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores: malaria, dengue.

Mediante ejercicios grupales y de acuerdo a las necesidades sentidas por la comunidad de Poza Mansa, ellos consideraron que era urgente realizar un curso de primeros auxilios y por otro lado con el problema de suelos, de avalanchas y de lluvia no tenían muchas posibilidades de cultivos para comer, ante ello se decidió realizar un diseño de huerta comunitaria y manejo de plagas para chontaduro.

Se definieron entonces como problemas prioritarios: seguridad alimentaria, saneamiento ambiental y manejo de accidentes y riesgos en salud.

Comunidad del barrio Onetti

Los principales problemas percibidos por los actores de la comunidad del barrio Onetti:

- Dificultades económicas por falta de procesos productivos
- Limitación del presupuesto por ser municipio de sexta categoría.
- Dificultades socioeconómicas del municipio, falta de proceso productivos
- Poca orientación hacia la agricultura, altos costos de los alimentos
- Falta apoyo para actividades de pesca
- Coberturas insuficientes de organismos del estado
- Poca participación comunitaria en los proyectos
- Acueducto y alcantarillado insuficiente. Manejo de basuras inadecuado.
- Faltan escenarios de recreación y deporte
- Inadecuada atención en salud, especialmente en las comunidades
- Disputa entre Comfachocó y Centro Médico Cubis
- Poca educación en salud en las instituciones educativas
- Alimentación inadecuada, deficiencia nutricional en los hogares
- Elevada morbilidad materno infantil
- Consumo de tabaco, alcohol y drogas, embarazo en adolescentes
- Elevada prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores: malaria, dengue.
- No tienen forma de manejar riesgos y accidentes en salud

Mediante ejercicios grupales y de acuerdo a las necesidades sentidas por la comunidad del barrio Onetti, ellos consideraron que era prioritario desarrollar huertas familiares en terrazas, realizar un curso de primeros auxilios y trabajar en los problemas de saneamiento ambiental

Se definieron entonces como problemas prioritarios: seguridad alimentaria, saneamiento ambiental y manejo de accidentes y riesgos en salud.

Priorización de actividades en cada comunidad

Comunidad de Poza Mansa

Se priorizó la seguridad alimentaria como el principal problema, estableciendo como alternativa de solución la huerta comunitaria y el control de la plaga del chontaduro.

El segundo problema priorizado fue el de manejo de accidentes y riesgos en salud, para lo cual se diseñó y desarrolló un curso de primeros auxilios y se dotó el botiquín. La comunidad elaboró la caja del botiquín.

El tercer problema priorizado fue el de saneamiento ambiental, con acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras. Se trabajó en educación en saneamiento y se adelantaron contactos para solución de problemas como acueducto, alcantarillado y letrinas.

Comunidad del Barrio Onetti

Se priorizó la seguridad alimentaria como el principal problema, estableciendo como alternativa de solución las huertas familiares.

El segundo problema priorizado fue el de saneamiento ambiental, con acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras. Se trabajó en educación en saneamiento y se adelantaron contactos para solución de problemas como acueducto, alcantarillado y letrinas.

El tercer problema priorizado fue el de manejo de accidentes y riesgos en salud, para lo cual se diseñó y desarrolló un curso de primeros auxilios y se dotó el botiquín. La comunidad elaboró la caja del botiquín.

Elaboración del modelo de atención primaria en la comunidad,

De acuerdo al trabajo realizado con los actores de las comunidades de Poza Mansa y barrio Onetti y con el apoyo de los participantes del diplomado en ciudad Mutis, se elaboró el modelo de atención primaria para el municipio de Bahía Solano.

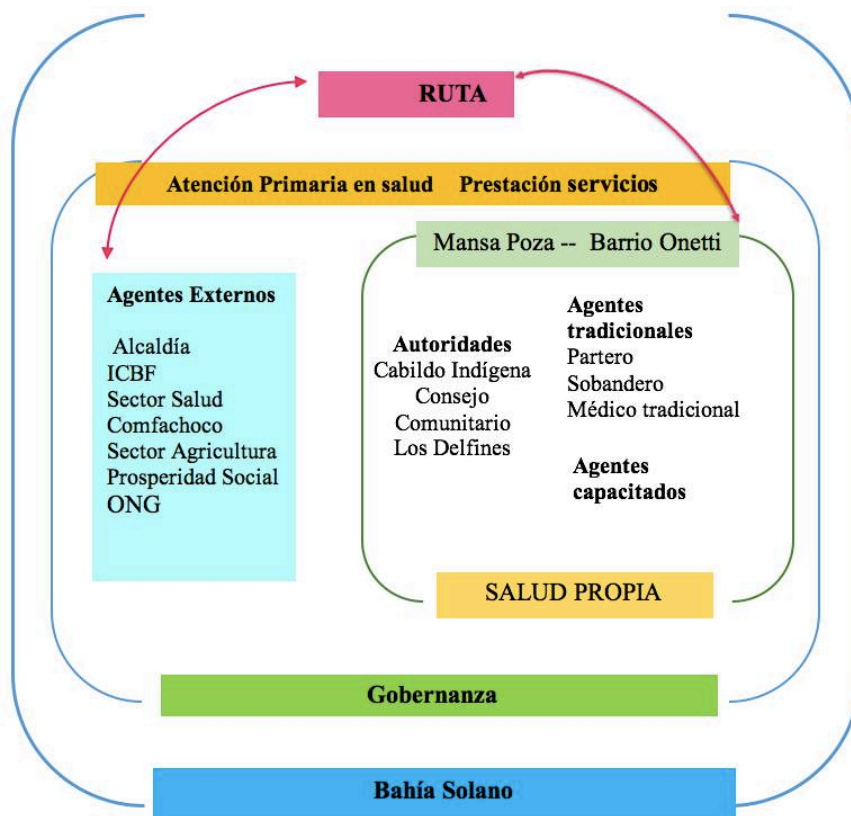
La salud propia como definición propia de la comunidad indígena de Poza Mansa, es decir un concepto amplio de la salud, entendido como calidad de vida, es decir un equilibrio, armonía con la tierra, tener buena vida, implica prácticas de autocuidado como la alimentación, el ejercicio y la higiene.

La gobernanza, entendida como. Las interacciones y acuerdos entre gobernantes y gobernados, para generar oportunidades y solucionar los problemas de los ciudadanos, y para construir las instituciones y normas necesarios para generar esos cambios. (Chulak Yáñez, .2017). Implica que las personas puedan participar en las decisiones que les permiten tener una vida digna.

Esta gobernanza implica poder de la comunidad en la toma de decisiones que afectan su calidad de vida. Permite el diálogo entre actores tradicionales y capacitados de la comunidad con los actores externos.

De acuerdo a ello han identificado su territorio, han definido su propio concepto de salud, de comunidad saludable, han identificado los sueños de la comunidad, han establecido sus necesidades, identificados actores y acciones, han priorizado los problemas de salud para posteriormente implementar estas acciones, monitorearlas y evaluarlas, y retroalimentarse continuamente.

Gráfica 15. Modelo basado en APS para municipios de alta dispersión rural. Bahía Solano, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de información en Poza Mansa, 2018

De acuerdo a ello han identificado su territorio, han definido su propio concepto de salud, de comunidad saludable, han identificado los sueños de la comunidad, han establecido sus necesidades, identificados actores y acciones, han priorizado los problemas de salud para posteriormente implementar estas acciones, monitorearlas y evaluarlas, y retroalimentarse continuamente.

- **Fase de ejecución del modelo**

A partir de los problemas y acciones priorizadas en las comunidades de Poza Mansa y Barrio Onetti, se llevó a cabo la implementación del modelo así

Comunidad de Poza Mansa

Se priorizó la seguridad alimentaria como el principal problema, estableciendo como alternativa de solución la huerta comunitaria y el control de la plaga del chontaduro.

Para ello se contó con el apoyo de personal técnico de la universidad del Valle, quien apoyó en el análisis de suelos y el diseño de la huerta comunitaria

Huerta Comunitaria

Ubicación de la huerta comunitaria: N 06° 06' 58.1". W 077° 20' 04.3"

Para la implementación de la huerta comunitaria, inicialmente se tomaron muestras de suelos alteradas para realizar análisis físico de suelos y algunas propiedades químicas de los suelos en estudio. Estos análisis dieron los siguientes resultados:

De acuerdo a la tabla 2, la humedad gravimétrica de los suelos de 53,3 % es muy alto, lo cual corresponde a la alta precipitación de lluvias de la zona del andén del pacífico.

El paramagnetismo de los suelos analizados por el equipo de Callaw soil Meter dió un valor de 1042 Ucgs, lo cual corresponde suelos arenosos rocosos con muy baja reserva energética y por tanto muy baja fertilidad e indicador de baja productividad agrícola. Tabla 3

Tabla 2. Estadística para la humedad de los suelos de Poza Mansa, 2017

	Humedad	
R1	54,8	
R2	55,8	
R3	52,4	
Promedio	54,33333333	53,3
DesvEsta	1,74737899	1,75
CV	3,283302064	3,28
IC	51,55	55,05
No hay datos dudosos		

Fuente: Zúñiga, O. Análisis de suelos de la comunidad de Poza Mansa, 2017

El PH = 5.22 de los suelos en esta zona de estudio corresponde a suelos fuertemente ácidos. Según la Gráfica 4, estos suelos tienen bajos contenidos de Nitrógeno, de Fosforo y Potasio, es decir bajos niveles de NPK lo cual indica: suelos con muy baja fertilidad, es decir poco aptos para producción agrícola. Se hace necesario entonces construir suelos.

Tabla 3. Análisis Físicos y algunos químicos de Suelos de la comunidad de Poza Mansa, 2017

Humedad (%)	Paramagnetismo	pH	Conductividad Eléctrica (ds)	Arenas (%)	Limos (%)	Arcillas (%)	Clase Textural	Nomenclatura Textural
53,3	1042	5,22	0,18	55	31	14	Franco Arenoso	FA

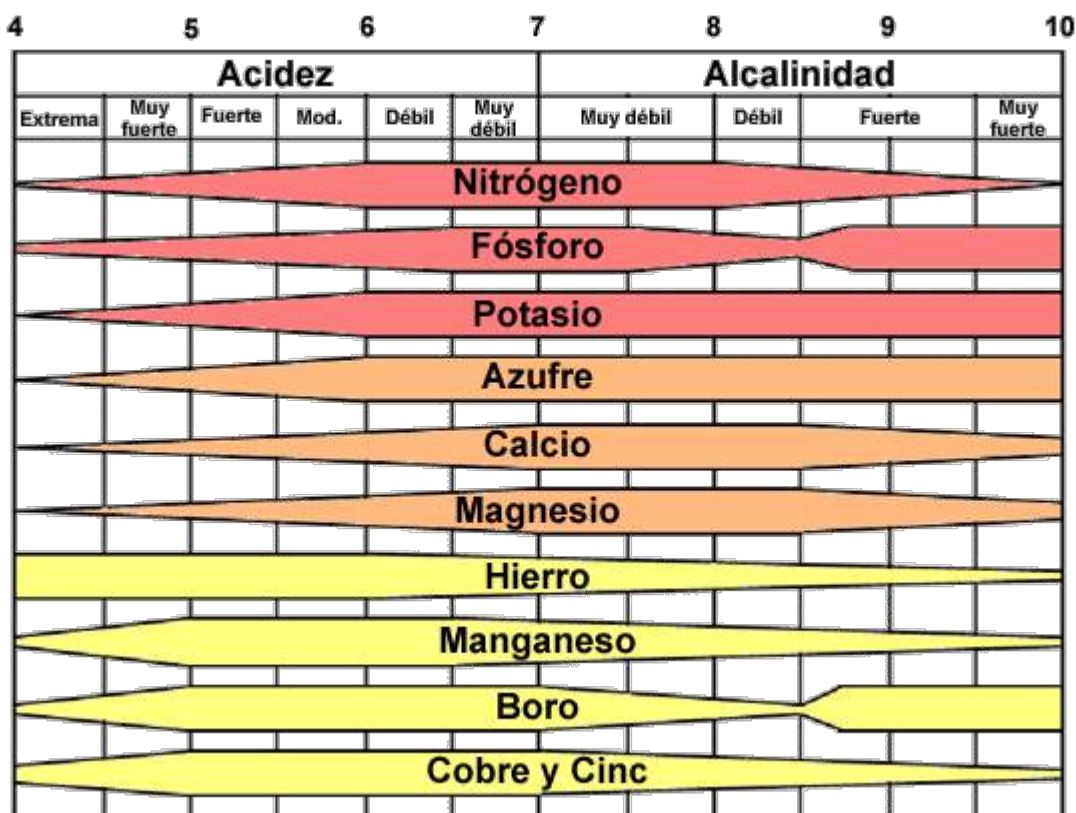
Fuente: Zúñiga, O. Análisis de suelos de la comunidad de Poza Mansa, 2017

Igualmente se encuentran según la Gráfica 16 bajos niveles de Calcio, Magnesio y Boro. Lo cual hace muy difícil lograr niveles de floración de plantas en los cultivos programados.

Los valores de conductividad eléctrica CE = 0.18 (ds), son relativamente buenos debido a la presencia de sales en los suelos analizados.

Según la Tabla 3 la distribución de partículas del suelo arroja que se trata de Suelos Franco Arenosos. Es decir, suelos con muy poco contenido de arcillas y por tanto bajas posibilidades de fijación de aniones y cationes y por lo tanto suelos susceptibles a la pérdida de nutrientes.

Gráfica 16. Ph del suelo y su relación con los elementos químicos del suelo.

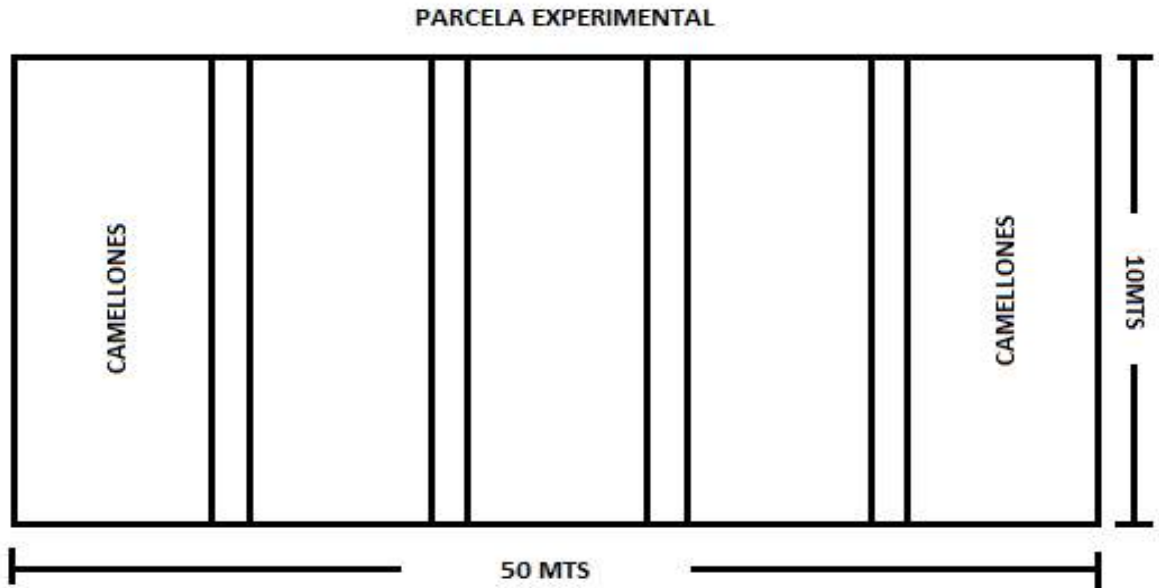


Fuente: Manual de física de suelos, CIAT Palmira. 2002.

Por las condiciones de suelos diagnosticadas anteriormente se hace necesario construir suelos utilizando el método de Camellones fertilizados con compost previamente preparado por la comunidad. Ver Gráfica 17.

De acuerdo con la priorización de la comunidad se decide implementar una huerta comunitaria en la comunidad, a cargo de los hombres del resguardo.

Gráfica 17. Área total de trabajo: 50mts x 10mts = 500m²



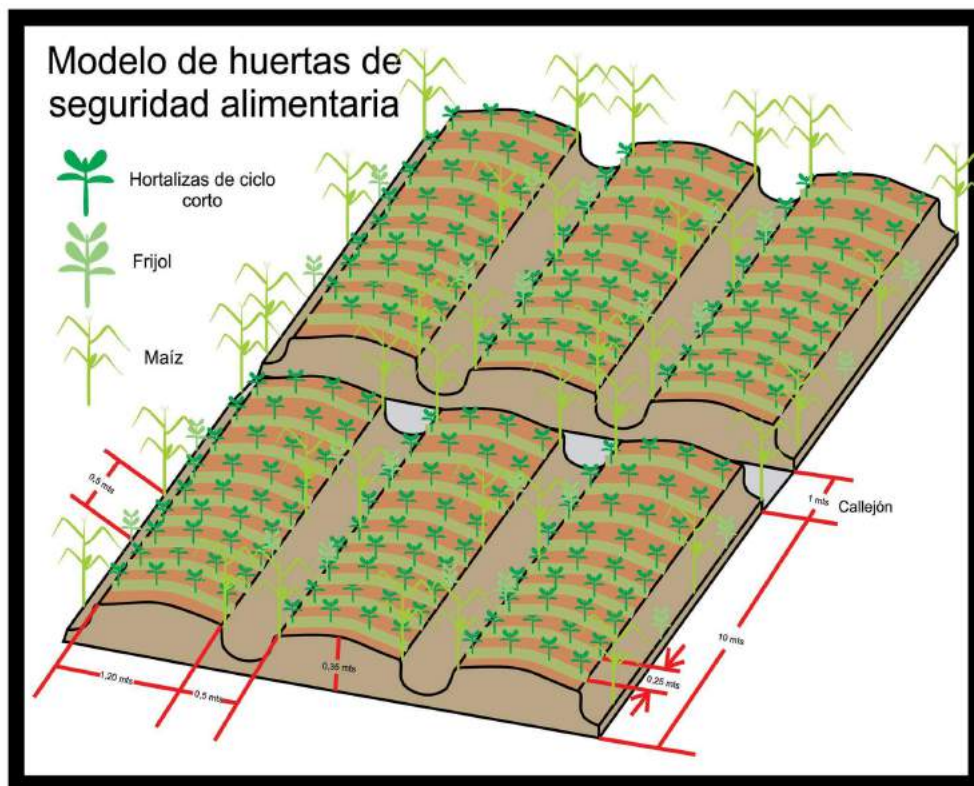
Fuente: Zúñiga, O. Propuesta de huerta comunitaria comunidad de Poza Mansa, 2017

La gráfica 18 muestra el diseño elaborado con la comunidad para establecer la Huerta comunitaria. Consiste en construir primero unos camellones sobre los cuales se van a rellenar de Compost para lograr niveles de fertilización de suelos que garantice una producción de cultivos aceptable.

Este diseño fue analizado con los hombres de la comunidad indígena en dos talleres, en los cuales se mostraron inicialmente los resultados de las muestras de suelos y trabajó la importancia de elaboración de abonos orgánicos para disminuir el riesgo de enfermedades producidas por agentes químicos. Estos abonos también aportan al manejo final de residuos biodegradables, disminuyendo el riesgo de roedores en la comunidad.

Posterior al diseño de la huerta comunitaria, se organizaron los hombres de la comunidad para tomar las medidas inicialmente y luego hacer las zanjas que delimitarían el terreno, esto implicó varios días de trabajo coordinado.

Gráfica 18. Diseño de Huerta comunitaria con Camellones. Área: 500m²



Fuente: Zúñiga, O. Propuesta de huerta comunitaria comunidad de Poza Mansa, 2017

La ilustración 4 muestra las labores previas a la preparación del terreno para la huerta comunitaria, en la cual participaron los hombres de la comunidad de Poza Mansa.

Paralelamente se preparó el compost, de la siguiente forma:

- Estiércoles Vacas, Gallinas: 700 Kilos
- Follaje: de Chontaduro, de plátano. Capa biológica de bosque: 200 kilos
- Cal dolomita o Cal de pintura: 10 a 50 kilos
- Fosforita Huila: 5 Kilos
- Arena de Rio: 50 Kilos
- En 200 Kilos de agua agregar 10 kilos de miel + 1 libra de Levadura de cerveza, regar y mojar el compost.
- Ceniza de Madera: 5 Kilos

Ilustración 4. Labores previas a la preparación de la Huerta comunitaria en Poza Mansa



Fuente: colección propia, 2017.

Se hizo la mezcla y se tapó el compost con un plástico, se debía revolver cada 3 días y dejar por 30 días. Una vez que el compost está listo aplicar en los camellones a 1m² se le aplica 2 kilos de compost a una profundidad de 10cm.

Es de anotar que la Coordinación de Salud de Bahía Solano donó el plástico y la carreta para transportar los elementos. La comunidad prestó un tanque que sirvió de recipiente para el compost. Desde el proyecto se les llevaron elementos que no podían ser adquiridos en la región.

Finalmente se procedió a sembrar con la comunidad cultivos de frijol caupi, cebolla y maíz entrelazados con algunas plantas medicinales tradicionales de la comunidad.

Se tuvo una producción aproximada de:

- 127 kilos de Frijol (a los 90 días)
- 800 kilos cebollas (a los 90 días)
- 250 kilos de maíz (a los 90 días)
- algunas muestras de plantas medicinales

La experiencia de la huerta comunitaria fue muy importante porque de esta manera la comunidad se pudo apropiarse de una tecnología que les permite tener algunos cultivos de pan de azúcar, garantizando una soberanía alimentaria para la comunidad.

Además de la huerta comunitaria en la comunidad de Poza Mansa se priorizaron acciones como el control de la plaga del chontaduro.

Control biológico de la plaga del picudo en plantación de chontaduro en Poza Mansa

La comunidad de Poza Mansa ha sembrado tradicionalmente el Chontaduro como fuente alimenticia y de ingresos familiares para las familias.

A partir del año 2005 debido al efecto del cambio climático las condiciones atmosféricas cambiaron, la presencia de zonas de humedales y el debilitamiento de las palmas de chontaduro trajo como consecuencia la proliferación de un cucarrón denominado Picudo. Esta plaga acabó sistemáticamente con las palmas, afectando a la comunidad.

En los talleres se detectó la necesidad de trabajar en el control de esta plaga y es así como con la comunidad se instalaron productos biológicos para el control del Picudo y de esta manera volver a tener buena producción de chontaduro en la zona, los cuales les han servido de sustento.

En tallos de plátano se preparó el control biológico de la siguiente manera:

- 100 Gramos de MICOBIO –MH, un hongo biológico que atrapa el cucarrón
- 100 Gramos de Melaza para atraer el cucarrón
- 1 Litro de Agua

Se mezclan los productos anteriores y el conjunto se deposita en el vástago de un tallo de plátano, posteriormente el producto se deposita en la parte alta de la palma de Chontaduro.

Con los hombres de la comunidad se realizó este trabajo y se lograron resultados significativos

La ilustración 5, muestra la forma en que se prepararon las trampas para el picudo en la comunidad de Poza Mansa

Ilustración 5. Asesoría sobre aplicación de control biológico para el picudo en Poza Mansa



Fuente: colección propia, 2017.

El segundo problema priorizado fue el de manejo de accidentes y riesgos en salud, para lo cual se diseñó y desarrolló un curso de primeros auxilios y se dotó el botiquín. La comunidad elaboró la caja del botiquín.

Curso de primeros auxilios

Atendiendo las prioridades de la comunidad se preparó y desarrolló un curso de primeros auxilios comunitarios, con participación de 15 asistentes. Este curso se llevó a cabo en conjunto con la Coordinación de Salud de Bahía Solano

El objetivo del curso fue de prepararlos para identificar señales de vida, conservar la vida del accidentado, evitar complicaciones derivadas del accidente y asegurar su traslado a la institución de salud más cercana.

Consistió en un curso teórico práctico de 20 horas en el que se desarrollaron los siguientes temas:

Qué son signos vitales

- Signos vitales
- Heridas
- Hemorragias o Sangrado
- Desmayos
- Quemaduras
- Golpes y Fracturas
- Botiquín Casero

Se evaluó cada actividad de forma teórica y práctica.

La ilustración 6 presenta momentos del desarrollo del curso de primeros auxilios con los participantes de la comunidad indígena de Poza Mansa

Ilustración 6. Desarrollo del curso de primeros auxilios



Fuente: colección propia, 2017.

Dotación del botiquín de primeros auxilios

En coordinación con la ONG Microempresas de Colombia se dotó el botiquín de primeros auxilios, de la siguiente forma:

- Productos para limpiar y curar heridas:
- tijeras,
- pinzas,

- agua oxigenada,
- alcohol para desinfectar las tijeras,
- Isodine solución
- gasa en rollo,
- gasas en forma de apósitos,
- algodón,
- esparadrapo,
- vendas de gasa
- curitas
- Jabón para lavar bien las manos antes de curar a alguien con una herida abierta
- Aspirinas, Paracetamol, o cualquier fármaco por el estilo
- 1 botella de agua mineral
- Termómetro
- Guantes de látex (por lo menos 20 pares)
- Tablillas para inmovilización
- Linterna con pilas de repuesto
- Una sábana (guardada cerca del botiquín)
- Una lista plastificada de teléfonos de emergencia
- Manual de primeros auxilios

Los hombres de la comunidad elaboraron el cajón del botiquín y se comprometieron a cuidarlo.

El tercer problema priorizado fue el de saneamiento ambiental, con acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras. Se trabajó en educación en saneamiento y se adelantaron contactos para solución de problemas como acueducto, alcantarillado y letrinas.

Análisis microbiológico de agua en la comunidad indígena de Poza Mansa

En la comunidad indígena de poza mansa se tomaron muestra de agua tanto del Rio Valle como de fuentes de agua corriente proveniente de quebradas de alta montaña. Los resultados de los análisis fueron realizados en el laboratorio de Microbiología de la Universidad del valle fueron:

- Coliformes totales (Bacterias gram negativas, no esporoformadoras): 148 NMP/g
- Coliformes Fecales (Escherichia coli) : Positivo
-

Según la Tabla 4, los resultados obtenidos están por encima de los límites permisibles a los estándares internacionales que rigen los análisis microbianos de aguas. Esto significa que la comunidad indígena de Poza Mansa está tomando agua contaminada y por lo tanto tiene una alta incidencia en las enfermedades gastrointestinales sobre todo en los niños.

Al respecto se comunicaron estos resultados a la Coordinación de Salud para identificar soluciones a este problema, de igual forma se llevaron actividades educativas para el hervido de agua para el consumo humano en la comunidad.

Tabla 4. Límites permitidos en aguas y alimentos para el consumo humano

NOMBRE DEL PRODUCTO	DETERMINACIONES	LIMITE MÁXIMO PERMISIBLE
Ensaladas verdes, crudas o de frutas *	Mesofilos aerobios UFC/g Coliformes totales NMP/g	150,000 100
Salsas y purés cocidos *	Mesofilos aerobios UFC/g Coliformes totales NMP/g	5,000 50
Alimentos cocinados a base de carne de mamíferos, aves, pescados *	Mesofilos aerobios UFC/g Coliformes totales NMP/g	150,000 menos de 10
Aguas preparadas *	Mesofilos aerobios UFC/g Coliformes totales NMP/g Coliformes fecales NMP/g	150,000 100 Negativo
Queso fresco **	Coliformes fecales NMP/g	100
	Mohos y levaduras (UFC/g)	500
	Salmonella en 25.g	Ausente
	Staphylococcus aureus (UFC/g)	1000
	Listeria monocytogenes en 25.g	Negativo
Zumos, néctares, bebidas a base de frutas y verduras no pasteurizadas ***	Mesofilos aerobios UFC/g Coliformes totales NMP/g	100,000 100

Fuente . Instituto Colombiano De Normas Técnicas y Certificación. NTC-ISO 5667-3 Calidad del Agua. Muestreo. Directrices para la conservación y manejo de las muestras. Bogotá. 1995.

Otras actividades relacionadas con saneamiento ambiental

De acuerdo a lo identificado respecto al acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras, se llevaron a cabo actividades educativas sobre manejo

de basuras. Se hicieron los contactos con la alcaldía para generar proyectos de arreglo del acueducto, arreglo del pozo séptico y dotación de letrinas. La comunidad quedó con la tarea de solicitar solución a estos problemas a través de sus representantes.

Las personas capacitadas en primeros auxilios se convierten en los promotores de salud de la comunidad y adelantarán acciones educativas con todas las familias.

Comunidad del Barrio Onetti

Se priorizó la seguridad alimentaria como el principal problema, estableciendo como alternativa de solución las huertas familiares.

Huerta de seguridad alimentaria para la comunidad de Onetti en Bahía Solano

En la comunidad del barrio Onetti se priorizó el problema de seguridad alimentaria y la actividad de huertas familiares. Este proyecto se llevó a cabo con la ONG Microempresas de Colombia, quienes han venido desarrollando acciones con esta comunidad.

Inicialmente se tomaron muestras de suelos alteradas y se realizaron los correspondientes análisis físicos y algunas propiedades químicas de suelos. Los resultados se muestran en la tabla 5.

De acuerdo a la tabla 5, la humedad gravimétrica de los suelos de 48 % es muy alto. Lo cual corresponde a la alta precipitación de lluvias de la zona del andén del pacífico.

El paramagnetismo de los suelos analizados por el equipo de Callaw soil Meter dió un valor de 1080 UeGs . Lo cual corresponde suelos arenosos rocosos con muy baja reserva energética y por tanto muy baja fertilidad e indicador de baja productividad agrícola.

Tabla 5. Análisis Físicos y algunos químicos de Suelos de la comunidad del barrio Onetti, 2018

Humedad (%)	Paramagnetismo	pH	Conductividad Eléctrica (ds)	Arenas (%)	Limos (%)	Arcillas (%)	Clase Textural	Nomenclatura Textural
48%	1080	5,78	0,22	62	28	20	Franco Arenoso	FA

Fuente: Zúñiga, O. Análisis de suelos de la comunidad de Poza Mansa, 2017

El PH = 5.78 de los suelos en esta zona de estudio corresponde a suelos fuertemente ácidos. Según gráfica 4, estos suelos tienen bajos contenidos de Nitrógeno, de Fosforo y Potasio. Es decir, bajos niveles de NPK lo cual indica que los suelos tienen muy baja fertilidad, es decir poco aptos para producción agrícola. Se hace necesario entonces construir suelos.

Igualmente se encuentran según la gráfica 16 bajos niveles de calcio, magnesio y boro. Lo cual hace muy difícil lograr niveles de floración de plantas en los cultivos programados.

Los valores de conductividad eléctrica CE = 0.22 (ds), son relativamente buenos debido a la presencia de sales en los suelos analizados.

Según la Tabla 5 la distribución de partículas del suelo arroja que se trata de Suelos Franco Arenosos. Es decir, suelos con muy poco contenido de arcillas y por tanto bajas posibilidades de fijación de aniones y cationes y por lo tanto suelos susceptibles a la pérdida de nutrientes.

Por las condiciones de suelos diagnosticadas la Fundación Microempresas de Colombia construyó en los patios de las familias huertas en altillo puesto que según los análisis de suelos no son garantía de productividad de cultivos. Los materiales de los altillos son biodegradables y durables, adaptados a las condiciones de la comunidad de Onettí

La ilustración 7 muestra un tipo de Huertas en altillo colocadas en los patios de las familias seleccionadas.

Una vez que se construyeron las Huertas en altillo se procedió a rellenar los cajones con compost elaborados por la comunidad.

El compost elaborado con la comunidad consistió en:

- Estiércoles Vacas, Gallinas: 700 Kilos
- Follaje: de Chontaduro, de plátano. Capa biológica de bosque: 200 kilos
- Cal dolomita o Cal de pintura: 10 a 50 kilos
- Fosforita Huila: 5 Kilos
- Arena de Rio: 50 Kilos
- En 200 Kilos de agua agregar 10 kilos de miel + 1 libra de Levadura de cerveza, regar y mojar el compost.
- Ceniza de Madera: 5 Kilos

Este compost se repartió en las familias que participaron en el proyecto de huertas familiares

Ilustración 7. Huertas en Altillo en la comunidad de Onetti.



Fuente: colección propia, 2017.

Se hizo la mezcla y se tapó el compost con un plástico, se debía revolver cada 3 días y dejar por 30 días. Una vez que el compost está listo aplicar en los cajones de las huertas a 1m² se le aplica 2 kilos de compost a una profundidad de 10cm.

Se tuvo una producción aproximada por patio familiar de:

- 1, 7 kilos de frijol calima (a los 90 días)
- 10, 2 kilos de tomate (a los 90 días)
- 10 kilos de cebolla (a los 90 días)
- algunas muestras de plantas medicinales

Esta experiencia es muy importante para la comunidad puesto que las familias tienen en sus patios una producción de productos que les garantiza una ligera sostenibilidad en la soberanía alimentaria.

Otras actividades relacionadas con saneamiento ambiental

De acuerdo a lo identificado respecto al acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras, se llevaron a cabo actividades educativas sobre manejo de basuras, se llevaron a cabo jornadas comunitarias de recolección de basuras. Se hicieron

los contactos con la alcaldía para generar proyectos de arreglo del acueducto, arreglo del pozo séptico y dotación de letrinas. La comunidad quedó con la tarea de solicitar solución a estos problemas a través de sus representantes.

Las personas capacitadas en primeros auxilios se convierten en los promotores de salud de la comunidad y adelantarán acciones educativas con todas las familias.

Curso de primeros auxilios

Atendiendo las prioridades de la comunidad y en coordinación con Microempresas de Colombia se apoyó la participación de 5 líderes en un curso de primeros auxilios comunitarios, desarrollado por la Cruz Roja.

El objetivo del curso fue de prepararlos para identificar señales de vida, conservar la vida del accidentado, evitar complicaciones derivadas del accidente y asegurar su traslado a la institución de salud más cercana.

Consistió en un curso teórico práctico de 50 horas en el que se capacitó a los participantes en primeros auxilios comunitarios. Al final se les entregó su respectivo diploma.

Dotación del botiquín de primeros auxilios

En coordinación con la ONG Microempresas de Colombia se dotó el botiquín de primeros auxilios, de la siguiente forma:

- Productos para limpiar y curar heridas:
- tijeras,
- pinzas,
- agua oxigenada,
- alcohol para desinfectar las tijeras,
- Isodine solución
- gasa en rollo,
- gasas en forma de apósitos,
- algodón,
- esparadrapo,
- vendas de gasa
- curitas
- Jabón para lavar bien las manos antes de curar a alguien con una herida abierta
- Aspirinas, Paracetamol, o cualquier fármaco por el estilo

- 1 botella de agua mineral
- Termómetro
- Guantes de látex (por lo menos 20 pares)
- Tablillas para inmovilización
- Linterna con pilas de repuesto
- Una sábana (guardada cerca del botiquín)
- Una lista plastificada de teléfonos de emergencia
- Manual de primeros auxilios

Los integrantes de la comunidad elaboraron el cajón para guardar los elementos del botiquín.

Esta experiencia es muy importante para la comunidad puesto que las familias tienen en sus patios una producción de productos que les garantiza una ligera sostenibilidad en la soberanía alimentaria.

El segundo aspecto priorizado fue el de saneamiento ambiental, de acuerdo a lo identificado respecto al acueducto de mala calidad, no tienen letrinas, alcantarillado y manejo de basuras, se llevaron a cabo actividades educativas sobre manejo de basuras, se llevaron a cabo jornadas comunitarias de recolección de basuras. Se hicieron los contactos con la alcaldía para generar proyectos de arreglo del acueducto, arreglo del pozo séptico y dotación de letrinas. La comunidad quedó con la tarea de solicitar solución a estos problemas a través de sus representantes.

Las personas capacitadas en primeros auxilios se convierten en los promotores de salud de la comunidad y adelantarán acciones educativas con todas las familias.

El tercer aspecto priorizado fue el de riesgo de accidentes, por lo que en coordinación con Microempresas de Colombia se apoyó la participación de 5 líderes en un curso de primeros auxilios comunitarios, desarrollado por la Cruz Roja de 50 horas de duración.

En coordinación con la ONG Microempresas de Colombia se dotó el botiquín de primeros auxilios, de la siguiente forma:

Los integrantes de la comunidad elaboraron el cajón para guardar los elementos del botiquín.

- **Fase de Monitoreo de las acciones del modelo**

El monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto.

El monitoreo consiste en un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación de un proyecto. Su objetivo es “indagar y analizar permanentemente el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (Siempro y UNESCO, 1999).

El monitoreo constituye un proceso continuo de análisis, observación y elaboración de sugerencias de ajustes que aseguren que el proyecto esté encaminado hacia el objetivo propuesto. Por su parte, la evaluación permite la formulación de conclusiones acerca de lo que se observa a una escala mayor, aspectos tales como el diseño del proyecto y sus impactos, tanto aquellos previstos como no previstos (Cerezo y Fernández Prieto, 2011).

Para el monitoreo y evaluación de la implementación del modelo en las comunidades de Poza Mansa y el Barrio Onetti se implementaron los tableros de monitoreo comunitario

El tablero de control que según Fleitman (2013), se define como “una metodología gerencial que sirve como herramienta para la planeación. En ella se utilizan criterios de medición e indicadores para controlar la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de la visión, misión y objetivos”

En el caso de los tableros comunitarios son herramientas visuales que permiten hacer seguimiento de las actividades y de los indicadores establecidos en la comunidad.

Para el caso de la comunidad indígena de Poza Mansa y la comunidad urbana del Barrio Onetti se elaboró el tablero de monitoreo a partir de los indicadores definidos por los integrantes de la comunidad; este tablero permite evaluar de forma gráfica a través de colores y figuras de caras humanas. Los indicadores que aparecen en verde o con cara feliz indican que se tiene abundancia de ese factor o que las condiciones son deseadas. El color naranja o la cara de preocupado representan advertencia de determinando factor o indicador, lo que requiere estar atento y realizar correctivos y el color rojo o la cara de alarmado implica que hay escases, carencia o que falta determinado factor

De acuerdo a lo anterior en las comunidades se elaboraron los tableros, con oas siguientes resultados:

Comunidad de Poza Mansa

De acuerdo a la primera evaluación llevada a cabo en Poza Mansa se encontró que actividades como siembra y capacitación en primeros auxilios están en color verde.

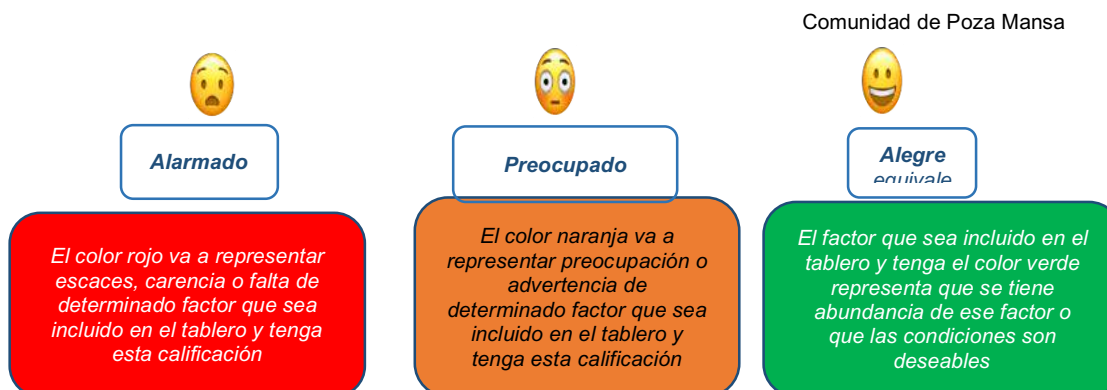
En naranja están indicadores como el de la comunidad está limpia, los atienden a tiempo y los niños están sanos. Esto implica que hay una preocupación o advertencia para la comunidad.

En color rojo que implica alarmado, están: el río está limpio, control de malaria, brigadas de salud, transporte de enfermos, se clasifican los residuos sólidos, pozo séptico, puesto de salud, agua potable, vivienda adecuada y recreación y deporte.








El gobernador indígena, las personas capacitadas en primeros auxilios y la comunidad quedaron comprometidos en continuar con el monitoreo de estos indicadores y a realizar acciones en caso de que estén en color rojo.









La gráfica 19 recoge la información del tablero comunitario elaborado en conjunto con los integrantes de la comunidad indígena de Poza Mansa

Gráfica 19. Tablero de monitoreo de la comunidad de Poza Mansa



Aplicación. Solamente es necesario poner **Alarmado** (cara equivalente a color rojo), **Preocupado**

Imagen	Factores por comunidad	24 Noviembre de 2018	Aplicación 2	Aplicación 3
	El río está limpio	Alarmado		
	La comunidad está limpia	Preocupado		
	Se siembra	Alegre		
	Control de malaria	Alarmado		
	Brigadas de salud	Alarmado		
	Transporte de enfermos	Alarmado		
	Capacitación en primeros auxilios	Alegre		

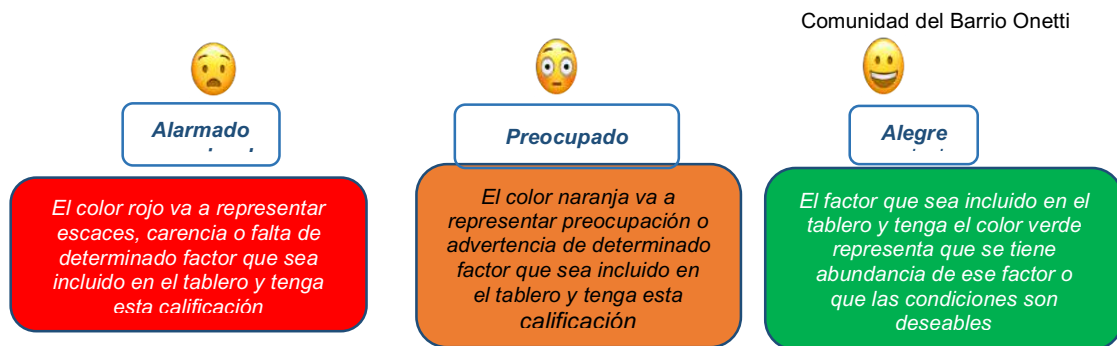
	Nos atienden a tiempo	Preocupado		
	Los niños están sanos	Preocupado		
	Se clasifican los residuos sólidos	Alarmado		
	Pozo séptico	Alarmado		
	Puesto de salud	Alarmado		
	Agua potable	Alarmado		
	Vivienda adecuada	Alarmado		
	Recreación y deporte	Alarmado		

Fuente: elaboración colectiva a partir de los indicadores establecidos con la comunidad de Poza Mansa, 2018














Comunidad del Barrio Onetti

De acuerdo a la primera evaluación llevada a cabo en el barrio Onetti se encontró que actividades como huertas familiares y capacitación en primeros auxilios están en color verde. Gráfica 20.

Gráfica 20. Tablero de monitoreo de la comunidad del barrio Onetti



Aplicación. Solamente es necesario poner **Alarmado** (cara equivalente a

Imagen	Factores por comunidad	24 Noviembre de 2018	Aplicación 2	Aplicación 3
	El manglar está limpio	Alarmado		
	La comunidad está limpia	Preocupado		
	Huertas Familiares	Alegre		
	Jornadas de salud	Alarmado		
	Capacitación en salud	Alegre		
	Nos atienden a tiempo	Preocupado		
	Union de los vecinos	Alarmado		
	Alimentación adecuada	Preocupado		
	Poco ruido	Alarmado		
	Control de enfermo	Preocupado		
	Ietrinas	Alarmado		
	Pozo séptico	Alarmado		
	Agua potable	Alarmado		

Fuente: elaboración colectiva a partir de los indicadores establecidos con la comunidad del barrio Onetti, 2018

En naranja están indicadores como alimentación adecuada, unión de vecinos, la comunidad está limpia, capacitación en salud y control de enfermos. Esto implica que hay una preocupación o advertencia para la comunidad

En color rojo que implica alarmado, están: el manglar está limpio, jornadas de salud, nos atienden a tiempo, letrinas, pozo séptico, agua potable y control de enfermos,

Los líderes comunitarios, el grupo de mujeres, las personas capacitadas en primeros auxilios y la comunidad quedaron comprometidos en continuar con el monitoreo de estos indicadores y a realizar acciones en caso de que estén en color rojo.

Compromisos adquiridos por las comunidades de Poza Mansa y el Barrio Onetti, y solicitudes a la Coordinación de Salud y Alcaldía de Bahía Solano

Producto del monitoreo llevado a cabo con las dos comunidades, ellos establecieron compromisos propios y trabajo y liderazgo comunitario para solicitar a la Coordinación de Salud y a la Alcaldía soluciones a los problemas encontrados en el desarrollo de este modelo. A continuación se presentan por cada comunidad

Comunidad de Poza Mansa

En la fase de monitoreo y evaluación del modelo, la comunidad de Poza Mansa adquirió los siguientes compromisos:

- Hervir el agua
- Lavar bien los alimentos
- Mantener el agua bien limpia
- Mantener limpio alrededor de las casas
- Mantener limpios los menajes de la casa.
- Lavar las manos antes de ingerir los alimentos
- Tener un botiquín en cada casa.
- Mantener limpia la casa.
- Mantener limpio los patios de la comunidad
- Vacunar los niños y llevar los niños a crecimiento y desarrollo.
- Conservar en buen estado el botiquín de primeros auxilios

Se plantearon como solicitudes a la Alcaldía de Bahía Solano y a la Coordinación de Salud:

- Tasa sanitarias
- Brigada salud en la comunidad atención prioritaria en el hospital y centro de salud.
- Capacitación de parteros y dotación de primeros auxilios

- Monitoreo para paludismo
- Contratar personal por vía fluvial
- Camilla para transportar
- Tener un promotor en salud, en la comunidad y desparasitar los niños cada 6 meses
- 1. Atención integral para los niños.
 - Una moto bomba para bombear agua del río.
 - Cajones de campos para producir hortalizas.
 - Control biológico para controlar la plaga del chontaduro y una escalera para colocar el bio insumo.
 - Capacitaciones de promotores de primeros auxilios y salud.
 - Fumigación de la comunidad.

Comunidad del barrio Onetti

En la fase de monitoreo y evaluación del modelo, la comunidad del barrio Onetti adquirió los siguientes compromisos:

- Conseguir canecas y mantener limpia de basura la comunidad
- Agua—renovar tubería, arreglar tanque, cerrar llaves de la casa.
- Hacer la limpieza del Barrio
- Unión de los vecinos
- Multar a los que no participan de las limpiezas del barrio.
- Conformar el grupo de sanidad.
- Invitar a un encuentro de vecinos
- Limpieza y hacer llamado en la casa para que recojan las basuras
- Motivar los jóvenes.
- Trabajar con los niños.
- Seguir con el compostaje y con las huertas familiares
- Buscar la solución al problema de agua mediante la junta de acción comunal
- Ayudar con la letrina seca
- Crear una comisión contra el ruido.
- Limpiar el monte
- Convivencia ética y espiritual ser persona

Se plantearon como solicitudes a la Alcaldía de Bahía Solano y a la Coordinación de Salud:

- Solicitar atención respetuosa especialmente en salud

- Instalar botiquín de salud
- Seguir con la capacitación en primeros auxilios.
- Repartir tanques y bolsas para recoger basura.
- Arreglar la escuela para niños
- Bienestarina para niños.
- Kit de primeros auxilios
- Kit para parteras y capacitar una
- Habilitar centro de deporte y cultura.
- Atención regular para el adulto mayor
- Visita regular de médico y enfermera

Con estos compromisos se finalizó la intervención en el municipio de Bahía Solano y sus comunidades de Poza Mansa y el Barrio Onetti.

Lecciones Aprendidas – Síntesis De Hallazgos y Reflexiones

A manera de síntesis en mi calidad de coinvestigadora en el desarrollo del modelo de atención primaria en salud en el municipio de Bahía Solano, he podido constatar la situación de aislamiento social y marginalidad de estas comunidades rurales del departamento del Chocó. Las dificultades de acceso al municipio y la situación social, producto de la pobreza y la presencia de actores del conflicto armado han afectado las condiciones de vida de sus pobladores.

En relación con los determinantes sociales en salud para esta población del litoral pacífico incluyen situaciones de deficiencia en el acceso a la educación, a la alimentación, al saneamiento básico (no tienen acceso a agua potable, ni de buena calidad, malas condiciones de alcantarillado en la comunidad urbana e inexistencia en la comunidad rural, hogares con inadecuada eliminación de excretas), manejo inadecuado de residuos sólidos tanto a nivel familiar como en la disposición final, difícil acceso a la salud. Estos indicadores hacen que estas comunidades estén categorizados con necesidades básicas insatisfechas (NBIS), generadoras de los niveles de pobreza.

Otro aspecto que configura la vulnerabilidad en estas comunidades es estar ubicadas en áreas de riesgo de desastres, tanto de la naturaleza como inundaciones, movimientos de masa y sismos, como provocados por el hombre, producto del actuar en la región de los grupos armados. Este último aspecto complejizado por su ubicación estratégica para el transporte drogas ilícitas a Panamá y por el tráfico interno en las comunidades.

El municipio de Bahía Solano tiene grandes dificultades con los datos de población, ya que la información que arroja el DANE no coincide con la población reportada por el Sisben,

esto influye en los indicadores, como es el caso de educación y salud, ya que no corresponden a la realidad de los territorios. Tienen una población no asegurada que de acuerdo a lo que plantea el Sisben es mayor a lo que reporta el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las instituciones que prestan los servicios de salud son muy escasas y con coberturas en el área urbana limitada y escasa o nula en las áreas rurales.

Fundamentados en ello se hace la construcción del modelo con las comunidades de Bahía Solano: comunidad indígena de Poza Mansa y comunidad urbana del barrio Onetti. Esta construcción fue participativa durante todo el proceso.

El principal problema de las comunidades es el de la seguridad alimentaria, especialmente en la comunidad indígena, producto de la pérdida de sus tradiciones, por lo que la acción priorizada fue la implementación de huertas, comunitarias en Poza Mansa y familiares en la Comunidad del Barrio Onetti.

El otro problema priorizado ha sido el de saneamiento ambiental, allí se pudo trabajar en conjunto con acciones educativas en las comunidades, pero las soluciones deben venir en términos de infraestructura comunitaria y familiar. Ellos se han organizado para demandar estas necesidades, pero la voluntad política de la Alcaldía es limitada y la de la Gobernación es mínima.

En el manejo de riesgos y accidentes se articuló para el desarrollo de curso de primeros auxilios en conjunto con la Coordinación de Salud del municipio y la ONG Microempresas de Colombia.

Con los grupos se construyó el sistema de monitoreo del modelo, lo cual para ellos ha sido muy importante, ya que les apoya para hacer solicitud a las entidades del municipio y del departamento. Ellos mismos hicieron sus compromisos de grupo para avanzar en el desarrollo de las acciones priorizadas.

A pesar de los logros conseguidos en el desarrollo del modelo quedan pendientes en estas comunidades, los cuales se relacionan con la gestión de las entidades gubernamentales.

Las conclusiones para la política pública se relacionan con:

El desarrollo de este modelo de salud diferencial responde a las características de cada territorio en el municipio de Bahía Solano; a través del fortalecimiento la participación social en espacios colectivos de reflexión, alrededor de las condiciones de vida sociales, culturales y territoriales; que permiten ser analizadas y facilita los acuerdos y la elaboración de propuestas participativas, de empoderamiento y de organización comunitaria e institucional

en la búsqueda soluciones propias a sus necesidades dentro de un modelo de APS diferencial a su territorio, superando las barreras de acceso, respondiendo a las necesidades de una población determinada, de acuerdo a las características de su territorio y generando redes a estas condiciones que permitan el bienestar de la comunidad.

La construcción del modelo fortaleció a los líderes y gestores locales, en capacidades y herramientas para tomar decisiones autónomas y críticas sobre sus recursos y la planeación de los mismos, a fin de lograr representatividad en autoridades locales y nacionales.

Los territorios del litoral pacífico por su ubicación geográfica presentan dificultades de acceso a los servicios de salud, por lo que se requiere mayor atención por parte del Estado para que las comunidades logren implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para esto los gestores o líderes comunitarios requieren fortalecer y desarrollar capacidades cognitivas en acciones o proyectos para autogestión, a fin de garantizar unas condiciones de vida dignas en pro de una calidad de vida para su comunidad.

Es necesario trabajar intersectorialmente para favorecer la corresponsabilidad entre ciudadanía y Estado en la generación de respuestas a los problemas identificados y facilitar el acceso a proyectos, como son los de seguridad alimentaria, la protección del ambiente y la disminución de riesgos de salud y saneamiento.

Para las comunidades es primordial un modelo de salud para su territorio desde sus condiciones de vida donde influye la cultura, costumbres y creencias, y así alcanzar la salud integral, constituida por los cuatro pilares, que son la salud física, la salud emocional, la salud mental y la salud espiritual.

Desde la gobernanza de las autoridades territoriales se deben elaborar planes nacionales, regionales y locales para enfocarse en el cierre de brechas de desarrollo y mejorar el acceso de los territorios de alta ruralidad a servicios básicos, como salud, educación, y a oportunidades de trabajo.

Es muy importante para el municipio de Bahía Solano centralizar y coordinar la ayuda que viene de afuera, tanto desde el país como extranjera. Allí desarrollan acciones muchas entidades pero no se coordinan y terminan realizando acciones atomizadas que no apoyan el desarrollo del municipio

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, N y Vega, RR. El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá – Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 7 (14): 125-144, enero-junio de 2008
- Acosta Ramírez N, Giovanella L, Vega Romero R, Tejerina Silva H, Ríos G, Goede H, and Oliveira S. Mapping primary health care renewal in South America. *Fam Pract.* 2016 Jun; 33 (3):261-7.
- Cerezo y Fernández Prieto. Manual de planificación, monitoreo y evaluación. 2011. Disponible en: <http://186.33.221.24/files/manual%20Monitoreo.pdf>. (Consultado 16/12/2018)
- Chulak Yáñez, E. La gobernanza para la gestión del riesgo en torno a la seguridad hídrica. Superintendencia de Servicios Sanitarios. Gobierno de Chile. Disponible en: http://www.cazalac.org/publico/fileadmin/templates/documentos/SEMINARIO_GOBERNANZA_SEPT_2017/SISS_-_Taller_Gobernanza_Rec_Hid_2017_V2.pdf. (Consultado 10/12/2018).
- Colmenares, Ana Mercedes. Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción. *Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación*, Vol. 3, No. 1, 102-115
ISSN: 2215-8421
- Contaduría General de la Nación. Unidad Administrativa Especial. Resolución 593 del 28 de noviembre de 2017. Por la cual se expide la certificación de categorización de las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) conforme a lo dispuesto en las Leyes 136 de 1994 y 617 de 2000 y 1551 de 2012. Disponible en: http://www.contaduria.gov.co/wps/wcm/connect/a94361ea-354b-4ba4-83ba-7273348e41ce/Resoluci%C3%B3n+593+de+2017.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=a94361ea-354b-4ba4-83ba-7273348e41ce. (Consultado 17/12/2018).
- Delgado-Aguíñaga, Orozco-Mora, & Ruiz-Beltrán. Solución al problema de desacoplamiento mediante un controlador proporcional difuso de un sistema regular de riego con tuberías en paralelo. Ingeniería. Investigación y Tecnología, vol. XIV, núm. 4, octubre-diciembre, 2013, pp. 523-536.**

Departamento Nacional de Planeación. Cierre de brechas sociales, una de las prioridades del Chocó en el Plan Nacional de Desarrollo. 2015. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Cierre-de-brechas-sociales,-una-de-las-prioridades-del-Choc%C3%B3--en-el-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>. (Consultado 17/12/2017)

Fleitman, Jack. Definición tablero de control. {24 de Junio de 2013}. PDF. Disponible en: jcvda.wordpress.com. (Consultado 17/12/2018).

[Gómez G., Luis Fernando](#) and [Zúñiga Escobar, Orlando](#). Metodología para evaluar la vulnerabilidad al cambio climático de hogares rurales de corregimientos de ladera de Cali utilizando lógica difusa. *rev. cienc.* [online]. 2015, vol.19, n.1, pp.89-105. ISSN 0121-1935

Landon-Lane, Chris. Los medios de vida crecen en los huertos. Diversificación de los ingresos rurales mediante las huertas familiares. Folleto de la FAO sobre diversificación 2. Dirección de Sistemas de Apoyo a la Agricultura. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. FAO. Roma, 2005. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/008/y5112s/y5112s00.htm>. (Consultado 18/12/2018)

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003 Jun;38 (3):831-65.

Moisés, A., Prieto, R., Zarate, V. N., Sofia, M., & Fuentes, C. (2013). Artículo de revisión Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar, 30(1), 42-47. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v30n1/a08v30n1.pdf>

Montoya Sanabria, SM. Salud y ruralidad: una mirada a la utilización de servicios de salud en el segundo nivel de atención. Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magíster en Salud Pública. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública (Maestría en Salud Pública). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2014

Organización Panamericana de la Salud. Promocionando la salud en las Américas. Declaración de Alma-Ata. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. (Consultado 14/12/2018)

Rodríguez, Adrián. IV. Pertinencia y consecuencias de modificar los criterios para diferenciar lo urbano de lo rural. En: Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina. Editores: Dirven, M; Echeverri PE; Sabalain, C;

Rodríguez, A; Candia, BD; Peña, C y Faiguenbaum, S. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Republique Francaise. Santiago de Chile. 2011.

Suarez, R; Zamora, S; Conte, C y Olarte, MF. Sistematización de las experiencias desarrolladas en el país de Atención Primaria de Salud -APS - y redes integradas de servicios de salud -RISS- en los niveles territoriales. Resultados, sistematización, análisis y recomendaciones de la evaluación de las experiencias de APS-RISS (versión final ajustada) Convenio 485 MPS y OPS/OMS. Línea de gestión integral en salud pública. Bogotá, enero de 2012.

UNESCO. Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico. Adoptada por la Conferencia mundial sobre la ciencia el 1o de julio 1999. Budapest. Hungría. 1999.

Zúñiga, Orlando. Universidad del Valle. Diseño de huerta comunitaria y huertas familiares. Cali, octubre de 2017

Zúñiga, Orlando. Universidad del Valle. Evaluación de modelo de atención primaria en salud en Bahía Solano utilizando la, lógica difusa. Cali septiembre de 2018.

Capítulo 5. Tumaco, La Perla Del Pacífico: Los Procesos Comunitarios En Relación A La Atención Primaria De Salud En Los Territorios

Paula C. Bermúdez Jaramillo. Claudia Isabel Vivas Tobar. Yolanda Zapata Bermúdez



Fuente: fotografía cortesía de un participante del diplomado en APS realizado con personal de la comunidad y los servicios de salud de pueblo awá, la imagen fue tomada durante sus correrías en el trabajo con las comunidades.

“...no, no hay interconexión eléctrica, esa foto corresponde a una comunidad a 3 o 4 horas de camino monte adentro. Para contar con energía la gente lleva a la espalda pesados galones de gasolina que se usan en pequeñas plantas eléctricas. Algunas casas cuentan con televisores y grandes equipos de sonido, pero las carencias en la infraestructura de las casas son notables ...”

Introducción

En el marco de los objetivos del estudio, se aborda el reconocimiento del territorio a modo de línea base, y con la visión desde los determinantes sociales y la planificación que se puede dar con este marco a la luz del modelo de atención en salud, de tal modo que genere una opinión sobre las posibilidades de intervenir a través de la estrategia de atención primaria en salud renovada, donde se busca fortalecer la intersectorialidad y la participación ciudadana, comunitaria y social; para lograr impactar de manera más efectiva la salud y el bienestar de la población.

Los determinantes sociales de la salud según la OMS 2008, son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos. De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objeto de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas.

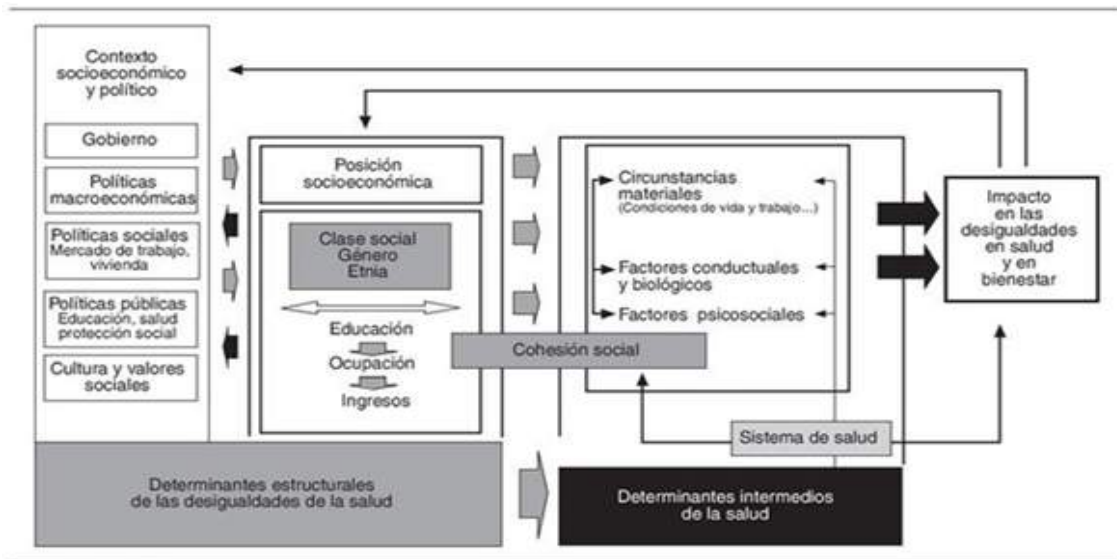
Existen en la literatura diferentes modelos para explicar los determinantes sociales de la salud; para la construcción y análisis de línea base se usó el modelo propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), el cual fue adoptado por el Ministerio de Salud y Protección social en Colombia como marco conceptual para el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 el cual además asume un abordaje con múltiples enfoques: la salud como un derecho, el enfoque diferencial, el enfoque poblacional. Este modelo, representado en la figura 1, de manera general, se compone de los siguientes elementos:

1. Contexto socioeconómico y político: relacionado, con los factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Incluyen los siguientes aspectos: *a)* gobierno en su amplio aspecto; *b)* políticas macroeconómicas *c)* políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, al estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda; *d)* otras políticas públicas (educación, atención sanitaria, etc.), y *e)* valores sociales y culturales, como el valor que la salud y los servicios de salud tienen para la sociedad.

2. Posición socioeconómica: también relacionada con los determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como son: la estructura social, en concreto la clase social, el género y la etnia o la raza.

3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios, los cuales incluyen los siguientes aspectos: *a)* las circunstancias materiales, como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia; *b)* las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social, las situaciones de estrés (acontecimientos vitales negativos), el poco control, etc.; *c)* los factores conductuales y biológicos, como los estilos de vida que dañan la salud, y *d)* el sistema de salud, relacionado con la contribución, así sea baja, de los servicios sanitarios a las desigualdades en salud, especialmente por el menor acceso a ellos y su menor calidad en la atención.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Solár e Irwin¹.

Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, 2010.

Los grupos étnicos en Colombia, habitan en territorios selváticos, dispersos y apartados y allí sufren con mayor intensidad el impacto de los determinantes. Esta situación requiere una atención especial, ya que se evidencia de forma crítica en las oportunidades desiguales que padecen, e impide que logren un completo desarrollo social y personal. Dichas desigualdades, como concluye la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, se originan en las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades y determinan las condiciones en que viven, trabajan y se desarrollan los individuos. La oportunidad de los países, es abordar los determinantes estructurales para incidir en lo que la Comisión ha llamado, las causas de las causas. Una zona del país que requiere intervención urgente, es la Región Pacífica, gran parte de ella se encuentra envuelta en una trampa de pobreza que, no le ha permitido salir de un estado caracterizado por bajos niveles de ingresos y carencias en las condiciones materiales. Galvis, Moyano y Fajardo (2016).

Para la construcción de la línea de base se realizó una revisión de las políticas y normativas relacionadas con los DSS y la APS en Colombia y en el territorio, documentos gubernamentales y reportes realizados por ONG, los planes de vida de las etnias indígenas y los planes de desarrollo rural de las comunidades afrodescendientes. Se obtuvo el aval de la de las instituciones gubernamentales en cabeza de la alcaldía de Tumaco, y encontramos aliados en el personal técnico y de la ESE Centro Hospital Divino Niño. El proyecto además se expuso ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño. Aquí vale la pena mencionar, que a Tumaco llegan anualmente numerosas agencias multilaterales con proyectos dirigidos a mitigar las condiciones sociales de la población, sin embargo, desbordan la capacidad de coordinación por parte de las autoridades del territorio. El IDSN manifestó su interés en participar, y se convirtió en un aliado del proyecto, además como institución cuentan con amplia experiencia a la hora de implementar intervenciones en APS dirigidas hacia poblaciones vulnerables.

Conforme a la metodología planteada investigación-acción-participación (IAP), se presentó el proyecto en diversos grupos sociales de base comunitaria, se convocaron reuniones con líderes comunitarios conocedores de las problemáticas de la región, finalmente, a través de análisis del mapa de actores se reconocieron los aliados a nivel comunitario e institucional. El trabajo se desarrolló con un grupo de líderes de Tumaco. Además viajamos al territorio de dos comunidades étnicas: el pueblo awá que pertenece a la Unidad de Resguardos del Pueblo awá (UNIPA) y al Consejo Comunitario del Rio Gualajo.

Para lograr una construcción participativa en todas las fases del proyecto, al igual que en el resto de territorios, se acordó trabajar en la modalidad de seminarios con opción de acuerdo a la participación, de obtener un diplomada certificado en número de horas y además certificación de la participación en los talleres para las comunidades; se abrió además un espacio de diplomado para los actores institucionales, cuyos contenidos y técnicas didácticas, se organizaron y adaptaron de forma tal que permitieran el diálogo, el intercambio de saberes y facilitaran la discusión para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Los resultados que se describen a continuación responde a situaciones identificadas a través de entrevistas con las autoridades municipales y los actores del sector salud de la región; otros resultados parten de los documentos fuente, se han entretejido explicaciones y hechos rescatadas de las sesiones de trabajo realizadas en los talleres con los grupos comunitarios mencionados. El abordaje inicial con comunidades exploró asuntos como: el concepto de salud; los hechos históricos más sobresalientes que han impactado de forma positiva o negativa la salud y el buen vivir de los habitantes; los factores o aspectos determinantes que impactan la salud de las comunidades en la actualidad, guiados por el modelo de Bloom y representaciones cartográficas de los recursos, los riesgos y las necesidades elaboradas con por las respectivas comunidades. Así mismo se inició el abordaje

de problemas priorizados en la actualidad, y las alternativas de solución que podrían plantearse. En particular el último aspecto se analizó como introducción a la construcción participativa del modelo de APS para el territorio.

Características geográficas

Tumaco es la segunda ciudad más importante de la Costa Pacífica. La superficie del municipio se encuentra dividida en cinco zonas, las cuales tienen dificultades para su integración, por la ausencia de infraestructura para la conectividad y el transporte. Se describen en el POT 2008-2019 vigente, así:

- **La zona de la Carretera:** El eje articulador del Municipio es la vía Pasto-Tumaco, que en el territorio municipal posee una longitud de 92 kilómetros. Comunica a varios centros poblados, como Llorente, La Guayacana, Tangareal y Buchely. De esta carretera salen ramales viales menores que se conectan con los ríos: Mira hacia el sur, y Caunapí hacia el norte. En esta zona, Llorente es el principal centro poblado, cerca del límite final del municipio. La zona de carretera se caracteriza por la alta presencia del cultivo de palma de aceite y cacao. Actualmente, el cultivo de arroz también está tomando mucho auge en las comunidades del área

- **Zona de altas colinas:** Están alejadas de la carretera. Pobladas principalmente por indígenas de las comunidades awá y Eperara Siapiadara. Tienen dificultades de movilización, ya que su sistema de conectividad y transporte se reduce a una red de senderos y caminos; se constituye como una zona de baja integración.

- **Zona Mira - Mataje:** El río Mira -y sus brazos hacia el mar- es el principal integrador acuático y conector del área. Es una zona poblada por comunidades afro descendientes principalmente, con una relativa relación fronteriza con Ecuador, la cual se espera sea fortalecida, una vez se termine la construcción de la vía Espriella-Mataje.

- **Zona de Ríos de la Ensenada:** Los ejes integradores de esta zona son los esteros, que permiten la comunicación acuática entre centros poblados y caseríos. La integración socio económica en esta zona es baja, por razón de las condiciones climáticas y de las mareas - en bajamares hay restricción de la navegación - a lo cual se suma el costo del transporte acuático y las condiciones económicas precarias de la comunidad de la zona.

- **Zona costera:** Es la zona en donde los poblados y caseríos se comunican principalmente por vía marítima y fluvial. Su nivel de integración es menor a las anteriores, debido a los altos costos de este modo de transporte. La zona incluye a San Juan de la Costa; Pital de la Costa y Playa Caballo, al norte del Municipio.

A nivel territorial, el municipio de Tumaco está compuesto por 365 centros poblados (veredas) en su área rural, y por cinco (5) comunas en su área urbana, en las cuales se encuentran los barrios.

La zona urbana en el área continental, destinada para el Nuevo Tumaco y para la zona de expansión de este, se constituyen en la actualidad en el espacio geográfico y social que representa el futuro urbanístico, económico y social del Municipio. Este espacio del territorio está comprendido entre el puente de Agua Clara (Km 16) y el Km 23 en la vereda de Chilví. Sobre la margen izquierda de este recorrido limita con el río Caunapí, mientras que por la margen derecha con el río Mira. Es de gran interés de la Administración Municipal, que la zona urbana del Nuevo Tumaco mantenga su conectividad con el Mar Pacífico y con los ríos y esteros del territorio, para generar impulso a la economía local desde esta localización geográfica particular, e igualmente para mantener a la comunidad a tono con su vocación turística y de recreación en las actividades acuáticas, fluviales y marítimas.

La ubicación geográfica de Tumaco se convierte en un determinante social estructural, dado que como plantean Galvis et al, 2016, las barreras naturales que impone el medio geográfico como es el caso en la región Pacífica, le impiden tener una mayor conectividad con el resto del país, y ello genera restricciones para el diseño o ejecución de políticas que permitan superar la pobreza. El DANE identifica el nivel de pobreza de las regiones, a través del Índice de Pobreza Multidimensional- IPM, donde se observa que, a pesar de la reducción del porcentaje de personas multidimensionalmente pobres, que pasó de un 42,7% en el 2010 a un 33,8% en el 2015, el Pacífico se convirtió en la región más rezagada con respecto al mismo indicador, lugar que ostentaba el Caribe en 2010.

Contexto socio- económico y político

Gobernanza y Políticas

La administración municipal está a cargo del Alcalde y su respectivo gabinete que, para el momento de la entrevista inicial para el aval del proyecto, estaba compuesto por siete secretarías: Salud, Educación, Agricultura, Planeación, Gobierno y Secretaria General.

Las políticas municipales están formuladas en el Plan de de Desarrollo Municipal en el marco de las políticas macro definidas en el Plan Nacional de Desarrollo. Una limitación identificada en el proceso de construcción de esta línea base, fue que la alcaldesa que dio el aval del proyecto fue declarada inhabilitada para ocupar el cargo en diciembre de 2016 y hasta el mes de marzo del 2017, se eligió un nuevo alcalde, con los cambios que implica dado el nombramiento de un nuevo gabinete y nueva formulación o ajustes al Plan de Desarrollo, que indudablemente afecta la continuidad o finalización de los proyectos y programas en curso. A parte de los cambios de alcalde, otros hechos alteraron la estabilidad de la alcaldía; el alcalde electo fue suspendido durante 3 meses de su cargo por hechos relacionados con decisiones administrativas relacionadas con la ESE de primer nivel de complejidad, hospital Divino Niño.

Sin embargo, para el caso de las políticas públicas en salud, se esperaba continuar con la ejecución de los programas, proyectos y ajustes derivados de la aplicación de la políticas nacionales y departamentales, pues muchos de estos programas por la categoría del

municipio, dependen de las orientaciones y recursos del Instituto Departamental de Salud de Nariño, como ha sido la implementación y ejecución de la estrategia de atención primaria que se ha orientado desde este nivel.

En el Plan de Desarrollo 2015-2019, se refleja en modo abreviado la intención de trabajo por la equidad y el favorecimiento de las condiciones de vida de la población. Los responsables del sector salud en el momento de su declaración, muestran la aplicación de las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) al delimitar en su objetivo una declaración que considera los DSS:

“...Buscar la afectación y atención positiva y equitativa de la salud-enfermedad de la población Tumaqueña, como el resultado de la trama de relaciones, balances, interacciones y tensiones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas, y los determinantes estructurales e intermedios de la salud, presentes en el territorio, que afectan la calidad de vida y el estado de salud de la población, y de la gestión, prevención y atención de la salud a través de las diez (10) dimensiones prioritarias y transversales para la vida, establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)”.

Lo anterior se concreta, en la estructura de programas del Plan de Desarrollo, como el “PROGRAMA: SALUD PARA EL SER HUMANO”; cuyo objetivo, al igual que el eje estratégico, se ajusta a las directrices de la Política Nacional en Salud, y se enmarcaba en la estrategia que ha definido el MSPS para abordar los DSS a partir de las dimensiones prioritarias y transversales:

“...Garantizar la prevención, el acceso, abordaje, atención y recuperación efectiva e integral de la salud-enfermedad de la población Tumaqueña, propiciando entornos cotidianos saludables, promocionando la salud mental, convivencia, prevención y atención de las diferentes formas de violencia; buscando garantizar el derecho a la alimentación sana, con equidad en las diferentes etapas del curso de vida, el ejercicio pleno y autónomo de los derechos sexuales y reproductivos, el disfrute de una vida sana, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables, atendiendo los riesgos de emergencias o desastres, y sus efectos negativos en la salud humana y ambiental, y el bienestar y la protección de la salud del Talento Humano, articulado con el CONTRATO PLAN ACUERDO ESTRATÉGICO PARA EL DESARROLLO DEL TERRITORIO de la Nación con el Departamento de Nariño”.

Al revisar la gobernanza en el territorio preocupa la inestabilidad política que ha afectado a municipio, no solo en la vigencia 2016-2019, sino, desde vigencias anteriores. La gobernanza del municipio afectar directamente la estabilidad y el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan de Desarrollo. Como plantea Flores 2010, en la gobernanza asociada al desarrollo y la gobernanza en los sistemas de salud, los procesos para la toma de decisiones, afectan directa o indirectamente al sistema, y están mediados por actores estratégicos y organizaciones que obedecen reglas de juego y otros procedimientos formales e informales, y a su vez dichos actores utilizan recursos de poder para influir el sistema; la situación actual

en el Municipio de Tumaco tiene un alto grado de incertidumbre en los logros que se buscan, por el tiempo que se requiere para desarrollar las competencias técnicas necesarias para asumir este proceso de gobernanza local del sistema de salud en el territorio. Ante la difícil situación que deben enfrentar en temas como salud, el reto futuro en el tema de la gobernanza del sistema de salud es alto, debido que el Congreso de la República aprobó en junio de 2018 el acto legislativo que eleva a la categoría de Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico al municipio de Tumaco

Cultura y valores sociales

Según el Plan de Desarrollo 2016-2019, en el municipio de Tumaco:

“Existen aproximadamente 22 grupos de danza y música tradicional. De estas organizaciones, muy pocas se encuentran legalmente constituidas como Fundaciones y Organizaciones culturales, las cuales en su mayoría son integradas por niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Las personas mayores se dedican a la práctica de la música a través de los cantos tradicionales. En la zona rural, el proceso de la danza y la música se dinamizan a través de las instituciones educativas. El municipio ha incursionado en el género de música urbana, en el cual existen alrededor de 50 grupos urbanos, incluyendo a los solistas. Los grupos están ubicados en diferentes barrios de la zona urbana, sus integrantes son jóvenes y adolescentes que han encontrado en la música urbana, un medio para utilizar adecuadamente el tiempo libre, y sin ningún apoyo institucional continúan desarrollando sus habilidades.

El sector de los artesanos está conformado aproximadamente por unas 30 agrupaciones, incluyendo a los Joyeros, las cuales son personas que se dedican al rescate, tanto de la artesanía tradicional, como de otro tipo de artesanías generalmente en oro.

En el Municipio existen aproximadamente 5 procesos de Lutheria, dedicados a la construcción de instrumentos tradicionales, entre los cuales sobresale la Fundación Escuela Folclórica del pacífico Sur Tumaco, que cuenta con el taller más grande de construcción de instrumentos en el Municipio. En su mayoría, estos instrumentos los construyen adolescentes y jóvenes, pero existe gran debilidad para la comercialización de dichos instrumentos, tanto en el mercado local como en nacional.

Una de las grandes debilidades del Municipio, es no contar con espacios e instalaciones Culturales, para lo cual solo existe la Casa de la Cultura, cuyo espacio y funcionamiento anteriormente era para un Teatro, denominado “Teatro Balboa”, razón por la cual sus condiciones son inadecuadas para el funcionamiento de la Casa de la Cultura. En iguales condiciones se encuentra la escuela de música, donde funciona la escuela de música tradicional y la orquesta Sinfónica, ya que estas no son las instalaciones adecuadas para el funcionamiento de estos. Existe una Biblioteca Municipal, ubicada en la zona del barrio la Ciudadela, cuya infraestructura fue donada por la Embajada Japonesa, pero tiene

una debilidad en su dotación física y conectividad para prestar una más amplia gama de textos y acceso a la web en entornos pedagógicos y culturales”.

Con relación a los valores sociales, preocupa a las autoridades y comunidad en general, la influencia de grupos al margen de la ley, que ha tenido implicaciones importantes en cambios negativos en los valores de los jóvenes, por la posibilidad de adquirir “dinero fácil”, situación que en la mayoría de los casos desemboca en la violencia extrema que en los últimos años se ha constituido en un flagelo para la población del municipio, aspecto mencionado más adelante.

Pero también, se encuentra una fortaleza en las capacidades y habilidades artísticas de una gran parte de la población, las cuales pueden ser oportunidades para avanzar en el desarrollo humano y si se logra posicionar estos talentos, podría también lograrse avances en los niveles de vida.

Al respecto, se presentan los conceptos y posiciones de una profesional en Sociología (inf 12), experta en trabajo comunitario, obtenidos a través de una entrevista a profundidad que se le realizó:

“Existen expresiones artísticas dedicadas al canto y el baile, que fortalecen los lazos entre las comunidades afrodescendientes de la región pacífica. Un ejemplo de ellas, es la Red de Mujeres Cantoras, conformada por integrantes de todas las edades, que promueve lazos, aumenta la cohesión social y aporta al desarrollo de la autonomía femenina. Actualmente la gobernación de Nariño está apoyando un proyecto en una convocatoria de proyectos culturales.” Los proyectos van encaminados al apoyo de la red de cantadoras, *“...la música nos unió, pero las mujeres no solo cantan, las mujeres son parteras, son curanderas, cocineras tradicionales, son artesanas, las mujeres son docentes, manejan el tema de etnoeducación, quieren producir contenidos pedagógicos... hay una potencialidad enorme en el territorio...”*. (infor 12)

La red apoya iniciativas de emprendimiento, se han dado proyectos como el de *“La cocada, la conserva y el guarapo”* en Iscuandé. Es realizado por una organización de mujeres –Cantando por la vida- y han recibido apoyos para participar en ferias y comercializar sus productos. (infor 12).

El proyecto rescató la importancia de los grupos de canto, *“...aquí los grupos de danza contrataban a los grupos de canto, los de danza eran los que se llevaban la maleta de plata...”* (infor 12). *“Las mujeres empezaron a funcionar de manera diferente; aunque esto no es ajeno a problemas por rivalidades y celos que se dan por el protagonismo, sobre todo en mujeres mayores. Durante los 7 años de surgimiento de la Red, se ha logrado el reconocimiento de la mujer cantadora del pacífico sur. Las cantadoras van por generaciones, muchas de ellas son docentes y tienen semilleros, en la actualidad llegan a más de 600 mujeres cantadoras participantes en la red.”* (infor12)”.

Posición socioeconómica

Al iniciar el proyecto en 2016, estaba vigente la resolución 679 del 28 de noviembre de 2016, por medio de la cual se expide la certificación de categorización de las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) conforme a lo dispuesto en las Leyes 136 de 1994 y 617 de 2000, el municipio de Tumaco estaba certificado con categoría 4. En 2018 pasa a ser Distrito Especial, Industrial, Portuario, Biodiverso y Ecoturístico según acto legislativo n° 2 del 17 de julio de 2018.

Aspectos poblacionales y clases sociales

La población urbana de Tumaco es de 114.224 habitantes, ubicados en 37.8 Km cuadrados; mientras que la población rural es 89.747 habitantes, ubicados en 3.740 Km cuadrados; de donde se puede colegir que la densidad poblacional del casco urbano de Tumaco está muy lejos, por encima de la rural, demostrándose otra vez que la comunidad rural municipal abandonó su territorio original en el campo, en búsqueda, tanto de seguridad, por las razones ya conocidas, del narcotráfico, la violencia y el terror en el territorio, como por la necesidad de encontrar mejor futuro “en la ciudad”, en educación, salud, trabajo y demás actividades de la cotidianidad humana y social.

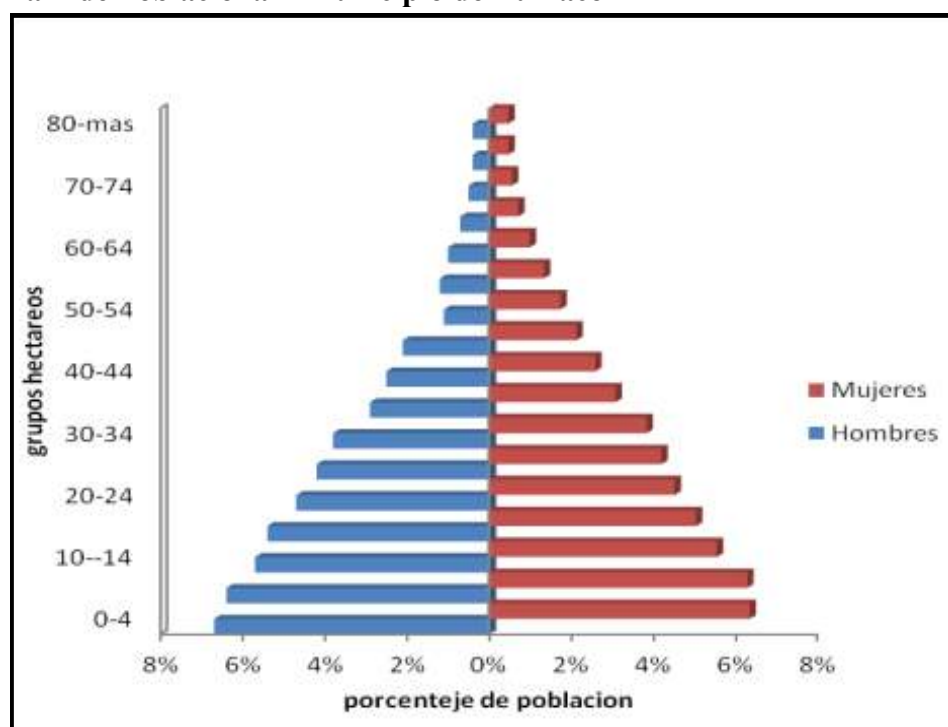
Según el DANE la distribución poblacional del municipio de Tumaco al año 2.015, se encuentra concentrada en la cabecera, donde habitan más de la mitad de sus habitantes (tabla 1).

Tabla 1. Distribución urbana/rural, sexo y potencial actividad de la población en Tumaco

Total población en el municipio	199.659
Porcentaje población municipal del total departamental	11,45%
Total población en cabeceras	111.589
Total población resto	88.070
Total población hombres	99.858
Total población mujeres	99.801
Población (>15 ó < 59 años) - potencialmente activa	115.407
Población (<15 ó > 59 años) - población inactiva	84.252

Según el análisis situacional de salud - ASIS, 2012, del municipio de Tumaco, la estructura de la población muestra un tipo de pirámide expansiva (con gran concentración de población joven, particularmente menores de quince años), de amplia base y rápido adelgazamiento ascendente hacia su cúspide; lo que en términos generales da cuenta de una población con altas tasas de natalidad y mortalidad, y para este caso específico, con exposición a procesos migratorios. Ver figura 2. Naturalmente, en la anterior cifra se incluyen aquellas personas en situación de desplazamiento que aún se mantienen dentro del municipio (desplazamiento interno); sin embargo, esta referencia respalda la amplia variabilidad a la que está expuesta la proyección poblacional.

Figura 2. Pirámide Poblacional - Municipio de Tumaco



Fuente: Proyección población -Tumaco. DANE 2012

Es importante resaltar que la migración de las comunidades rurales al casco urbano, está relacionada con la escasa presencia del Estado en la zona rural y la falta de condiciones y servicios básicos en esa zona. Además, contamos con un talento humano muy grande, pero poco tecnificado, lo cual aumenta las brechas de productividad y competitividad de las comunidades y de sus desarrollos productivos y económicos, abriéndose paso en la economía cada vez más la informalidad.

La población que emigra hacia el Municipio de Tumaco, proviene históricamente del mismo municipio en su zona rural, y recientemente también de otros lugares de la región sur occidental del país, y de toda la Nación. Desde hace varias décadas hay un alto nivel de

desplazamiento de la propia comunidad municipal de las veredas o centros poblados rurales, hacia la zona urbana insular del Municipio, en razón a la ausencia de políticas públicas en la zona y de inversiones en el territorio, básicamente en educación, salud, desarrollo productivo e infraestructura.

Por otro lado, a partir de los años 80(s), por presencia de la subversión en el territorio, se produce otra razón para que la comunidad huyera hacia la zona urbana; y a partir del año 2.001 entraron al territorio las denominadas AUC, en representación de los grupos paramilitares, y con el recrudecimiento del conflicto armado en los mismos centros poblados, robustecido en la actividad del narcotráfico, se desbordó definitivamente la migración campesina desde la inmensidad del territorio municipal, al casco urbano de Tumaco.

Población Étnica

El municipio de Tumaco cuenta con la presencia ancestral de dos poblaciones étnicas preponderantes, a las cuales les ha sido reconocida la pertenencia colectiva y presencia de gran cantidad del territorio, a través de la Ley. Son las comunidades Afrocolombianas o Negras y las Indígenas. Igualmente, hacen presencia minoritaria en el territorio, con muy poca población, etnias como los Rom o gitanos, raizales y palenquero, y en una mayor proporción los mestizos. Los pueblos Indígenas, en medio del conflicto, han afrontado la pobreza y el atraso, la inseguridad alimentaria, marginamiento y el riesgo de la extinción de gran parte de sus comunidades y pueblos. Para las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras, el conflicto armado ha intensificado la pérdida de sus territorios colectivos, agudizando su situación de pobreza y atraso, el desplazamiento y confinamiento, la vulnerabilidad extrema y el debilitamiento de sus organizaciones y estructuras comunitarias.

La distribución de la población por grupos étnicos según el DANE a 2.015 es la siguiente:

Tabla 2. Distribucion de la población por grupos étnicos

GRUPO ÉTNICO	HABITANTES
Total población indígena	9.939
Total población negro, mulato o afrocolombiana	129.424
Población ROM-	--
Población Raizal	66
Población palenquera o de Basilio	1

Fuente: DANE 2015

Población Indígena

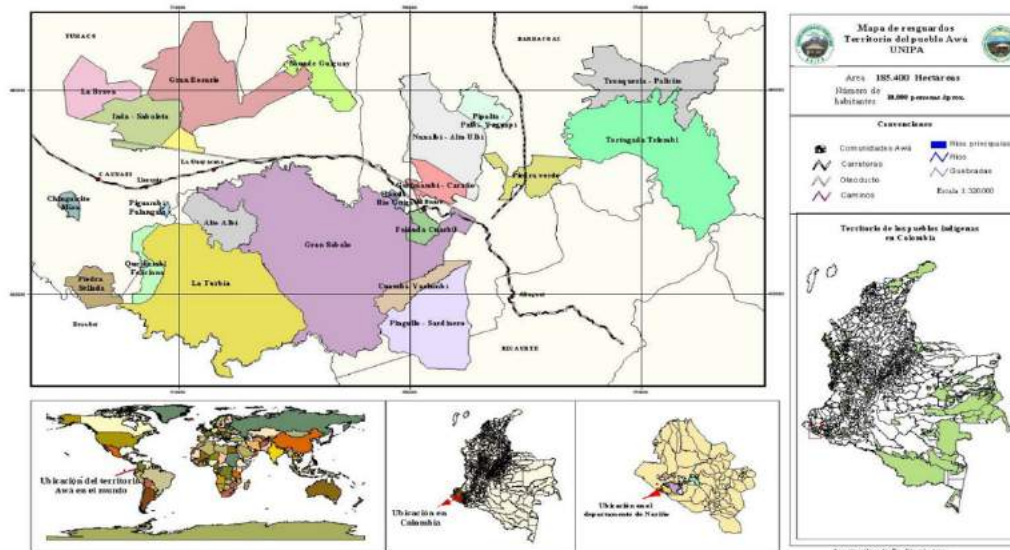
En Colombia, la etnia awá se organiza a través de 3 grupos poblaciones establecidos: el primero en mención, el Cabildo Mayor Awá de Ricaurte CAMAWARI con 10.500 habitantes; el segundo es la Unidad Indígena del pueblo awá UNIPA. Está integrado por 20.200 indígenas y el tercero, la Asociación de Cabildos Indígenas del Pueblo awá del Putumayo – ACIPAP, formada por 4604 habitantes. En el pacífico colombiano habitan los dos primeros, mientras que ACIPAP se asienta en Putumayo. El Cabildo Mayor Awá de Ricaurte CAMAWARI constituye cerca del 85% total de la población del municipio de Ricaurte, y habita 107.000 hectáreas de territorio. Una parte de los resguardos se encuentran entre Ricaurte y la frontera con Ecuador y por allí están Nulpe Alto, Nulpe Medio, Magüi, Pialapí-Pueblo Viejo, Cuascuabí, Cuchilla del Palmar, Vegas y Quaiker Viejo. Al lado norte de Ricaurte se encuentran los Resguardos de Alto Cartagena, Palmar Imbí, Gualcalá y Ramos Mongón en los límites con Samaniego, en el municipio de Santa Cruz Guachavez se encuentra también el Resguardo del Sande que es intercultural con el pueblo Pasto. En total son once resguardos. (Plan de Salvaguarda Étnica Awá, pág. 7.)

La segunda parte de la etnia Awá está organizada a través de la Unidad Indígena del Pueblo awá UNIPA. Se encuentran asentados en 22 resguardos legalmente constituidos y seis en proceso de constitución. Habitan un total de 210.000 hectáreas en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Ricaurte, Roberto Payán y Samaniego en Nariño. El territorio se encuentra en una altitud entre 200 y 1.200 metros sobre el nivel del mar, en el pie de monte costero de la región pacífica, es un ecosistema frágil de selva húmeda tropical. (Plan de Salvaguarda Étnica Awá, pág. 7.)

Las Comunidades Indígenas que tienen asiento en el municipio de Tumaco, se encuentran organizada política y administrativamente por cabildos. Actualmente se encuentran legalmente reconocidos los cabildos de Gran Sábalo, Gran Rosario, Hojal la Turbia, Piedra Sellada, Pulgande, Inda, Sabaleta, Campo Alegre, Santa Rosita, La Brava y Piguambí Palangala.

Estos Cabildos se encuentran asociados entre sí como se mencionó a través de la UNIPA, que es la asociación de autoridades tradicionales y cabildos indígenas Awá. Ver figura 3. Esta entidad sin ánimo de lucro, que fue creada en 1990, es la encargada de trabajar por el bienestar de la comunidad Indígena del Municipio.

Figura 3. Mapa de Resguardos Indígenas del Municipio



Fuente: Plan de Desarrollo Estratégico pueblo indígena awá de Nariño, en el PMD-Tumaco 2016-2019

Las acciones emprendidas por la organización han respetado siempre las leyes nacionales, junto con los usos y costumbres del pueblo awá. Algunas de sus iniciativas son consideradas logros de la voluntad comunitaria, tales como la implementación de un sistema de comunicación radial propio (emisora indígena La Voz de los Awá), el Centro de Capacitación Awá, la Institución Educativa Bilingüe IETABA con profesores indígenas, la IPS Indígena Awá, entre otros. De manera que ellos se ocupan del manejo de sus propias Instituciones Educativas y de Salud: Cuentan con profesores y enfermeras indígenas, con el fin de organizar y legalizar el territorio.

Las autoridades Awá de los resguardos indígenas, en los últimos siete años gestionan y ejecutan los recursos del SGP que han sido destinados a programas prioritarios de salud, educación, producción, construcción de obras de infraestructura y desarrollo institucional.

Una de las situaciones más preocupantes actualmente entre la población indígena, es la migración, ya que para el pueblo awá su territorio no tiene fronteras, y por ende existe libertad para trasladarse a cualquier sector dentro de los límites indicados en los municipios de Nariño. Incluso llegan a los territorios Awá que se encuentran en el vecino país del Ecuador. Las situaciones de emigración antes eran muy particulares y escasas entre las comunidades Awá. Actualmente, los problemas del conflicto armado, junto al asentamiento de otras culturas que incursionan entre las comunidades indígenas, dedicadas a los cultivos ilícitos, han generado desplazamientos con agresiones. Han llegado a romper con su estilo de vida propio, el cual cada vez se deteriora, en la medida en que se invade su territorio, su pensamiento, sus propios sueños y los anhelos del futuro.

Población Afro

El 95% de la población municipal de Tumaco es Afrocolombiana, de raza negra y/o auto reconocimiento Afro. Sus formas de vida están íntimamente ligadas al Agua (Mar, Ríos y Esteros,) de donde se provee la mayor parte de los recursos para el sustento diario. Las principales actividades son: agricultura, pesca, recolección de moluscos y crustáceos, quema de leña para extracción del carbón, carpintería y hogar. El 36 % de los hogares tienen a la mujer como cabeza de hogar.

El Municipio incluye a los territorios reconocidos por las comunidades Afro descendientes, que actúan asociadamente a través de la Red de Consejos Comunitarios del Pacífico Sur (Recompas). Son quince (15) consejos comunitarios que cubren aproximadamente 206 veredas del Municipio y una superficie aproximada de 175.570 hectáreas.

Los Consejos Comunitarios de las Comunidades Negras son personas jurídicas cuya creación está autorizada por el artículo 5° de la ley 70 de 1993, que tienen entre sus funciones las de administrar internamente las tierras de propiedad colectiva que se les adjudique, delimitar y asignar áreas al interior de las tierras adjudicadas, velar por la conservación y protección de los derechos de la propiedad colectiva, la preservación de la identidad cultural, el aprovechamiento y la conservación de los recursos naturales y hacer de amigables componedores en los conflictos internos factibles de conciliación.

La Junta del Consejo Comunitario de las Comunidades Negras, representa a la comunidad, lleva sus archivos y tiene funciones relativas a la organización socio-económica de la misma, en principio una certificación suya que indique quiénes son sus miembros y donde realizan sus actividades económicas evidencia una sustentabilidad atendible como medio de prueba.

Según el diagnóstico del PMD- 2016-2019, la Red de Consejos enfrenta grandes dificultades, ocasionadas por los problemas de orden público de la región, identificados claramente en la sentencia T- 025 del 2.003 y el auto de seguimiento 005 del 2.009 de la Corte Constitucional en donde la visualización de la dinámica geográfica del desplazamiento en Colombia, demuestra que los territorios más afectados han sido los municipios con territorios colectivos, en especial en la Región Pacífica.

También se ha podido observar que las comunidades que habitan en el Territorio, viven en una situación de confinamiento, en la que se ve restringido total o parcialmente el ejercicio de sus derechos. Cabe anotar que la Ley 70 de 1993 no ha sido totalmente reglamentada, que aún tiene profundo retraso en su desarrollo, en particular en los capítulos correspondientes al uso de la tierra y protección del medio ambiente (Capítulo 4), la

extracción de los recursos mineros (Capítulo 5) y, con la planeación y el fomento del desarrollo económico y social (Capítulo 7).

Condiciones de vida y trabajo

En la actualidad, gran parte de la comunidad rural habita en el casco urbano, el municipio enfrenta diversos problemas, además de los que ya existían desde el punto de vista económico y social; tales como: el desplazamiento forzado, la desintegración familiar, carencia afectiva, discriminación racial, social y política, violencia física y verbal, abandono, inseguridad, desnutrición, hacinamiento y enfermedades infectocontagiosas.

Es importante resaltar que la migración de las comunidades rurales al casco urbano, está relacionada con la escasa presencia del Estado en la zona rural y la falta de condiciones y servicios básicos en esa zona. Además, cuentan con un talento humano abundante, pero poco tecnificado, lo cual aumenta las brechas de productividad y competitividad de las comunidades y de sus desarrollos productivos y económicos, abriendo paso cada vez más a la informalidad a la economía.

Galvis et al, 2016, plantean que la condición de ruralidad de gran parte del Pacífico colombiano junto con su aislamiento geográfico y debilidad institucional, han permitido que este se convierta en una de las zonas con mayor intensidad del cultivo de coca, lo cual ha traído consecuencias negativas para la región tales como el aumento de los índices de violencia debido a los conflictos entre grupos al margen de la ley, que luchan por el dominio de las áreas cocaleras que son uno de sus principales medios de financiación; el incremento en la población desplazada; la deforestación; y el uso de la tierra para fines diferentes a la tradición agrícola de los habitantes de la Región.

Teniendo en cuenta el Informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, citado por Galvis, 2016, en el año 2014 la región Pacífica aportó cerca del 38% del área sembrada con cultivos de coca en Colombia, seguida de Putumayo-Caquetá (29%), la región Central (17%), Meta-Guaviare (16%), Amazonía (0,5%) y Sierra Nevada de Santa Marta (0,01%). A su vez, el departamento de Nariño es el más afectado con una participación del 25% del área sembrada con coca, seguido del Cauca con un 9%, Chocó (2,5%) y Valle del Cauca con apenas el 0,81% respecto al total nacional.

Con relación a los medios de producción y el empleo, se presentan algunos aspectos, tomados del diagnóstico regional realizado por la Cámara de Comercio de Tumaco, en el año 2015, se plantea que Tumaco basa su economía en la producción agrícola, los cultivos forestales, la pesca y el Turismo. Siendo los productos agrícolas más importantes la palma africana, el cacao y coco, donde el rendimiento en la producción por hectárea, supera en una

proporción cercana a 4:1 el promedio nacional. Tumaco: 20 t/h año. En general, el volumen más importante de las unidades económicas, dentro de los sectores de comercio y servicios, se dedica a proveer productos y servicios básicos para la población y desarrollar actividades relacionadas con el abastecimiento del municipio.

Las actividades económicas que generan mayor empleo, las ocupaciones más demandadas y la participación de personal de diferentes niveles educativos en el Tejido Empresarial del Municipio fueron analizadas y los resultados son: el 53,9% de los registros mercantiles corresponden a entidades dedicadas al comercio, le sigue alojamiento y servicio de comidas (9,1%) y en tercer lugar se encuentran las industrias manufactureras (5,8%); el tipo de ocupación más desempeñado en el Municipio se encuentra en la categoría de obrero o empleado (69%), lo que denota una alta dependencia de económica de la población a los esfuerzos de emprendimiento de un grupo reducido de patrones o empleadores (5%). Por otro lado, los trabajadores por cuenta propia componen el 18%, muchos de los cuales se les considera en situación de informalidad.

El acceso al agua potable y saneamiento básico (alcantarillado y disposición de residuos) es según el diagnóstico del plan de desarrollo, 2016-2019, uno de los problemas más grave, dado que la administración municipal presenta serias dificultades para garantizar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico, en condiciones que se acerquen a los promedios nacionales. La complejidad del territorio, la debilidad presupuestal y todos los problemas asociados al conflicto armado colombiano, regional y local, hacen que este componente genere una de las brechas más alta, en la metodología definida por el DNP.

“Según el Plan de Ordenamiento Territorial de Tumaco (2008 – 2019), la ciudad no cuenta con un sistema de alcantarillado convencional, que dé cobertura a toda la ciudad. Sin embargo, existen sectores como Urbanización Pradomar y La Florida que cuentan con el sistema de red de alcantarillado, pero sin tratamiento alguno, con bombeo directo al mar y en condiciones deficientes en la actualidad...”

Otros barrios cuentan con sistemas no convencionales, tanques sépticos prefabricados, trampas de grasas y filtros anaeróbicos, que procesan la carga orgánica y posteriormente vierten al estero el Pajal a través de un sistema de canales abiertos. En un gran sector de la ciudad predominan los pozos de absorción 61%5 construidos por maestros de obra, sin técnicas de diseño, por lo cual se presenta gran contaminación de las aguas del nivel freático. más del 29 % de las viviendas realizan la disposición final de sus excretas y aguas residuales a campo abierto o directamente a la ensenada. Existe una amplia red de canales en el casco urbano para el manejo y disposición final de aguas lluvias, con una cobertura del 60%, sin embargo los desechos abundan y se produce acumulación aumentando los problemas. Esta es una solo una parte del gran problema de saneamiento ambiental que padece la región.

Otra situación que influye negativamente en las condiciones de vida, de gran parte de la población tanto de la zona urbana como la rural, es el déficit de vivienda digna. Debido a este déficit las viviendas son construidas en zonas subnormales o invasiones. En su gran mayoría, las casas son levantadas con maderas de bajas calidades y condiciones técnicas de construcción. Estas se encuentran en regular y en mal estado; no brindan mayores condiciones de seguridad ante posibles eventos naturales o en situaciones antrópicas que puedan presentarse en un momento determinado. Igualmente, el bajo nivel de sus características constructivas puede facilitar el contagio y proliferación de enfermedades transmisibles. A lo anterior se suma el hecho, que se presentan problemas de hacinamiento en las familias, lo que aumenta el deterioro de las viviendas y de los conglomerados urbanos.

Las viviendas en el casco urbano presentan circunstancias particulares, el manejo de servicios públicos, los desechos, y las formas de construcción denotan gran desorden y un crecimiento urbano no planificado. Las calles y barrios han sido construidos en muchos casos rellenando el suelo para ganarle terreno al mar, los sistemas palafíticos son comunes y están integrados en toda la ciudad. Las condiciones sanitarias ponen en riesgo la salud de sus habitantes.

Fotografía: Vivienda Palafítica en Zona de Bajamar- Tumaco



Fuente: Tomada por las investigadoras

Factores conductuales y biológicos

La costa Pacífica nariñense en general y el Municipio de Tumaco, son hoy escenario de conflictos sociales, donde hacen presencia las BACRIM, FARC, el ELN y otros grupos delincuenciales conocidos como: "nueva generación, rastrojos y águilas negras". Estos últimos, a raíz de la desmovilización de las AUC., así mismo los cultivos ilícitos y el narcotráfico, son principales actores generadores de acciones terroristas, de extorsión y asesinatos selectivos en el municipio y la región. Los cultivos ilícitos en la región se han incrementado con la suspensión de la aspersión aérea, lo cual indica que la estrategia aplicada por el gobierno nacional para tal fin, no ha sido suficiente, y que se requiere de nuevas acciones importantes que contribuyan a salir de estos cultivos, de forma sostenible.

El incremento de los cultivos ilícitos puede obedecer, entre otras causas, a la escasa inversión económica y social en la región, y de apoyo a los sistemas productivos locales. De otro lado, no existe una política contundente para combatir los cultivos ilícitos de una manera diferente a la aspersión aérea.

Las cifras de homicidios en el Municipio, según reporta Medicina Legal, tiene una de las tasas de homicidios más altas del país. Para el año 2.011 fue de 229 homicidios por cada 100 mil habitantes, para el 2.012 de 251, para el 2.013 de 220, para el 2.014 de 144, para el 2.015 de 128 y para el 2.016 de 16 homicidios. Un informe del Observatorio Departamental del Delito, encontró que más del 90 % de las víctimas de Tumaco son hombres jóvenes, entre los 15 y 34 años de edad, y el 66 % de esos crímenes ocurre en la zona urbana. En el Municipio, se juntan: narcotráfico, grupos armados ilegales y pobreza, entre ausencia de políticas públicas contundentes en la educación, productividad e infraestructura. El puerto se convirtió en zona de embarque de la droga, gracias a su gran distancia del centro del país, y a la inmensa red de esteros y ríos que desembocan en su costa marítima.

Durante los últimos años, Nariño es uno de los Departamentos con mayor extensión de cultivos ilícitos, concentrándose aproximadamente el 20 % de la producción nacional (mayor área cultivada de coca en el país, 7.128 ha en 2 006)³⁴. La siguiente gráfica muestra el crecimiento de los cultivos ilícitos

Aunque las distancias son asequibles para el transporte a pie o en bicicleta, hay un déficit en las inversiones para priorizarlos. El municipio no cuenta con infraestructura apropiada, los andes son precarios y las ciclo rutas inexistentes. Lo anterior conduce a la interacción directa de modos no motorizados con modos motorizados de forma inapropiada. La falta de regulación para los vehículos motorizados, ha generado inseguridad vial y sensación de pérdida de identidad peatonal de las vías, produciendo una migración del modo

peatón a los modos motorizados, donde predomina el uso de la motocicleta propia y el uso de servicios de transporte informal como el mototaxismo.

En Tumaco existen 24.630 motos. De este total, según datos de la Unidad de Tránsito y Transporte, 1.500 se utilizan para prácticas de mototaxismo. La cifra se traduce en 0.14 motos per cápita, calificando dentro de un semáforo amarillo, dado la carencia de control por parte de las autoridades sobre su movilidad, lo que genera desorden en las vías del centro de la ciudad, dando lugar a altas tasas de accidentalidad y a situaciones de conflicto en la movilidad, que se incrementan con la falta de cultura al volante y ausencia de campañas educativas.

Fotografía de una Intersección vial en el centro de Tumaco.



Fuente: Google Street View Tumaco

Con relación a los factores ambientales y biológicos, las acciones de los asentamientos humanos han causado una transformación drástica en una escala de tiempo corta de ecosistemas valiosos como bosques primarios, recursos genéticos, nacimientos y reservas hídricas que en su conjunto han sido importantes en el municipio. Y como también suele pasar en zonas de marcada riqueza natural en ecosistemas y biodiversidad, el uso y desgaste de ese potencial ecológico no ha logrado una contribución clara al aumento de la calidad de vida de los habitantes, ASIS 2012.

Con relación a la morbilidad, en el ASIS 2012, se describe la siguiente situación:

Para el año 2012, la primera causa de morbilidad por consulta externa es el PARASITISMO INTESTINAL con 7.591 casos, el grupo etario oscila entre los 5 y 44 años de edad; los menos afectados son de 45 años en adelante. La principal causa para que exista el parasitismo se relaciona con las condiciones deficientes de saneamiento básico que tiene el Municipio de Tumaco; por lo tanto, hasta que no se cuenten con los mecanismos para tener agua potable no se superará esta patología.

- La segunda causa de morbilidad es RINOFARINGITIS AGUDA O RESFRIADO COMUN, enfermedad leve provocada por un virus, las personas presentan síntomas como: moco, nariz tapada, dolor de garganta y de cabeza, tos, ojos llorosos.

- En tercer lugar, se ubican las INFECCIONES DE VIAS URINARIAS, esta enfermedad ataca a todos los grupos etarios, y en todos los géneros, pero se acentúa con mayor frecuencia en el sexo femenino a partir de los 5 años en adelante.
- Otros casos de morbilidad por consulta externa son: Fiebre no especificada, lumbago no especificado, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, gastritis no especificada, cefalea y neumonía no especificada.

Las 10 primeras causas de egreso hospitalario son: 1) Neumonía no especificada, 2) Parto Único espontaneo, 3) Trabajo de parto obstruido, 4) Diarrea y gastroenteritis, 5) Aborto espontaneo incompleto, 6) Hipertensión arterial, 7) Asma no especificada, 8) Infecciones de las vías urinarias, 9) Sepsis bacteriana del recién nacido, y 10) Celulitis de otras partes de los miembros.

Las principales causas de mortalidad son: 1) Lesiones (Homicidios) inclusive secuelas, 2) Enfermedades cardiovasculares, 3) enfermedades Isquémicas del corazón, 4) Enfermedades Hipertensivas, 5) Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores, 6) Accidentes transporte terrestre, inclusive secuelas, 7) Diabetes Mellitus, 8) Ahogamiento y sumersión accidentales, 9) Enfermedades del sistema urinario y 10) Enfermedades del sistema digestivo.

Por último, los indicadores básicos de salud, presentados en este ASIS, son:

Tasa general de mortalidad: 3,4 X 100.000 Hb

Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año): 58 x 1.000 NV

Mortalidad en menores de 5 años: 26,9 x 1.000 nacidos vivos

Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios: 80%

Porcentaje de curación de TB con Bacilos copia +: 84%

Desnutrición global: 11%

Tasa de mortalidad por SIDA: 5,5 x 100.000 habitantes

Prevalencia de VIH de 15 A 49 años: (179 casos, tasa 0,193)

Tasa de sífilis congénita: 15,23 x 1000 Nacidos Vivos

Tasa de sífilis gestacional: 29,56 x por 1.000 nacidos vivos

Sobrepeso en adultos: 36,6

Mortalidad por Malaria: (1, tasa 0,55 x 100.000 habitantes)

Mortalidad por dengue: 0

Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año: 84,80

Cobertura de vacunación con triple viral en niños de 1 año: 84%

Tasa de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino: 5,04 x 10.000 mujeres de 10 a 54 años

Tasa de mortalidad de 0 a 17 años por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes y violencia): 5,1 x 10.000 niños y niñas de 0 a 17 años

Prevalencia de VIH al Nacer: 0

Porcentaje de partos en adolescentes de 15 a 19 años: 22%, fuente DANE 2011.

3.3 Factores psicosociales

Los problemas sociales y el deterioro del tejido comunitario se sienten agudamente en los barrios de la ciudad, los cuales crecen rápidamente en las áreas marginales, donde se re-asientan las familias de desplazados, inmigrantes y los extremadamente pobres.

Las limitadas oportunidades en la ciudad, han afectado e influenciado a la población infantil y juvenil, y se manifiestan en violencia, baja autoestima, agresividad y resentimiento, lo cual dificulta su integración social. Son familias con promedios de cinco integrantes y un alto porcentaje de mujeres cabeza de hogar. Su nivel de vida es de extrema pobreza; es frecuente encontrar entre la población adulta, analfabetismo funcional, que limita el desarrollo intelectual, social y económico de la comunidad. Son estas condiciones las que propician la vinculación al conflicto armado por parte de los adolescentes y jóvenes del municipio de Tumaco.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y SALUD PROPIA

Prestación de servicios de salud

El Municipio de Tumaco cuenta con dos IPS públicas denominadas Empresas Sociales del Estado:

- Una ESE de primer nivel de complejidad en la atención y carácter municipal: Hospital Divino Niño., el cual tiene 42 sedes distribuidas a nivel Urbana y rural (carretera, costas, ríos) con un mínimo porcentaje de puestos en mal estado de infraestructura. Debido a los problemas de orden público en el municipio, en ocasiones se carece de personal médico y paramédico para laborar en dichas zonas, ya que no se puede garantizar su seguridad; lo cual incide en que se presenten indicadores negativos, pues la población no recibe la atención de manera oportuna. De otro lado, la influencia en la comunidad de condiciones ambientales desfavorables, como el no consumo de agua potable, la ausencia de alcantarillado y una disposición final de residuos sólidos no adecuada a las necesidades, han ocasionado situaciones degradantes para los habitantes del Municipio, alterando su estado de salud con

la aparición de diversas patologías que han requerido de intervenciones inmediatas por parte del sistema de salud de las entidades prestadoras que operan en el Municipio.

- Una ESE de segundo nivel de atención, de carácter departamental: Hospital San Andrés de Tumaco, ubicado en la zona continental del Municipio. Tiene cobertura regional, es una institución de mediana complejidad y del orden Departamental. Con sus nuevas instalaciones, esta institución presta sus servicios a los municipios de la Costa Pacífica nariñense; cuenta con los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Quirófanos, Medicina General, Medicina Pediátrica, Anestesiología, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología, Urología, Medicina Interna, Dermatología, Radiología, Laboratorio Clínico, Ecografía, Electrocardiografía, Terapia Física, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Puesto Transfusional, Nutrición/Dietética, Colposcopia, Servicio de Ambulancia y Remisión y Atención al Usuario. Por problemas financieros, de dotación, profesionales y equipamientos, ha reducido sus servicios, a menos del 50%, lo cual pone al municipio y a los municipios de la costa pacífica de Nariño en un riesgo inminente frente a la atención en salud.

Además, cuenta con 12 prestadores de servicios de salud de carácter privado y dos de régimen especial.

Aseguramiento

En el tema de afiliación al SGSSS, el comportamiento en Tumaco es similar al resto del departamento, el 16% de la población pertenece al régimen contributivo y 82% al régimen subsidiado; y el 2% restante pertenece a régimen especial (tabla 3). Al analizar la población por sexo, las tendencias en afiliación se conservan, con una participación de hombres y mujeres en el régimen subsidiado del 82%, en el contributivo con 16%, y 2% de afiliados en el régimen especial (tabla 4).

Tabla 3. Población afiliada al SGSSS en Tumaco y en Nariño

Municipio	Total contributivo	%	Total excepción	%	Total subsidiado	%	Total afiliados
Tumaco	28.532	16	4.134	2	146.852	82	179.518
Total Nariño	271.022	19	30.645	2	1.133.207	79	1.434.874

Fuente: Base de datos SISPRO, 2016

Tabla 4. Población afiliada al SGSSS por sexo

	Mujeres				Hombres			
	Contributivo	Excepción	Subsidiado	Total mujeres	Contributivo	Excepción	Subsidiado	Total Hombres
Tumaco	14.337	2.462	75.308	92.107	14.195	1.672	71.544	87.411
Total Nariño	176.247	25.804	925.162	1.127.213	175.142	19.934	881.398	1.076.474

Fuente: Base de datos SISPRO, 2016

Las EPS **régimen contributivo** que tiene afiliada la mayor población en su orden en el municipio son: CAFESALUD actual MEDIMAS, COOMEVA y COMFAMILIAR NARIÑO, y en los regímenes subsidiados son, EMSANAR, ASMETSALUD, y MALLAMAS.

Salud propia

La constitución política de 1991 define a Colombia como una nación multiétnica y pluricultural, lo cual implica el reconocimiento, respeto y protección de las diferentes culturas que se encuentran en el territorio. Si bien se han registrado avances, la implementación de políticas incluyentes ha atravesado varias dificultades. Hoy en día las culturas indígenas cuentan con protección a nivel mundial; por ejemplo, la ONU, la CIDH y la OMS han formulado normas y declaraciones en este sentido.

El carácter de propio está dado por la consulta previa que es un derecho fundamental de los grupos étnicos de participar y ser consultados cuando se toman medidas legislativas o administrativas que afecten a su comunidad o cuando se decide con respecto a su territorio.

En este contexto se ha trabajado en Colombia en la implementación de Sistemas Indígenas de Salud Propios e Interculturales – (SISPI). La Interculturalidad está dada por la inevitable integración con el Sistema de Salud del país que corresponde a la Medicina Occidental. Es así como se conformó la mesa permanente de concertación, compuesta por 15 delegados indígenas que han sido elegidos por cuatro organizaciones y que representan los intereses de los 87 pueblos indígenas que habitan en todo el territorio nacional.

Esta iniciativa indígena ha tenido el permanente acompañamiento del Ministerio de Salud y en dicha mesa, se trabajan aspectos relacionados con el PIC, adecuaciones interculturales de la prestación de servicios de salud y del Plan Decenal de Salud Pública, la

formación del recurso humano tradicional en salud; la definición de la suficiencia de la UPC, entre otros.

El SISPI va más allá de garantizar la cobertura en salud que se brinda a todos los colombianos, ya que es un sistema adecuado a las necesidades de cada grupo étnico, y contempla su cosmología, de forma tal que permite de manera autónoma acceder a un servicio de salud hegemónico y/o tradicional según el caso. Esto se refleja, en el caso del Tumaco, con el Pueblo awá, que han logrado organizarse para hacer frente a la situación de salud y enfermedad, siendo resolutivos en el primer nivel de atención con prestadores propios.

FOTOGRAFÍA DE UNA JIGRA EN IPSI UNIPA



Se implementan recursos para comunicarse con los usuarios indígenas. En la foto se observa una jigra, o mochila tradicional usada como elemento de señalética en la IPS indígena UNIPA ubicada en el Diviso, municipio de Lorente que presta servicios de primer nivel de atención a la población de Tumaco y su área de influencia, donde se prioriza la atención a indígenas en Nariño.

Visión De Las Comunidades Sobre Los Determinantes Sociales

Visión del Pueblo awá - UNIPA

En la primera reunión de concertación, se logra apreciar como en esta comunidad indígena, funciona la salud propia, con una visión intercultural, lo cual se puede deducir de la siguiente información expresada por el Líder de Salud de la directiva del Pueblo awá, el cual inicia explicando que: *“la UNIPA agrupa 30 resguardos (territorios indígenas) cada*

uno de los cuales cuenta con el respectivo cabildo, con una población aproximada de 23.000 habitantes, con una expectativa promedio de vida de 80 años. Manifestando dos preocupaciones de entrada, una “que tienen mucha población indocumentada”; y la otra, que están llegando “muchas personas que se están asentando en las orillas de la carretera”

Posteriormente el Líder y su equipo de profesionales y técnicos en salud, amplían la información explicando “que la UNIPA funciona con una directiva conformada por consejeros para 8 áreas que denominan operativas: salud, educación, economía y producción, mujer y familia, comunicación y cultura, niñez y juventud, tramites de justicia y binacional (cancillería de migración y fronteras) y 3 áreas que denominan administrativas: planeación, finanzas y la guarda”.

Fotografía de las instalaciones de UNIPA- en la región del DIVISO



Fuente: Fotografía tomada por las investigadoras

En sus instalaciones, funciona la IPS propia, la cual tiene contrato con la EPS del régimen subsidiado – EMSSANAR dado que el 90% de su población está afiliada a dicha entidad. “En algún momento tuvieron relación con la EPS – Indígena MALLAMAS. Comentan también que tuvieron convenio con ICBF para recuperación nutricional y trataban a toda la familia, pero el convenio finalizó en el año 2015, y ahora están empezando a tener defunciones por desnutrición”.

Sobre la atención que realizan allí, comentan “que realizan consulta médica, odontología, programas de promoción y prevención, y cuentan con laboratorio clínico. Atienden urgencias de baja complejidad y cuentan con ambulancia para transporte de pacientes remitidos según complejidad. Además, tienen una red de 12 puestos de salud, que funcionan con un técnico en salud y enfermería, los cuales viven en la zona. Para atender a la población dispersa, cuentan con un equipo extramural conformado por médico, odontólogo y otros profesionales y técnicos, que se desplazan a los sitios más lejanos,

utilizando una estrategia de concentración de las comunidades dispersas en sitios equidistantes, las cuales son alertadas de la llegada del equipo, por los guardias indígenas, al menos con 15 días de anticipación. Refieren que tienen familias en hogares a más de un día de camino, a pie, dado que, por condiciones de terreno, no hay posibilidad de ingreso de ningún tipo de vehículo”.

De entrada, impresiona su organización, se observa que tienen como poster un mapa epidemiológico, donde georreferencian eventos de salud mental. Con medicina tradicional están trabajando estos enfoques:

- Armonización – yague.
- Shutum comer fruta de los árboles para curación que hacen
- Parto vertical y placenta
- Rutas de salud mental, porque tienen un porcentaje elevado en adultos jóvenes

de intoxicaciones tipo “envenenamiento” con intenciones de suicidio, lo cual es logrado en muchas ocasiones. Cuentan, que *hace poco en una familia, se envenenaron el papa, la mama, el yerno, la hija, de los cuales fallecieron dos personas. En general se envenenan por todo: amor, violencia, crisis económica, envidia etc.*

A nivel cultural refieren “ tener problemas con el ICBF, dado que para el pueblo awá, un niño que nazca con deformidades, se solicita, acabar con su vida, pero cuando el ICBF se entera, llega a la comunidad y se lo lleva para hogares sustitutos”.

Refieren tener la estrategia de APS implementada, en los puestos de salud con los técnicos de enfermería, ambiente y salud pública. Manifiestan que “*la concepción de nosotros es tener un abordaje de primera mano, con gestores voluntarios, para que trabajen en lo preventivo en saneamiento, agua, adulto mayor, primera infancia, trabajo con niños y familias” (infor 16)*. En este enfoque, relevan una estrategia que están liderando para prevenir las ETV, a través de capacitación de gestores micros copistas, lo cual han trabajado con CIDEIM, pero por falta de recursos no han logrado implementarla bien. El personal trabaja de manera intersectorial especialmente con los profesores que tienen mucha autoridad en el territorio. Comentan también que ha cambiado la cultura sobre el parto, porque en la actualidad aproximadamente el 60% de las jóvenes están teniendo parto institucional.

Otras estrategias que tienen operando son:

- La construcción de la política con su modelo propio de atención “windaquin”, en el marco del SISPI – Sistema integral de Política Indígena.
- Con el Ministerio de salud y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, tienen un proyecto en ejecución de construcción de “malocas”, para concentración y practicar Yague.

- Construcción laboratorio de plantas medicinales, por ejemplo, con el orégano obtienen esencias para control de la tuberculosis. Acotan que la comunidad está expresando resistencia a seguir usando acetaminofén, y por eso esperan lograr apoyo para producir sus propias medicinas.

- Programa integral para la atención de TBC, A los enfermos tratan de darles albergue y alimentación y en lo posible medio de producción.

Sobre el papel de la ONG en su territorio, refieren lo siguiente:

“Antes de la masacre no se veían, después llegaron muchas ONG con recursos para intervenir las comunidades, pero no se logró el impacto esperado, por el acceso a los sitios del conflicto, problemas con los esquemas de seguridad. La agencia que más trabajo fue “Médicos del mundo” que llegaban hasta el núcleo del conflicto. Pero al dar por terminado el conflicto a nivel nacional, se retiraron del territorio.

Otras ONG con las que recuerdan haber trabajado son (infor 16):

- *OXFAN, en saneamiento ambiental, trabajaron en filtros y proyectos productivos.*

- *OPS, en temas de tuberculosis, AIEPI, capacitación, dotación, filtros que no sirvieron.*

- *Fondo Mundial, con temas ambientales y capacitación en derechos humanos, y material educativo.*

- *PMA, un trabajo excelente, porque con ellos se logró arreglo de caminos, estanques piscícolas, aumentar la vacunación, huertas y albergues para los enfermos de TBC y el plan “PANIAL” plan alimentario nutricional para Indígenas y Afros de Tumaco; que buscaba soberanía alimentaria con enfoque de reservas alimentarias. En este programa tuvieron apoyo de nutricionista de la Universidad Nacional y enlace con el ICBF.*

- *OIM, con formación de técnicos en salud pública. Pero tuvieron inconvenientes, porque “es un operador muy limitante, autoritario, no aceptan las propuestas de la comunidad, son muy imponentes, por ello hay mucha resistencia y no se ha logrado celebrar convenio con UNIPA.*

Como problemas o limitantes, además de la situación de contexto, en el transcurso de la reunión, refieren los siguientes (infor 16):

- *Conflicto inter-etnico por un territorio del resguardo que está ocupando un Consejo comunitario de la población Afro.*

- *La prestación de los servicios en las IPS diferentes a la propia, especialmente en Llorente, porque no reciben atención diferenciada, por lo que ellos, están proyectando*

construir sus propias sedes, con algunos recursos de regalías, proyecto que iniciaron, pero está detenido por el conflicto con el consejo comunitario.

- *Personal de salud insuficiente para los programas que tienen en marcha, sumado a que la mayoría de los profesionales de salud, con los que trabajan, no son indígenas, lo que hace que la rotación sea alta. Plantean que para ello es imperativo, que alguna universidad les pueda abrir las puertas con ayudas (becas) a sus bachilleres, que tienen problemas para competir con los cupos asignados a los pilos, para que se puedan formar como médicos, enfermeras, y otros.*

- *Dificultades con ICBF, dado que el programa de ayuda con paquetes de alimentos, lo están entregando solo a los niños, lo cual no es correcto porque su orientación es al grupo familiar.*

- *Alto porcentaje de población sin registro civil, lo que afecta la sostenibilidad financiera, porque si las personas no tienen identificación, las actividades que realizan no son reconocidas financieramente por la EPS-S.*

En la primera sesión del Diplomado Comunitario, se logra con participación de 60 indígenas, ver fotografía siguiente, trabajar en subgrupos sobre la concepción de la salud y la percepción desde su visión de los determinantes sociales, aportes que enriquecen esta línea base, y que se describen a continuación con los respectivos registros fotográficos.

Socialización del proyecto en el Centro de capacitación ubicado en la sede IPS-I UNIPA



Fuente: fotografía tomada por las investigadoras

Al indagar al Pueblo awá sobre su concepción de la salud, el representante del subgrupo de trabajo, (Infor 17), plantea que por consenso, *“SALUD : para nosotros es la capacidad que tienen los seres vivos para estar sanos, bien y felices sin complicaciones físicas basándonos en un buen funcionamiento del cuerpo, en todos los sentidos en conjunto con una buena alimentación y un entorno saludable.....”* y se refleja en:

- *Tener una vivienda digna*
- *Tener una familia*
- *Tener los ríos limpios, para la pesca*

- *Utilizar plantas medicinales*
- *Tener una alimentación balanceada*
- *Tener una vivienda saludable*

Figura 4. Representación gráfica de la concepción de salud - pueblo awá (1)



Fuente: Elaboración de un subgrupo de indígenas del pueblo awá- Tumaco - Nariño

Otro subgrupo de indígenas plantea que: *“La salud es el bienestar de cada persona, tener su vivienda en adecuadas condiciones de higiene nos genera buena salud. Tener una alimentación con los productos propios de nuestra región, también nos genera una buena salud, ya que estos no tienen químicos como los externos”* (Infor 17).

- *Tener una alimentación saludable*
- *Tener buena higiene o aseo personal*
- *Vivir en un ambiente de cero contaminaciones visuales, auditiva, que sea un espacio saludable*
- *También hacer actividad física*
- *Practicar algún deporte que sea de nuestro agrado*
- *Todas estas cosas y otras más debes hacer para que tu cuerpo pueda estar bien*

Figura 5. Representación gráfica de la concepción de salud - Pueblo awá (2)



Fuente: Elaboración de un subgrupo de indígenas del pueblo awá- Tumaco - Nariño

El segundo tema que se trabajó, estaba relacionado con explorar en dos subgrupos, su percepción sobre qué aspectos o factores afectan la salud.

El subgrupo No 3, planteó los siguientes:

Psicosociales:

- *Pobreza/ enfermedades espirituales de la naturaleza*
- *Violencia/ Embarazos prematuros*
- *Escasas oportunidades*
- *Consumo de SPA*
- *Cultivos ilícitos*
- *Inadecuado manejo de conflictos y emociones*
- *Difícil acceso servicios de salud*
- *Llegada de personas ajenas a la comunidad Awá*

Ambiental:

- *Carencia de saneamiento básico.*
- *Contaminación del patrimonio ambiental (derrame crudo, minería ilegal, tala de bosques... fumigación)*
- *Inadecuado manejo de agro tóxicos.*
- *Inadecuada disposición de excretas.*
- *Viviendas en malas condiciones.*
- *Agua no potable.*

El subgrupo No 4, planteó los siguientes:

- *Transmisión de enfermedades por estancamiento de agua*
- *No hay tratamiento de agua potable*
- *Falta de manejo adecuado del agua negra y alcantarillado*
- *Contaminación con químicos y fungicidas*
- *Los cultivos ilícitos*
- *Mal nutrición*
- *Roedores*
- *Manejo inadecuado de residuos sólidos*

El subgrupo No 5, apporto sobre los hechos o acontecimientos históricos que les han afectado y los positivos o logros que han tenido, los siguientes son sus planteamientos.

Tabla 5. Acontecimientos históricos, positivos o negativos, según el determinante

DETERMINANTE	TENDENCIA ANALIZADA
Ambiental	<p><i>Positivo: diversificación de cultivos ricos para nuestra salud, ya que nuestros ancestros permanecían más saludables, poco se enfermaban porque todo lo que consumían era natural.</i></p> <p><i>Negativo: contaminación del agua, aire, frutos naturales del consumo humano, por fumigación a cultivos ilícitos, Afectación a nuestros árboles ya que han tenido que ser talados.</i></p>
Comportamiento	<p><i>Positivo: Unidad en la comunidad, valores fiestas patronales, mingas, nadar en el río, juegos ancestrales.</i></p> <p><i>Negativo: juegos violentos, tecnologías</i></p>
Servicio de salud	<p><i>Positivo: personal capacitado en prestar los primeros servicios</i></p> <p><i>Negativo: ausencia de un centro de salud, retiro del puesto de malaria. Perdida de costumbres ancestrales</i></p>
Enfermedades hereditarias	<p><i>Negativo: enfermedades hereditarias</i></p>

Fuente: Elaboración de un subgrupo de indígenas del pueblo awá- Tumaco - Nariño

El subgrupo No 6 apporto sobre los hechos o acontecimientos históricos que les han afectado y los positivos o logros que han tenido, los siguientes son sus planteamientos.

LO POSITIVO: la cacería, pesca, alimentación y recolección.

LO NEGATIVO: Dificultades, Discriminación, Desplazamientos, Desaparición de Líderes, Fumigación, Venta de tierras, Contaminación de ríos y el TLC.

LOGROS: Creación de la IPS, Fortalecimiento de la medicina tradicional, Proyectos, Educación, Formación de líderes (promotores de salud), Formación de personas en la salud (Técnicos en salud pública, Gestión ambiental y Seguridad alimentaria), Fortalecimiento de la Guardia Indígena, Salidas extramurales.

El subgrupo No 7, represento en una línea de tiempo, la cronología de eventos más relevantes para su comunidad, así:

- ❖ 1979 - Maremoto
- ❖ 1991 - Enfermedad lesmaniacia
- ❖ 2001 - Aspersión aérea
- ❖ 2006 - Nacimiento de bebe en el mar
- ❖ 2012 - Muerte por desangre
- ❖ 2015 - Derrame de crudo

Cartografía Social de los determinantes sociales de la salud en la comunidad

La tercera sesión del diplomado, se orientó a elaborar de manera participativa una cartografía social del territorio, obteniendo como productos un mapa de riesgos - figura 6, un mapa de necesidades figura 7 y un mapa de recursos figura 8 del resguardo Gran Sábalo. A continuación, se presentan los resultados:

Integrantes del pueblo awá durante el taller de cartografía



Fuente: fotografía tomada por las investigadoras

❖ **Mapeo de los Riesgos identificados por el pueblo awá**

Los siguientes son los riesgos que fueron georrefenciados por un subgrupo de trabajo, figura 6:

- *Ríos: se crecen y los niños se pueden quedar solos al otro lado de la escuela*
- *Puentes de Tabla: se pudren y pueden generar caídas*
- *Cultivos ilícitos: llevan al vicio, riesgo para los jóvenes*

- *Derrame de crudo: contaminación de ríos, agua, disminución de la pesca, se queman las casas cercanas*
- *Viviendas en malas condiciones: construidas con plástico, chonta, cerradas sin ventilación adecuada.*
- *Viviendas construidas muy altas sobre palos: los niños se pueden caer.*
- *Deslizamientos de tierras: casas a lado de lomas y problemas con la tala de árboles.*
- *Vectores e insectos: producen malaria, el Pito, Leishmaniasis*
- *Pérdida del lenguaje - dialecto AWI*

Figura 6. Mapa de Riesgos. Resguardo Indígena el Gran Sábalo - Pueblo awá-UNIPA



Fuente: Elaboración Indígenas – pueblo awá -UNIPA

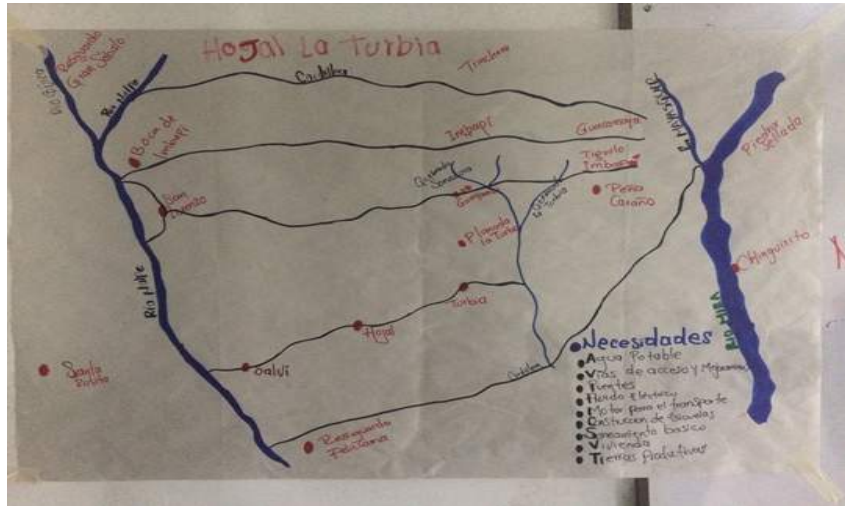
❖ Mapeo de necesidades percibidas por el pueblo awá

Las siguientes son las necesidades percibidas por unos de los subgrupos de indígenas y que fueron georreferenciadas en el mapa dibujado, figura 7:

- Agua potable
- Vías de acceso: problemas por geografía muy distante, vías empalizadas
- Construir Puentes, es muy inseguro cuando se crecen los ríos, se dificulta para asistir al médico o niños a la escuela.
- Alfabetización para adultos mayores
- Fluido eléctrico
- Puestos de salud en algunas comunidades
- Transporte fluvial público, para sacar los productos o para las brigadas.
- La construcción de la escuela es insuficiente, no adecuada, no cuentan con profesores suficientes ni profesores tradicionales.
- Falta pedagogía para manejo de condiciones ambientales

- Muchas familias no cuentan con vivienda digna.
- Tierras productivas

Figura 7. Mapa de Necesidades. Resguardo Indígena el Gran Sábalo - pueblo awá - UNIPA



Fuente: Elaboración Indígenas – pueblo awá - UNIPA

❖ **Mapeo de los recursos valorados por el Pueblo awá**

Los siguientes son los recursos valorados por uno de los subgrupos de indígenas y que fueron georeferenciadas en el mapa dibujado, figura 8:

- Contar con una IPS, emisora, dos escuelas en Llorente, 3 puestos de salud tradicionales en construcción, dos colegios y escuelitas en todas las comunidades.
- Profesionales que pueden aportar con soluciones a las necesidades
- Gobernador en cada resguardo que agrupa a las comunidades
- Colegio IETA, patrimonio de UNIPA
- 12 puestos de salud
- Un albergue para pacientes de TB en el Diviso.
- Casa de la mujer y programa de genero
- Economía productiva en algunas zonas.
- La coca como un recurso, aunque también es riesgo

Figura 8. Mapa de Recursos. Resguardo Indígena el Gran Sábalo - Pueblo awá-UNIPA



Fuente: Elaboración de un subgrupo de indígenas del pueblo awá- Tumaco – Nariño

Visión del Consejo Comunitario del río Gualajo

Los Consejos Comunitarios de las Comunidades Negras son personas jurídicas cuya creación está autorizada por el artículo 5º de la ley 70 de 1993, que tienen entre sus funciones las de administrar internamente las tierras de propiedad colectiva que se les adjudique, delimitar y asignar áreas al interior de las tierras adjudicadas, velar por la conservación y protección de los derechos de la propiedad colectiva, la preservación de la identidad cultural, el aprovechamiento y la conservación de los recursos naturales y hacer de amigables componedores en los conflictos internos factibles de conciliación. La Junta del Consejo Comunitario de las Comunidades Negras, representa a la comunidad, lleva sus archivos y tiene funciones relativas a la organización socio-económica de la misma, en principio una certificación suya que indique quiénes son sus miembros y donde realizan sus actividades económicas evidencia una sustentabilidad atendible como medio de prueba

En la Ley 70 de 1993 artículo 2o, numeral 5o. define a la “Comunidad Negra como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen una cultura propia, comparten una historia y tienen sus propias tradiciones y costumbres dentro de la relación campo-poblado, que revelan y conservan conciencia e identidad que las distinguen de otros grupos étnicos”

El Consejo Comunitario del Río Gualajo se encuentra ubicado en las tierras bajas del Pacífico Sur Colombiano en el Departamento de Nariño. Toma su nombre del Río que atraviesa sus tierras, conformando una importante microcuenca, subsidiaria de la cuenca del Río Rosario. Su territorio está localizado en el Nororiente del Municipio de Tumaco, limitando al sur y al occidente con las tierras del Río Rosario, al Oriente con las tierras de las

comunidades negras del Consejo Comunitario el Recuerdo de Nuestros Ancestros del río Mejicano; al Norte con el océano Pacífico. Se encuentra legalmente constituido, mediante resolución título colectivo del INCORA N° 002538 de diciembre 23 de 2002, NIT 840 000 630-8 y tiene una extensión territorial de 2.775 donde residen 450 familias, agrupadas en 4 veredas. Pertenece a la RED consejos -RECOMPAS.

Vereda San Agustín - Rio Gualajo



Fuente: fotografías tomada por las investigadoras

El trabajo con ellos, se inicia con una primera reunión de concertación, a partir de la cual se han desarrollado dos encuentros, con habitantes y líderes de la comunidad, a través de la estrategia de Seminario-Taller, donde al igual que con las otras comunidades en una primera fase, se exploró sobre su concepción de la salud y los determinantes sociales y se elaboró la cartografía social del territorio, a continuación se presentan los resultados:

Comunidad del río Gualajo durante las actividades del proyecto



Fuente: fotografía tomada por las investigadoras

❖ **Mapeo de los Riesgos identificados por grupos de la comunidad del Rio Gualajo**

Los siguientes son los riesgos que fueron identificados y georeferenciados en un mapa elaborado por un subgrupo de trabajo:

- *Muerte de los árboles de Coco por peste.*
- *Iglesia muy deteriorada a punto de colapsar.*
- *Escuela de Guachire con problemas estructurales.*
- *Contaminación del río.*
- *Paso del muelle al parque de la Vereda el Guabal, muy deteriorado.*
- *Transporte diario de los niños a la escuela, en lanchas sin chaleco.*
- *Inundaciones.*
- *Calles muy deterioradas.*
- *Conductores de lanchas con poca capacitación.*
- *Uso y manipulación de los plaguicidas para la agricultura.*

❖ **Mapeo de necesidades percibidas por grupos de la comunidad del Rio Gualajo**

Las siguientes son las necesidades percibidas por unos de los subgrupos participantes:

- *Saltadero en la Vereda del Guabal.*
- *Protección de los manglares.*
- *Proyectos productivos.*
- *Capacitación a microscopistas y microscopios.*
- *Construcción de iglesia y muelle.*
- *Centro de Salud.*
- *Conexión Veredas Guachire y San Agustín.*
- *Pavimentación.*
- *Acueducto.*
- *Centro de recreación.*
- *Recuperación medicina tradicional.*
- *Transporte público.*
- *Canoa adecuada para el transporte de niños.*
- *Trabajo social.*
- *Formación y certificación de competencias para personas de la comunidad.*

❖ **Mapeo de los recursos valorados por grupos de la comunidad del Rio Gualajo**

Los siguientes son los recursos valorados por otro de los subgrupos de participantes:

- *Medico tradicional en otro consejo comunitario cerca.*
- *Pesca, aunque generó discusión en el grupo general, porque plantearon que se ha disminuido mucho por la tala de manglares.*

- *Cacao, aunque ahora está muy barato, y no es rentable la producción.*
- *Coca, por el dinero que les ingresa, pero también hubo mucha discusión, algunos sugerían que era más riesgo, que recurso.*
- *Fiestas patronales en el mes de agosto.*
- *Escuela - comedor escolar.*

5.3 Visión representantes comunitarios de la Zona urbana

De la zona urbana, han venido participando algunos Líderes y personas de la comunidad, con los cuales, inicialmente se trabajó un grupo focal, para discutir sobre los alcances del proyecto e identificar problemáticas relevantes relacionadas con los determinantes sociales, y posteriormente se inició con ellos, el seminario-taller, donde se ha profundizado en la discusión de estos aspectos y se elaboró la cartografía social. A continuación, se presentan algunos resultados de las reflexiones al respecto, que coinciden en varios aspectos con los diagnósticos institucionales, y también se presentan resultados de la cartografía social elaborada.

Integrantes de la comunidad urbana durante las actividades del proyecto



Fuente: fotografía tomada por las investigadoras

En el entorno urbano, se unen las tradiciones ancestrales y la oportunidad de combinar las atenciones a las enfermedades con la medicina occidental. Existe una pérdida de valores y costumbres ancestrales en la visión de los líderes comunitarios. Sobre la creciente subvaloración que tiene el saber popular, agrega un participante: *“en vez de apoyarnos, a nuestros curanderos, no los voltean a mirar. A los líderes se debe apoyar, eso no se enseña, se nace con eso. La única manera de rescatar esto es formando realmente a nuestras familias, comenzar por capacitar a los padres de familia”*. (infor 13).

Existen grupos organizados de práctica en la medicina tradicional, hay uno por el puente de Las Flores y otro en la Comuna 5. Sin embargo estas capacidades que poco se valoran, están organizadas como comunidades en las zonas urbanas, en las zonas rural existe mucha riqueza en líderes comunitarios perdida y subvalorada. (infor 13)

Sobre las tradiciones y las curas, la comunidad resalta el valor de la medicina tradicional para curar heridas, incluso fracturas de hueso, y cuentan de alguien que se recuperó y caminó normal. Además, un participante cuenta cómo él puede a través de medicina tradicional, curar la leishmaniasis: *“... a un señor que le había dado ese pillalo que le llaman, una enfermedad que se come la carne, le pica un mosquito y en 2, 3 días se le hace una llaga, leishmaniasissi... entonces yo me siento con el señor ahí.... le digo yo le curó esto.... la doctora me mira mal.... él contesta: ya me duele el cuerpo de tanta inyección... el señor va y yo le curó eso, yo le hice una sola cura a ese señor y nunca más le vuelto a dar. Y desde eso para acá he curado como unas 20 persona... la tradición yo la saqué de mi abuelo, él curaba desde lejos...”* (infor 13).

Sobre la curación a distancia, el participante agrega *“...eso existe, pero no puede salir al medio, no tienen títulos y por eso no valen. Las comadronas sacaban los niños sin rajar el vientre. Allá en los ríos allá en nuestra comunidad nadie los valora. Allá en los ríos en los Consejos Comunitarios, allá Chagüi o en el Tablón deberían tomarlos en cuenta, el Hospital Divino Niño debería trabajar con ellos. Queremos como Consejos Comunitarios en que eso se valore, por eso estamos trabajando y sabemos que lo vamos a lograr”*. Comentan además que la medicina tradicional no sale porque al gobierno no le conviene. Esa sanación definitiva no les sirve, la medicina tradicional el químico, arregla una cosa y se enferma de otra. (GF infor 13).

Tumaco no posee sistema de alcantarillado ni potabilización del agua de consumo en la zona urbana, mucho menos en zonas veredales. La comunidad urbana conoce el problema de salubridad que representa para el municipio el hecho de carecer de dichos sistemas, que deben ser aptos para proteger la salud de sus pobladores. Así comenta un líder urbano: *“...El agua no es apta, no es potable y no es constante. No hay alcantarillado, en Tumaco solo hay dos zonas que tienen parcialmente diseñadas un alcantarillado; las otras partes tienen un sistema individual e interno en sus viviendas, cada persona contrata a una persona para la construcción a manera de pozo, con un costo de 400 o 500 mil pesos...”* y agrega *“...en ocasiones se colisionan y afectan las demás casas vecinas, dejando aguas negras a los*

alrededores e inundando las calles. En la zona palafítica no todos tienen un lugar apropiado para (evacuar) las aguas residuales... ” (T2 infor14).

Sobre el manejo de residuos, la situación es grave, se presentan dos factores, la falta de organización de la ciudad de lugares para disponer de los desechos y el aspecto cultural de las personas, “...*el manejo de los residuos también es una dificultad pues no es constante, pues hay botaderos de basura en las calles a cielo abierto, no se tiene una verdadera cultura del reciclaje...*” (T2 infor14).

Sin embargo, no todo es negativo, la comunidad está enterada que se encuentra un proyecto en curso para diseñar un sistema de alcantarillado, patrocinado por la banca mundial. “... *en Tumaco se tiene que hacer un sistema de bombeo, pues geográficamente Tumaco es plano y se tiene la dificultad de que queda escasamente a un metro sobre el nivel del mar. Para ello se hizo una propuesta en la casa de la cultura dónde se manifestó que en las zonas señaladas se hiciera un sistema individual y no unido, puesto que en Tumaco a pesar de que se vea unido en el mapa sigue siendo tres islas...*”. Sin embargo el proyecto debe enfrentar dificultades en su diseño, como la amenaza permanente de un tsunami, las mareas altas y las viviendas palafíticas, que ya presentan gran invasión de territorio marítimo alrededor de la isla. (T2 infor 14).

En el tema de infraestructura de los servicios de salud, hace poco terminaron de inaugurar unos puestos de salud en el río Chagüi, el Mexicano, y otros dos. Los puestos de salud no están dotados. Acá se cuenta con la infraestructura, pero los servicios que se prestan, en opinión de los participantes, no llegan ni siquiera al primer nivel. (infor 13).

La comunidad realiza durante el análisis, el siguiente cuestionamiento: “*¿cuando un hospital le debe más de 4 o 5 meses a los médicos, será que hay calidad?; ¿cuándo para pedir una cita hay que madrugar más de lo debido, será que hay calidad? ¿De qué le sirven al niño las citas aplazadas para el programa de crecimiento y desarrollo?*”. (infor 13)

Sobre la violencia, la visión de la comunidad recoge el sentir de los habitantes de la región, ellos, aunque valoran su tierra, reconocen que la violencia ha deteriorado el bienestar de las personas. Así mismo, el papel del Estado, no ha sido fuerte en la región, se cuestionan el por qué las acciones en salud no se hacen con más fuerza.

“La violencia en nuestro municipio ha sido reconocida por todo el país. Pero yo no me voy a la violencia de Tumaco sino a la violencia del país, porque no es Tumaco, tenemos otros municipios peor que Tumaco en Colombia. Uno de los brotes de violencia que le dio la vuelta al mundo fue la bomba de la estación de la policía.... En el tema de la salud y en el tema de la educación, el gobierno nacional debía de corretear [perseguir a la gente] así como corretea [persigue] a la guerrilla, así debía de corretearse eso, así sería el momento de poder sacar la gente de la violencia. Porque una persona que no tenga más nada que hacer, ni estudie, piensa tantas cosas, y con el primero que se arrime con ese se va...” (infor 13).

A pesar de todo, los habitantes del territorio valoran su territorio. Sin embargo recalcan la falta de oportunidades de progreso, para estudiar principalmente. *“Gracias a Dios yo no soy pobre, ... tenemos la tierra, tenemos el agua, tenemos todo, cuando hay otras partes donde no tienen nada de eso... pero tienen otras oportunidades. A me hubiera gustado estudiar, pero donde nació no hay escuela, y no la hay todavía...”* (infor 13).

Además existe ayuda mínima del estado, es común encontrar proyectos sin terminar, o que no se ajustan a las necesidades de las personas. *“... Yo las invito a que hagamos un recorrido, y les puedo mostrar dónde se dice que tenemos una escuela, donde dicen que tenemos un puesto de salud, allá ustedes lo van a ver, esa es la información que nosotros queremos que ustedes lleven, que tengan el tiempo de ir, la violencia acá en Tumaco si ha sido, pero gracias a dios nosotros en los consejos comunitarios hemos llevado a todo el que ha querido, nunca el que nosotros hemos llevado al territorio nos lo han dejado, ni nos han dicho que anda haciendo aquí....”* (infor 13).

❖ **Mapeo de los recursos valorados por grupos de la comunidad zona urbana**

Los siguientes son los recursos valorados los líderes comunitarios y que fueron georeferenciadas en el mapa dibujado:

- *Marítimos se tiene el mejor atún del mundo.*
- *Madera y manglares, aunque se ha venido disminuyendo, por la tala.*
- *Cacao.*
- *Palma africana, generaba 5000 empleos, y se vino abajo.*
- *Sistema educativo, aunque se debe mejorar la calidad.*

Análisis De Actores

Las siguientes son los niveles en que se presenta el análisis:

I. En el eje X del plano en la figura 9, se refleja la posición del actor frente a la APS, considerando su poder, influencia y la relación con sus contribuciones en el territorio; a partir de las fuentes consultadas directas como: testimonios de las autoridades locales, las comunidades, los líderes o funcionarios de ONG; finalmente fuentes indirectas como informes territoriales y de las ONG en sus páginas web.

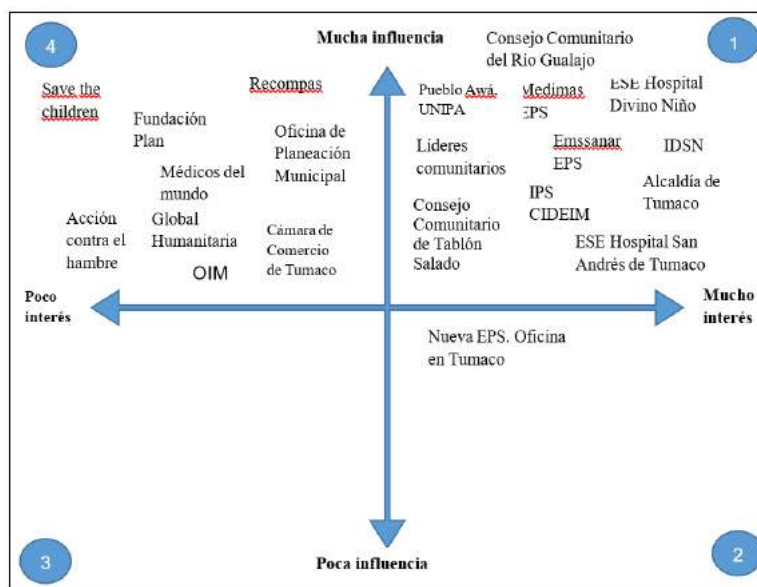
II. En el eje Y de la figura 9, se expresa la posibilidad de interactuar con el actor para para la construcción o aportes a un modelo de APS adaptado a territorios dispersos del Pacífico colombiano.

En términos generales las actividades de reconocimiento de los actores en el territorio, la selección de los contactos clave, y el arranque y sostenimiento del proyecto, se vieron influenciadas por las fluctuaciones y cambios políticos ocurridos en la Alcaldía y el orden público influenciado a su vez por los procesos de diálogo para lograr los acuerdos de paz. A pesar de haber tenido una recepción abierta en la Alcaldía, los procesos y dificultades

políticas causaron tensión en los actores, quienes manifestaban que no participaban en todo el proyecto o durante algunas reuniones, no por falta de interés, sino por falta de capacidad para articularse en las actividades propuestas. Llama la atención de las investigadoras, la facilidad que poseen los integrantes de los consejos comunitarios, y gran cantidad de población para comprender las intenciones y las potencialidades de beneficio que traen los proyectos de agentes externos. Tumaco ha sido foco de proyectos patrocinados con ayuda internacional desde años atrás; los proyectos son operados por agencias que se han especializado en el despliegue de las intervenciones, así varios representantes de ONG emitieron recomendaciones para iniciar las actividades en el territorio.

En tanto las circunstancias de seguridad permitieron, se logró reconocer la línea base con actores comunitarios y líderes de la población urbana. Sin embargo, las expectativas de algunos de los participantes durante las reuniones, por no pertenecer a un mismo grupo social, no encontraron en el proyecto un estímulo que los llevara a obtener algún tipo beneficio comunitario o bien, particular. Esta barrera se trató contactando a los comuneros, líderes reconocidos por sus comunidades, que viven en la comuna 5 y referenciados en la ciudad por su trabajo intensivo en los barrios. Finalmente, el contacto logró, sin embargo las amenazas e inseguridad a finales del 2017 las amenazas se intensificaron hacia los líderes sociales, lo que llevó a las investigadoras a la decisión de no trabajar en la zona urbana. En una ocasión uno de los líderes fue víctima de un atentado y sufrió efectos en su salud que le ocasionaron pérdida de capacidad permanente. Así mismo, las autoridades de salud del IDSN recibieron amenazas, lo que impidió su desplazamiento a las reuniones presenciales en Tumaco. Ver anexo 2.

Figura 9. Análisis de actores frente a la APS



Elaboración de las investigadoras

Principales Similitudes Y Diferencias Entre Comunidades Étnicas

Al analizar aspectos relacionados con la armonía y la convivencia en comunidad, existen importantes contrastes entre las comunidades étnicas. El pueblo awá presenta una organización indígena encabezada por sus directivas divididas por áreas de trabajo, y los miembros de su comunidad reconocen la autoridad y trabajan en forma cohesiva logrando importantes avances por el bien común. Aunque los miembros de la comunidad al interior presentan una escala social y diferencias en condiciones de vida, la unidad del Pueblo alrededor del tema salud y educación, ha logrado impactar sus condiciones de vida y el acceso a los servicios básicos de salud.

A diferencia de la comunidad indígena, los Consejos Comunitarios presentan una estructura basada en el liderazgo a través de la Junta del Consejo. Sus miembros se eligen por votación popular, y trabajan en función de proyectos. Sin embargo, el ambiente físico, el cuidado por su territorio, la operación de los proyectos y la logística no es un asunto de fácil coordinación. La violencia y la presencia de grupos al margen de la ley en las zonas alejadas, marcó la entrada de proyectos al territorio y hoy día todo proyecto que llegue debe operar con el aval de la Junta del Consejo Comunitario; son escasos los medios de transporte disponibles y por tanto limitan el desarrollo de las actividades y la oportunidad de beneficiar a la población.

El concepto Salud-Enfermedad es una construcción propia de cada sistema cultural; en el caso de las culturas indígenas se maneja un concepto de salud que abarca las relaciones del individuo con la naturaleza, el equilibrio con el entorno, las relaciones con la comunidad, el respeto de normas sociales y naturales. Se comprende la existencia de enfermedades que son propias de las culturas indígenas y requieren un abordaje de diagnóstico y terapéutico desde la lógica de un sistema médico propio para lograr restablecer la salud.

La visión de la comunidad urbana y rural en el tema de salud, presenta un panorama atravesado por la violencia, en los tiempos en que la violencia y la extorsión se incrementaron, hasta los médicos y el personal de salud tuvo que retirarse de los territorios; la consecuencia de lo anterior se expresa en la forma en que solucionan los problemas de salud en las regiones apartadas; sin embargo y con ironía, recalcan que la violencia en las zonas de los ríos en la actualidad no es como se piensa. El conocimiento de su territorio les permite vivir allí, sin embargo deben agotar recursos comunitarios, de medicina tradicional y costumbres cuando tienen un percance de salud. *“Acá en Tumaco, la violencia, la educación y la salud en nuestros medios.... no existen, afortunadamente dice un compañero mío, nosotros nos hemos curado como el puerco, al puerco cuando lo capan [castran], lo largan [lo tiran] pa’ que se entierre en el barro.... la gran cura que nosotros tenemos han sido nuestros hijos, nuestros hermanos... de pronto que alguien se cortó... que hayamos*

tenido el centro de salud para curarnos, no tenemos... de pronto el que tiene con qué lo trae acá a Tumaco...pero nosotros no lo tenemos... ”. (infor 13).

Es por ello, que los hallazgos en esta línea de base, evidencian como un imperativo ético y de responsabilidad social, la necesidad de impulsar una mayor gestión intersectorial y transectorial con verdadera participación social y comunitaria, que se concrete en trabajos conjuntos e intervenciones sostenidas a largo plazo, con enfoque diferencial y de derechos, sobre los grupos étnicos y otras poblaciones vulnerables, para poder lograr un impacto en el mejoramiento del Bienestar y Calidad de Vida de la población Tumaqueña.

Modelo De Atencion Primaria En Salud Municipio De Tumaco

Las decisiones, los enfoques, las problemáticas y los importantes son retos que enfrentan los implementadores de las intervenciones, el estado, los sectores y la comunidad. Tumaco posee una pirámide poblacional expansiva, indicadores negativos en el tema de enfermedades infecciosas y por otro lado la carga de las enfermedades crónicas. A esta doble carga, se le suma un sistema de salud fragmentado, y una situación política, económica y social crítica. A continuación, se documenta el avance en el estado de APS en el territorio, reconociendo el importante esfuerzo que muchos actores realizan para el logro del bienestar la población tumaqueña.

La red de servicios de salud el municipio de Tumaco está conformada por tres instituciones la primera el Hospital San Andrés ESE de segundo nivel de atención, que presta servicios asistenciales de urgencias, consulta de medicina especializada, servicios de hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico, ayuda terapéutica, unidad de cuidados intensivos adulto y neonatal (UCI). La segunda es la ESE Divino Niño de nivel 1 de complejidad que atiende población afiliada a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales, su red de atención la confirman 42 puesto de salud, distribuidos estratégicamente por todo el municipio. Tiene 7 puestos en la zona urbana y por ser un territorio tan disperso, el resto se ubican en la zona rural. La ESE atiende a más del 80% de la población y brinda el servicio de urgencias no solo para el municipio de Tumaco, sino también a otros municipios de la costa pacífica nariñense. El portafolio de servicios comprende actividades de promoción y prevención, salud oral, salud sexual y reproductiva, estilos de vida saludable, salud mental, Vacunación, Salud infantil, Laboratorio, Sala de partos y Servicio de urgencias.

Como estrategia para mejorar la accesibilidad, se usa la telemedicina (en zona urbana, puesto de Salud de Llorente -carretera-, San Juan de la Costa -zona dispersa, a 3 o 4 horas de Tumaco en lancha). El médico general guía la consulta y remite el caso al especialista; la respuesta se da 24 horas, para comunicarse disponen de televisor y computador y cámaras

especiales cuando se requieren. El Servicio de urgencias, laboratorio y consulta prioritaria 24 horas en el centro de Tumaco y en el puesto de salud de Llorente. Con todo lo que requiere una atención de primer nivel de urgencias. (infor23). Desde el año 2014 la ESE comenzó con la implementación de la estrategia de APS en la cual ha combinado las estrategias de “Salud al campo” y “Salud al barrio”. El equipo básico de salud está conformado más o menos por 10 a 12 personas, lo integran medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, laboratorio clínico, psicología, odontología, higienista oral. Se trabaja realizando tamizaje de riesgo cardiovascular, un equipo para desparasitar, toma de exámenes, etc. (infor7).

La experiencia de trabajo intersectorial con los territorios, ha generado que la coordinación de la ESE tenga contacto directo con los líderes de los Consejos Comunitarios; una vez se presenta la solicitud por parte de la comunidad, se revisa si hay posibilidades de incluir la visita al territorio en la programación del equipo de APS. Se hace especial énfasis en que los líderes deben tener a toda la población informada para que asista a la jornada (infor7); sin embargo, hay comunidades donde las jornadas no funcionan con tanto éxito como por ej. en el río Gualajo, por falta de convocatoria. Durante la época de la anualidad que no hay recursos para movilizar equipos a la zona rural, los equipos trabajan jornadas de educación en la estrategia “Salud al barrio”.

Tumaco es el primer municipio del departamento en establecer un servicio amigable para jóvenes. la ESE de primer nivel participó y fue premiada a nivel nacional en el concurso de alta gerencia del año 2014 el proyecto galardonado se denomina SIAPAZCÍFICO (Servicio de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes) basado en servicios amigables, y dirigido a combatir el embarazo adolescente, y disminuir las ITS. El proyecto realizado con estudiantes de bachillerato de los últimos grados, logró impactar el indicador de embarazos, y además obtuvo valiosos resultados en el diagnóstico temprano de algunos casos de VIH+. A partir del año están ofreciendo servicios educativos a los habitantes de la zona rural, trabajan la sensibilización y una vez motivados, despliegan un equipo a las zonas para realizar las intervenciones. Hasta el momento los resultados observados muestran los efectos positivos del programa; aún falta precisar mecanismos que permitan evaluar el impacto del proyecto en indicadores desagregados por etnia o comunidad urbana/rural. (Infor 7).

La estrategia funciona a través de jóvenes replicadores, 80 bachilleres que son capacitados y prestan el servicio educativo en el programa de servicio social obligatorio. La ESE los capacita y coordinan visitas a las instituciones educativas. Las charlas educativas están supervisadas y ese ha sido el éxito del programa hasta la fecha actual.

La comunidad indígena ubicada en Tumaco, perteneciente al pueblo awá, construyó un modelo intercultural de Atención Primaria en Salud, con el apoyo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el Instituto Departamental de Salud de Nariño,

desarrollaron diversos componentes para dar cumplimiento a lo estipulado en el *Plan de Vida*.

Hoy día, la organización indígena UNIPA del pueblo awá cuenta con una IPS propia encargada de desarrollar las acciones y atenciones del cuidado de la salud basado en la estrategia de atención primaria en salud APS, para lo cual llevan diferentes actividades como la caracterización en salud y nutrición desde la medicina occidental y tradicional, la identificación de prácticas y saberes propios, la elaboración de perfil epidemiológico, la identificación de problemas y priorización de las acciones en salud y sus determinantes, la adecuación de los programas de salud pública y/o de los servicios del SGSSS, el fortalecimiento y compendio histórico de la medicina tradicional, la caracterización y diagnóstico de sabedores y su red, la elaboración de protocolos de atención desde lo tradicional y de intervención intercultural, la elaboración de códigos de ética, mandatos de salud, también han desarrollado diferentes programas como: Mensajeros de Vida en Casa, Minga de vida, Semillas de Piedra Verde y -Entornos Protectores de Panelero, es de resaltar que priorizan programas de acuerdo a los riesgos de salud identificados para la comunidad tales como: Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Salud Ambiental, Enfermedades Transmitidas por Vectores y Tuberculosis, la comunidad del pueblo awá se preocupa mucho por preservar los saberes ancestrales lo que se evidencia en la inclusión en el Plan de Vida Awá de los programas para el cuidado del adulto mayor que denominaron *Amawa* y el programa de medicina tradicional.

Para lograr la mayor cobertura de todos los programas trabajan conjuntamente con la estructura de gobierno de la organización conformada por las consejerías (De la Mujer y la Familia, Salud, Educación, Binacional, entre otras), quienes se encargan de acompañar y convocar a las comunidades de las zonas más alejadas del territorio, por su parte la Guardia Indígena es quien tiene como función brindar seguridad en el territorio para garantizar la entrada de los equipos de salud y servir como traductores del dialecto indígena del pueblo awá (awa pit). El trabajo conjunto realizado por la estructura organizativa de la comunidad, la Guardia Indígena, los equipos de APS para el desarrollo de los diferentes programas permite un mayor aprovechamiento de los recursos que aportan tanto las ONG, como las organizaciones privadas, y el Estado que tienen como fin mejorar las condiciones de vida del pueblo awá.

El Médico tradicional de la UNIPA explica cómo visualiza la APS en la medicina tradicional, "... se trabajan cuatro componentes: enfermedades propias, problemas de la familia, los suicidios y víctimas de conflicto armado, además se hacen las curaciones de las enfermedades espirituales, que son las enfermedades de la Montaña en los diferentes resguardos, y se da consejería de acuerdo a lo que tenga el paciente". y luego expresa "El

tema de la salud no es compromiso de un consejero, de una autoridad ni de un líder sino que es de todos... no siempre los gobernadores están disponibles, entonces tenemos que fortalecer la salud que es de todos y para todos, la población está creciendo y la atención debe ser colectiva e individual y que se manejen las dos medicinas, por eso debemos fortalecer cada día más el programa de salud para prevenir las enfermedades que lleguen dentro de la región y de nuestro territorio”. Una de las expresiones importantes por parte de un Médico Tradicional, es la descripción de su trabajo en campo con sus compañeros y la importancia de la APS en conjunto con la nueva normativa que se está empezando aplicar a nivel nacional “...Estamos los médicos tradicionales, técnicos en gestión ambiental, técnicos en salud pública, gobernadores, Guardia, y los docentes, y había una parte que hacía un diferencial que entre estos debemos contribuir a una APS con enfoque diferencial, o al modelo de salud propio que es el SISPI donde esto que ya sabemos que abarca todo el modelo propio de nosotros” (Infor 19).

La IPS-I UNIPA, ha logrado con los diferentes programas capacitar en temas relacionados con el desarrollo de habilidades para el cuidado de la salud, realizan acciones de monitoreo de peso y talla a los niños, consejos para la lactancia materna, alimentación complementaria, prevención de EDA, IRA, tamizajes en riesgo cardiovascular, crecimiento y desarrollo, y agudeza visual; otros temas relacionados con familia, comunidad y redes: resolución de conflictos intrafamiliares, maltrato infantil, y violencia sexual infantil; ambientes seguros y protectores: prevención de accidentes en el hogar y el entorno. Los agentes capacitados en su mayoría son jóvenes integrantes de la comunidad, algunos de ellos han recibido entrenamiento tanto en salud como en educación por instituciones como el SENA. Con el fin de conservar y proteger los saberes ancestrales también se capacitan en temas relacionados con la cultura Awá, sus tradiciones, el manejo y conocimiento de diferentes plantas medicinales, entre otros. Sin embargo, hay barreras para conservar las tradiciones, ya que para ser médico ancestral se requieren varios años de formación, lo que hace que algunos jóvenes dejen de interesarse en el tema; en otros casos algunos médicos tradicionales no están dispuestos a compartir sus saberes. Los jóvenes muestran interés por realizar estudios profesionales en salud en otras ciudades, sin lograr mayor avance en este aspecto.

De acuerdo a la información obtenida de la comunidad se puede concluir que ellos visualizan la necesidad de una mejora de los servicios de salud de la IPS-I UNIPA, por medio de la capacitación de médicos tradicionales y promoviendo los encuentros coordinados entre médicos tradicionales, promotores de salud, gobernador indígena y personal médico y administrativo para la integración de la medicina occidental con la tradicional, y la dotación a los médicos tradicionales por medio de realización de un jardín botánico que les permita cultivar sus propias medicinas que ayuden en el proceso de recuperación de los pacientes indígenas internados en la institución.

Recomendaciones A Las Autoridades Nacionales

El conflicto armado en Tumaco, y en general en la región pacífica genera tensiones en el territorio, desplazamientos masivos, escasez de alimentos, agresiones a la población civil, y otras problemáticas, que los habitantes de la región padecen y no son ajenas al sector salud; las dificultades para el acceso del personal de salud a las zonas de mayor riesgo por enfrentamiento armado y minas antipersonales, así como por las graves amenazas contra la misión médica, generan y agudizan los problemas y el impacto de los determinantes sociales finalmente los sufren en soledad campesinos, afros, indígenas y todos los habitantes de la alta ruralidad.

El sistema de salud colombiano cuenta con políticas, planes, programas e intervenciones diseñadas para dar respuesta a las necesidades de las poblaciones, comunidades y familias que habitan las zonas urbanas y quizás muchas rurales. Sin embargo, su escalada en la alta ruralidad es nulo. Aunque existan políticas y reglas claras, en Tumaco muchas no se aplican y por múltiples razones: una que afloró y se destaca en este proyecto es la falta de capacidades del personal en la región. Si el sector salud realmente se enfoca por gestionar la salud de los más necesitados, debe enfrentarse a la aplicación de una política que permita el desarrollo del talento humano en salud nativo en dichos territorios. Importar talento externo experto en temáticas no promueve la sostenibilidad de las intervenciones.

Así mismo la conformación de equipos multidisciplinarios, en especial de las ciencias humanas: antropología, psicología, sociología y trabajo social, para que faciliten el diálogo con las comunidades. Los estudios antropológicos han identificado las importantes diferencias que existen en las relaciones sociales y de poder de los grupos étnicos. El contexto intercultural en que se desarrolla el sistema de salud en Tumaco, requiere que el personal de salud este mejor apoyado en el proceso de trabajo con los enlaces comunitarios.

Los choques interculturales que están sufriendo las comunidades tanto afro como indígena, con la entrada de los actores armados, los cultivos de coca, las redes y hegemonías que se viven el territorio, sumado a los cambios de vida que están enfrentando los indígenas al vivir en caseríos, y los afros al llevar una vida casi nómada entre el campo y la zona palafítica complejizan la oferta y provisión de las intervenciones; podrían lograrse resultados más efectivos, con mayor nivel de aceptación y adherencia a los tratamientos dirigidos a los enfermos en estadios tempranos; siempre y cuando se considere técnicamente el desarrollo de la salud intercultural en el Pacífico colombiano.

REFERENCIAS

Calvete Oliva, A., Campos Esteban, P., Catalán Matamoros, D., Fernández de la Hoz, K., Herrador Ortiz, Z., Merino Merino, B., ... & Hernández Aguado, I. (2010). Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud: Una prioridad para la presidencia española de la Unión Europea en 2010. *Revista española de salud pública*, 84, 3-11.

Colombia. (1995). *Ley 70 de 1993*. Red de Solidaridad Social, Plan Nacional de Rehabilitación.

Flores, W. (2010). Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Salud Pública*, 12, 28-38.

Galvis-Aponte, L. A., Moyano-Támara, L. M., & Alba-Fajardo, C. A. (2016). La persistencia de la pobreza en el Pacífico colombiano y sus factores asociados. *Documentos de trabajo sobre economía regional*.

GUEVARA, M. E. A. TUMACO nuestra PAZión.

Rivera, A. M., Salazar, J. C., Indaburu, M., Rubio, J. G., Quiroz, F., Vargas, J. F., & Palacios, J. L. (2015). ESTUDIO DE CASO: TUMACO 2000-2015.

Anexo 1. Listado De Informantes Clave

Coordinación de Vigilancia Epidemiológica Secretaría de Tumaco	infor1.
ONG Global Humanitaria	infor2.
IPS CIDEIM Tumaco	infor3.
Save The Children	Infor4
Médicos del Mundo	Infor5
Fundación Plan	Infor6
Coordinación Salud Pública ESE Hospital Divino Niño	Infor7
Gerencia Nueva EPS Oficina Tumaco	Infor8
Coordinación PyP ESE Hospital Divino Niño	Infor9
Líder Comunitaria Consejo Comunitario	Infor10
Representante Cámara de Comercio	Infor11
Profesional en Sociología, experticia en trabajo comunitario	infor12
Taller 1 zona urbana: grupo focal	infor13
Taller 2 zona urbana	infor14
Taller 3 zona urbana	infor15
Reunión inicial UNIPA	infor16
Taller 1 Pueblo awá	infor17
Taller 2 Pueblo awá	infor18
Taller 3 Pueblo awá	infor19
Taller 1 río Gualajo	infor20
Taller 2 río Gualajo	infor21
Taller 1 actores institucionales	infor22
Gerencia ESE Divino Niño	infor23

Anexo 2. Amenazas De Los Grupos Al Margen De La Ley



Autodefensas Gaitanistas de Colombia
AGC
Por una Colombia, Madre Patria para todos

COMUNICADO OPINION PUBLICA

COMUNICADO CLARO Y ESCUETO DE ALBERTENCIA A DEFENSORES DE DERECHOS HUMANOS LIDERES SOCIALES, AFRODECENDIENTE INDIGENAS Y CAMPESINOS, AGRUPADOS EN MAL LLAMADAS ORGANIZACIONES SOCIALES O DE BASE COMO SON: CIMA, PUCSOC, FENSUAGRO, ERPAZ, MESA CAMPESINA, LIDERES DE LA COORDILLERA NARIÑENSE, CRIC, ACIN, ACONC, CORPOAFRO, COPDICON ENTRE OTRAS QUE CREEN EN LA PAZ DEL SEÑOR SANTOS Y QUE VIENEN DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL ACUERDO DE PAZ, CON SUS INSERVIBLES AGENCIAS (VICTIMAS, REINCORPORACION, SUSTITUCION, RENOVACION TERRITORIAL, PDET Y OTRAS QUE ESTAN EN LOS TERRITORIOS DE NUESTRO MANEJO, QUE SOLO SON UNA FARZA PARA SEGUIRLE ENTREGANDO EL PAIS A GUERRILLEROS Y AMIGOS DE LA IZQUIERDA CANSERIGENA QUE TANTO DAÑO LE HA HECHO AL PAIS COMO SON LOS FARIANOS Y ELENOS.

QUE APARTIR DE LA FECHA SERAN DECLARADOS OBJETIVO MILITAR QUIENES PARTICIPEN DE ESOS ESCENARIOS DE CHARLAS, REUNIONES, ASAMBLEAS U OTRO TIPO DE CONVOCATORIAS. DE LA MISMA FORMA LE INFORMAMOS QUE FUNCIONARIOS QUE VIENEN CON ESTAS AGENCIAS Y QUE SEAN UBICADOS EN EL TERRITORIO BIEN SEAN LOCALES REGIONALES O NACIONALES TAMBIEN SON NUESTRO OBJETIVO, CON ESPECIAL ALBERTENCIA A FUNCIONARIOS DE RENOVACION TERRITORIAL QUE SE ENCUENTRAN EN TODA NUESTRA ZONA DE OPERACIÓN Y QUIENES ESTAN ENCARGADOS DE FORMALIZAR LOS PROGRAMAS DE DESARRLLO EN LOS TERRITORIOS.

CONOCEMOS DE SU TRABAJO MOVIMIENTOS Y UBICACION, SEÑORES LUIS GABRIEL SUTITUCION, DIEGO VICTIMAS, ESNEIDER PDET, ALEXANDER RENOVACION TERRITORIAL Y CADA UNO DE SUS FUNCIONARIOS EN CADA MUNICIPIO.

JULIO DE 2018
AUTODEFENSAS GAITANISTAS DE COLOMBIA
BLOQUE SUROCCIDENTE
PRESENTE

Fuente: documento adjunto al correo electrónico enviado por los participantes del proyecto del IDSN a paula.bermudez@javerianacali.edu.co en 2018.

Anexo 3. Comunitado Lider Social De La Comuna 5, Zona Urbana Tumaco



EL SUSCRITO PRESIDENTE DE LA ASOJUNTAS COMUNA CINCO

A QUIEN CORRESPONDA

Como Presidente de la **ASOJUNTAS COMUNA CINCO**, informamos antes mi despacho la situación por la que está atravesando el municipio de san Andrés de Tumaco en especial la comuna cinco en sus treinta y dos juntas de acción comunal, debido a la situación por la que estamos pasando decidimos suspender todas nuestras actividades por el al orden público.

La comuna cinco atraviesa situaciones infrahumanas y decadentes ante el flagelo de orden público en especial algunos presidentes en sus sectores por esta razón les pedimos que por favor atiendan nuestros llamados ya que desde el 17 de octubre del 2017 nuestras comuna presenta alto índice de violencia y situación de alteraciones en orden público hasta la fecha, agradecemos mucho toda la atención y apoyo que han brindado a nuestra comunidad atrás ves del proyectó de salud pública pero es tan bien un deber proteger a quien nos ayudan, nos brindan un excelente desarrollo ,apoyo dedicación y aprendizaje a nuestra sociedad comunitaria, de igual estaremos muy pendiente de retomar nuestras actividades con ustedes , siempre y cuando todo cambie el orden público en especial en nuestra comuna cinco.

Para constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Tumaco a los seis días del mes de junio 06 de 2018.

Firma

Luis Enrique palacios

Pte. Comuna Cinco

Aso junta comuna cinco –vía panamericana, teléfonos 315-489-9607- 316-516-5813 Tumaco
–Nariño-Colombia-email: secretaria aso junta comuna cinco alogonqui1087@hotmail.com

Fuente: carta entregada por el presidente de la comuna 5, al contacto en terreno para el proyecto en Tumaco.

Capítulo 6. Lecciones Aprendidas.