

Artículo de investigación

# Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias en salud de trabajadores rurales

## Strengthening institutional and community health capacities of rural workers

### Autor:

**Carlos Julio Saavedra-Cantor<sup>1</sup>**

**Recibido:** 30-05-2024

**Aceptado:** 02-09-2024

**Publicado:** 20-11-2024

### Palabras clave:

educación rural, educación sanitaria, trabajador agrícola e investigación participativa.

### Key words:

rural education, health education, agricultural worker, participatory research.

### Forma de citar este artículo:

Saavedra-Cantor CJ. Fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias en salud de trabajadores rurales. Rev. Salud, Trabajo y Sostenibilidad. 2024; 1(1): 76-91. ISSN: 3028-6999 (en línea). DOI: <https://doi.org/10.63434/30286999.43>

### Resumen

Los trabajadores del sector de la agricultura tienen las más altas tasas de accidentalidad y enfermedad laboral debido a las condiciones de salud, laborales, económicas, sociales, educativas y geográficas en las que se desempeñan, lo cual representa una barrera de acceso a una calidad de vida más digna y equitativa.

**Objetivo:** fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias de salud en la localidad de Sumapaz, zona rural de Bogotá.

**Materiales y métodos:** estudio cualitativo con enfoque de Investigación Acción Participativa. En la primera fase, se adelantó un diagnóstico rural participativo, a partir de la realización de 12 entrevistas semiestructuradas y dos grupos de discusión. En la segunda fase, y a partir de la investigación participativa, se llevaron a cabo acciones para contribuir al fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias. Además, se elaboró un plan de intervención y se desarrolló un proceso de educación popular en salud.

**Resultados:** en la fase de diagnóstico se identificaron tres categorías: «la paz y la salud como derechos interdependientes»; «capacidades comunitarias en salud» y «capacidades institucionales en salud, desde la perspectiva de la comunidad». Se priorizaron e intervinieron los siguientes problemas referidos por la comunidad: falta de potabilización del agua; limitada soberanía y seguridad alimentaria en el territorio; inadecuada clasificación de residuos y contaminación y limitados conocimientos por parte de los campesinos en cuanto a su Seguridad y Salud en el Trabajo.

**Conclusiones:** la investigación acción participativa contribuye al fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias en salud de los trabajadores rurales dispersos mediante la participación activa y el empoderamiento comunitario con apoyo de la institucionalidad.

<sup>1</sup> Enfermero, especialista y magíster en Seguridad y Salud en el Trabajo. Joven investigador. Facultad de Enfermería - Universidad Nacional de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2305-3810>. CvLAC: [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0001547700](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001547700). Correo: [cajsaavedraca@unal.edu.co](mailto:cajsaavedraca@unal.edu.co). Autor de correspondencia.

## Abstract

Workers in the agricultural sector have the highest rates of accidents and occupational illnesses due to the health, work, economic, social, educational and geographic conditions in which they work. This represents a barrier to access to a more dignified and equitable quality of life.

**Objective:** strengthen institutional and community health capacities in a rural area of Bogotá.

**Materials and methods:** Qualitative study with a participatory action research approach. In the first phase, a participatory rural diagnosis was carried out, based on 12 semi-structured interviews and two discussion groups. In the second phase, based on participatory research, actions were carried out to strengthen institutional and community capacities, an intervention plan was developed, and a famous health education process was created.

**Results:** In the diagnosis phase, three categories were identified: «peace and health as interdependent rights», «community health capacities», and «institutional capacities in health from the perspective of the community». The following problems reported by the community were prioritized and intervened: lack of water purification, limited sovereignty and food security in the territory, inadequate classification of waste and contamination and limited knowledge on the part of the farmers about their safety and health at work.

**Conclusions:** participatory action research contributes to strengthening dispersed rural workers' institutional and community health capacities through active participation and community empowerment with the support of institutions.

## Introducción

Desde la década de 1960, Colombia ha padecido un conflicto armado como consecuencia de la exclusión social, política y la ausencia de institucionalidad en su área rural (1). En este contexto se consolidaron dos tipos de Estado: el primero ganó su legitimidad en el área rural, a través de la fuerza pública y no garantizó el acceso a derechos; el segundo, un Estado que no implementó en su totalidad el contrato social en las ciudades, pero que sí garantizó mayores equilibrios democráticos a sus ciudadanos (2).

De acuerdo con lo anterior, el Estado y uno de los actores del conflicto armado acordaron seis puntos para finalizar las acciones bélicas (3). El primer punto, y el cual se relaciona con el desarrollo del presente estudio, es la reforma rural integral, que implica el desarrollo social y el acceso a salud, educación, vivienda y empleo en la ruralidad. Fue así que, en el marco de dicho acuerdo, se creó el Plan Nacional de Salud Rural, con el fin de aumentar las capacidades institucionales y comunitarias en estas zonas (3).

Es importante resaltar que la paz y la salud son derechos interdependientes, dado que el primero es un derecho síntesis en el que se materializan otros, como la salud, el trabajo digno, la educación, la vivienda y el acceso a la tenencia de la tierra (4). Lo anterior es congruente con lo expuesto en 1978, en la Conferencia de Atención Primaria en Salud, que consideró que la cesación de los conflictos acarrearía una redistribución de los recursos para alcanzar mejores niveles de salud y calidad de vida. En ese sentido, tal como lo enunció la Carta de Ottawa, la paz debe ser considerada como un elemento fundamental para la salud (5).

En este contexto, la promoción de la salud y la educación popular en esta área constituyen herramientas clave para contribuir a la superación del conflicto, incluso, el derecho a la salud, junto con el de la vida y la paz se fortalecen cuando las comunidades participan en la construcción de sociedades equitativas que resuelven sus problemas sin violencia y reciben atención integral en salud, robusteciendo así el Estado social de derecho en los territorios rurales dispersos (6,7).

Sumapaz, una de las 20 localidades en las que se divide administrativamente Bogotá, es el único territorio netamente rural de la capital colombiana y ha sido uno de los epicentros del conflicto armado por su ubicación estratégica (8). Teniendo en cuenta las características geográficas y el carácter rural de este territorio, es importante mencionar que la principal actividad económica y laboral que realizan los trabajadores campesinos de esta zona es la agricultura. Conocer esta condición laboral y de subsistencia de esta población es indispensable y se configura en un aspecto determinante de sus condiciones de salud. De hecho, se ha evidenciado que este sector presenta grandes desafíos debido a la geografía de la zona, la cual limita el acceso de la población trabajadora a los servicios básicos y a la alfabetización tecnológica y digital.

A lo anterior se suman las condiciones de precariedad laboral como consecuencia de las altas tasas de informalidad, así como las profundas brechas de género y de salario que presenta esta actividad económica. También es importante tener en cuenta otros factores como la presencia de trabajo infantil, las condiciones de trabajo inseguras, la vulnerabilidad ante el conflicto armado y el desplazamiento forzado, así como el limitado acceso a financiamiento bancario, entre otros (9).

La incidencia de estos factores se ve reflejada en los índices de siniestralidad laboral que presenta el sector de la agricultura el cual, año tras año, ha ocupado los primeros lugares a nivel nacional en cuanto a indicadores de accidentalidad, enfermedad y mortalidad laboral. De hecho, en el último informe de siniestralidad laboral publicado por el Observatorio de Seguridad y Salud en el Trabajo del Consejo Colombiano de Seguridad, este sector ocupó el primer lugar en accidentalidad con una tasa

de 4,71 eventos por cada 100 trabajadores (10), cifra que corresponde al primer cuatrimestre del año 2024.

Así las cosas, garantizar la salud y asegurar condiciones de trabajo dignas y decentes para esta población contribuirá al crecimiento económico de la sociedad, así como a su seguridad alimentaria. Para esto será fundamental la articulación interinstitucional e intersectorial y el compromiso de todos los actores en mejorar las condiciones de vida esta población. Con este panorama, la presente investigación tuvo como objetivo fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias de salud en Sumapaz, zona rural de Bogotá.

## Materiales y métodos

Este estudio es de corte cualitativo bajo el enfoque de la Investigación Acción Participativa (IAP) (11). Para la IAP, la comunidad es la unidad esencial de las soluciones, por lo cual la empodera para potenciar un mayor control sobre su salud y condiciones de vida. El empoderamiento social es la capacidad que tienen las comunidades para fortalecer sus capacidades con el apoyo de la institucionalidad (12). La investigación se realizó en dos fases como se puede observar a continuación.

### Fase I. Diagnóstico de las capacidades institucionales y comunitarias en salud en la localidad de Sumapaz

Se realizó un Diagnóstico Rural Participativo (DRP), un instrumento que busca incluir la perspectiva de todas las personas de interés para la investigación. En ese sentido, reconoce y respeta la sabiduría popular para luego analizar y comprender las diferentes percepciones. Se llevó a cabo una inmersión en campo y la socialización del proyecto de investigación con las instituciones estatales y organizaciones comunitarias presentes en los

territorios. Posteriormente, se conformó un equipo facilitador con miembros de la comunidad y la institución de salud de esta localidad, debido a su cercanía con la comunidad de esta zona rural.

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas con una duración de 45 a 80 minutos, cada una, y dos grupos de discusión, con una duración de 90 a 100 minutos, en promedio. También se utilizaron otras técnicas de recolección de información cualitativa diseñadas por el investigador como lo fueron el diario de campo, la observación participante y el registro fotográfico. Todas las fuentes de información fueron trianguladas para la obtención de los resultados.

Los criterios de inclusión para participar en los grupos de discusión y entrevistas semiestructuradas a la comunidad fueron: miembros de la comunidad mayores de 18 años y personas que aceptaron participar voluntariamente mediante un consentimiento informado escrito. Además, se realizó un muestreo cualitativo de diseño secuencial mediante el método de bola de nieve o cadena, con el fin de recoger los diferentes posicionamientos y discursos y se recolectó información hasta llegar a la saturación de datos (13).

También se adelantó un proceso de triangulación de información, la cual fue transcrita por el investigador y analizada a través del *software* ATLAS.ti, versión 7.5.7. Se utilizó el análisis del discurso desde la perspectiva de Foucault y se codificaron los fragmentos discursivos como E = Entrevista, GD = Grupo de Discusión y P = Participante. Se tuvieron en cuenta los criterios de rigor metodológico cualitativo de credibilidad, confirmabilidad y transferibilidad. Cabe mencionar que se recolectaron y analizaron los documentos oficiales suministrados por la institucionalidad y se complementó el DRP incluyendo la perspectiva de la institucionalidad (14).

## **Fase II. Fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias en salud en la localidad de Sumapaz**

A partir de los resultados obtenidos en la fase anterior, el DRP fue presentado al equipo facilitador mediante la metodología de árbol de problemas, en el cual se identificaron las causas del fenómeno, el problema principal, sus efectos o consecuencias y si era priorizable e intervenible para mejorar las condiciones de salud, trabajo y vida de la población participante. Posteriormente, el investigador junto con el equipo facilitador elaboró un plan de intervención con los problemas priorizados y se desarrolló un proceso de educación popular en salud con la participación de la institución de salud (14).

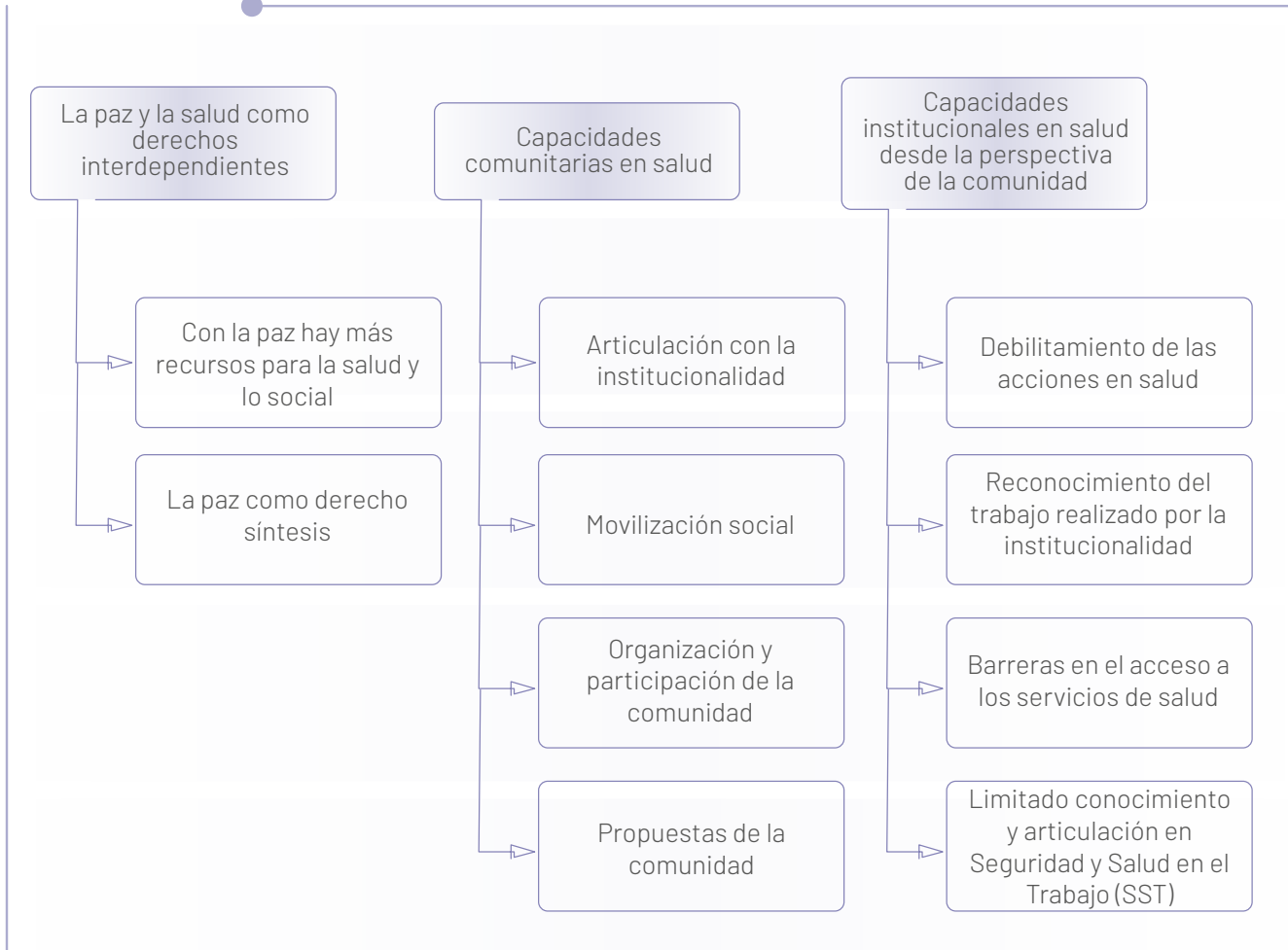
La investigación tuvo el aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Acorde con los criterios definidos por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la presente investigación se caracterizó como de riesgo mínimo, una vez que no se modificaron aspectos biológicos, físicos y psicológicos de los participantes (15).

## **Resultados**

### **Resultados fase I. Diagnóstico de las capacidades institucionales y comunitarias en salud en la localidad de Sumapaz**

Se conformó un equipo facilitador con dos miembros de la institución de salud y tres miembros de la comunidad. En las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión participaron 25 líderes comunitarios; de estos, 12 (48 %), en las entrevistas semiestructuradas: seis (24 %), en el primer grupo de discusión y siete (28 %), en el segundo grupo de discusión. En este proceso se identificaron tres categorías discursivas (figura 1).

**Figura 1.** Categorías y subcategorías discursivas



Fuente: elaboración propia.

**Categoría discursiva 1. La paz y la salud como derechos interdependientes**

Se identificaron dos subcategorías discursivas: "con la paz hay más recursos para la salud y lo social" y "la paz como derecho síntesis en el que materializan varios derechos como la salud".

**Subcategoría discursiva 1.1. Con la paz hay más recursos para salud y lo social**

Los posicionamientos discursivos de la comunidad destacan que, con la terminación del con-

flicto armado existe una mayor posibilidad de inversión en salud para los territorios rurales, mayor presencia de la institucionalidad y de profesionales de la salud que, anteriormente no llegaban y permanecían en el territorio por temor debido a las condiciones de seguridad. "La paz y la salud tienen una relación muy importante porque si el hospital tiene una capacidad para 200 personas, pero le llegan 400 personas por la guerra, entonces, eso perjudica, porque la guerra enferma y hace que haya más heridos y va a generar miedo para que vengán los profesionales" E10P10.

### **Subcategoría discursiva 1.2. La paz como derecho síntesis**

La paz se constituye en un derecho síntesis en el que convergen otros derechos como la salud, el trabajo digno, la educación, la vivienda y el acceso a la tierra, entre otros: *“la paz es que el Estado cumpla con su deber y como institución llegue con salud y con educación. Un ejemplo es que nos cuide, poder estar seguros cuando trabajamos nuestra tierra, mientras realizamos actividades culturales, en el transporte y en el aspecto artístico. No es solamente que unos se dejen de matar, porque igual están matando aquí al campesino cuando no tenemos salud”* E2P2.

## **Categoría discursiva 2. Capacidades comunitarias en salud**

En esta categoría se identificaron cuatro subcategorías discursivas: articulación con la institucionalidad, movilización social, organización y participación de la comunidad y propuestas de la comunidad.

### **Subcategoría discursiva 2.1. Articulación con la institucionalidad**

Se encontraron posicionamientos discursivos que manifestaron la necesidad de articular las capacidades comunitarias e institucionales para la siembra de alimentos sin agroquímicos, los cuales representan un riesgo para la salud de los trabajadores campesinos. Así mismo, se manifestó la importancia de garantizar la soberanía alimentaria: *“no ha habido la suficiente articulación entre el Parque Chaquen y el Centro Agroecológico Piloto Juan de la Cruz Varela (la primera es una iniciativa institucional y la segunda comunitaria para fortalecer la producción agrícola sin agroquímicos y garantizar soberanía alimentaria*

*en el territorio). La mirada del Chaquen se debería replicar hacia las fincas y hacia los campesinos, no tanto al exterior y los turistas, porque los que estamos expuestos realmente a todos estos agroquímicos somos nosotros y al usar agroquímicos en nuestros cultivos, nos pueden enfermar y si nos enfermamos no hay quien trabaje el campo”* E4P4.

### **Subcategoría discursiva 2.2. Movilización social**

Se identificaron narrativas sobre la movilización social en defensa del derecho a la salud, como se observa en los siguientes fragmentos: *“el primer tema de los campesinos de Sumapaz fue luchar por tener atención médica y logramos el resultado de tener un centro de salud”* E3P3.

*“Los encuentros ciudadanos son la oportunidad de proyectar recursos hacia el tema de la salud. De esos espacios salió lo de la ‘La Ruta de la Salud’ (que traslada a los pacientes de la localidad de Sumapaz a los centros de salud de mediana y alta complejidad, ubicados en la Bogotá urbana)”* GD1.

### **Subcategoría discursiva 2.3. Organización y participación de la comunidad**

La comunidad se ha organizado para garantizar la atención en salud por riesgos derivados de la presencia de incendios y/o agroquímicos que puedan afectar el sistema respiratorio de los habitantes: *“en salud, las organizaciones comunitarias han llamado la atención para que no se realicen quemas, se cuide el medio ambiente y también para que no se usen químicos en nuestros cultivos”* E12P12.

#### **Subcategoría discursiva 2.4. Propuestas de la comunidad**

La comunidad plantea las siguientes propuestas en sus discursos para mejorar las capacidades en salud general que también repercutan en su contexto laboral: *“trabajar mucho hacia la promoción y la prevención, para cambiar los hábitos que pueden causar enfermedades”* E6P6. *“Nosotros necesitamos médicos especialistas porque aquí las citas son a los seis meses y uno se muere cuando ya lo ve el especialista. También deben venir personas que nos puedan informar acerca de los temas que nos puedan afectar la salud al trabajar en el campo, por ejemplo, el uso de químicos o las heladas en la madrugada que nos pueden afectar los pulmones y generar pulmonías”* E9P9.

De la misma manera, la comunidad resalta que, para mejorar la atención en salud en Sumapaz, se necesita disposición de ambulancias, funcionamiento constante de la ruta de la salud, un enfoque diferencial y contratos estables para los trabajadores de este sector como se evidencia a continuación: *“debería haber un enfoque diferencial del hospital para Sumapaz, entonces se debería hacer una agenda especial para la comunidad y no someter a la gente a que cada semana se tenga que ir a la Bogotá urbana a un examen diferente”* GD1. También se identificaron posicionamientos sobre temas relacionados con formación en salud: *“hace falta educación en hábitos alimenticios, salud sexual y reproductiva”* E8P8. *“Se necesita conocer más sobre ergonomía, especialmente entre los campesinos, porque son ellos quienes trabajan en algunas posiciones que pueden afectar su salud”* E7P7.

#### **Categoría discursiva 3. Capacidades institucionales en salud desde la perspectiva de la comunidad**

En esta categoría se encontraron cuatro subcategorías discursivas: debilitamiento de las acciones en salud, reconocimiento del trabajo realizado por la institucionalidad, barreras en el acceso a los servicios de salud y limitado conocimiento y articulación para la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).

##### **Subcategoría discursiva 3.1. Debilitamiento de las acciones en salud**

Se percibe un debilitamiento de las acciones en salud por parte de la institucionalidad: *“últimamente desde la institución de salud no han contratado la ‘Ruta de la Salud’ y por eso, hemos tenido muchos problemas para trasladarnos a nuestras citas”* E10P10. *“Antes teníamos más ambulancias y más profesionales de la salud”* E12P12.

##### **Subcategoría discursiva 3.2. Reconocimiento del trabajo realizado por la institucionalidad**

La comunidad reconoce la importancia de la institucionalidad en salud en el territorio y la labor prestada por los trabajadores de este sector: *“hay tres instituciones que han estado siempre aquí en Sumapaz aun con el conflicto: el hospital, los colegios y las corregidurías”* E7P7. *“Muy agradecido con los profesionales del hospital, pues ellos son personas muy amables que con lo que tienen a la mano buscan darnos algo”* E3P3.

##### **Subcategoría discursiva 3.3. Barreras en el acceso a los servicios de salud**

Emergieron los siguientes posicionamientos discursivos: *“funciona por un tiempo (la ‘Ruta de la Salud’) y por otro tiempo no funciona,*

entonces las órdenes de los exámenes se terminan venciendo. Por eso, nuevamente, uno tiene que ir donde el médico y se demora más” E10P10.

La comunidad señala que las barreras de acceso a los servicios de salud, no son solamente una problemática de la localidad de Sumapaz, sino que obedecen a una situación que se presenta en todo el territorio nacional como consecuencia de la implementación de un sistema de salud al servicio del mercado, lo cual denota que la salud sea un negocio y no un derecho para la población colombiana, como se observa a continuación: *“la Ley 100 de 1993 nos mató con las contrataciones de las EPS, entonces el problema es que no se pueden hacer desde las entidades territoriales y hay mucho intermediario. Acá en el campo prácticamente no podemos enfermarnos y al accidentarnos por trabajar nuestra tierra, nos toca ayudarnos entre la misma comunidad. Tratamos de apoyarnos, brindarnos los cuidados y las recomendaciones para mejorar aquello que nos generó la molestia de salud”* E1P1.

Por otra parte, dentro de las capacidades institucionales de salud, la localidad de Sumapaz tiene dos centros de primer nivel de atención: uno presta servicios a la población de los corregimientos de Nazareth y Betania y municipios cercanos como Une y Gutiérrez (Cundinamarca); el otro presta servicios de salud al corregimiento de San Juan, el municipio de Cabrera (Cundinamarca) y veredas cercanas del municipio de la Uribe (Meta). Además, se cuenta con el Centro de Desarrollo del Potencial Humano (CDPH), localizado en la vereda Nazareth, en el que se atiende a población con enfermedades mentales. También está el Parque Temático en Salud Chaquen, una

herramienta de promoción de la salud en zonas rurales, cuyo objetivo es impactar positivamente en los determinantes sociales que influyen en el bienestar de las comunidades.

De esta manera, las acciones se fundamentan en el enfoque ecosistémico de la salud humana, por lo cual también se han implementado sistemas agroambientales que complementan las acciones de autocuidado, promoción y prevención en su contexto rural.

#### **Subcategoría discursiva 3.4. Limitado conocimiento y articulación para la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)**

Al respecto, emergieron las siguientes argumentaciones: *“entre nosotros mismos nos cuidamos y nos brindamos apoyo, sobre todo con tratamientos y cuidados con medicina tradicional”* E3P3. *“Yo terminé apenas mi primaria y me dediqué a labores del campo que fue la tradición de la familia. Sé que los químicos que le echamos a los cultivos nos pueden generar cáncer, porque es lo que uno escucha en las noticias”* E10P10. Lo anterior evidencia desconocimiento acerca de la salud laboral por parte de esta población.

#### **Resultados fase II. Fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias en salud en la localidad de Sumapaz**

A partir de los datos previamente descritos, se presentó al equipo facilitador el DRP a través de un árbol de problemas, con el fin de identificar los que eran prioritarios e intervenibles, teniendo en cuenta las capacidades comunitarias e institucionales de salud presentes en el territorio. En la tabla 1 se presentan algunos de estos problemas junto con el plan de intervención propuesto por el equipo facilitador.

**Tabla 1.** Problemas priorizados e intervenibles en salud y plan propuesto

Causas del problema	Problema principal	Efectos o consecuencias del problema	Plan de intervención
Barreras en el acceso a los servicios de salud.	Pérdida de citas y procedimientos médicos en salud.	Pérdida de la confianza de la comunidad en la institución de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar un modelo de atención en salud diferencial para los campesinos de Sumapaz, especialmente, cuando se recibe atención en centros de salud de mayor complejidad.</li> <li>Fortalecer la articulación con entidades gremiales, públicas y privadas, entre otras, para acceder a beneficios de la formalización laboral a fin de mejorar las condiciones de seguridad y salud laboral, logrando que profesionales en el tema acudan y realicen el acompañamiento necesario en la ruralidad.</li> </ul>
La comunidad, en ocasiones, no ha permitido la potabilización del agua con cloro por desconocimiento.	Falta de potabilización del agua.	Enfermedades gastrointestinales en los habitantes de Sumapaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar campañas de sensibilización a la comunidad sobre la importancia de la potabilización del agua.</li> </ul>
Uso excesivo de agroquímicos por parte del campesinado.	Limitada soberanía y seguridad alimentaria en el territorio.	Productos alimentarios inorgánicos y riesgos químicos sobre la salud de los campesinos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Continuar implementando las acciones educativas por parte de la institución de salud y demás actores e instituciones para reducir el uso de agroquímicos desde el enfoque de la SST.</li> </ul>
Falta de articulación entre el Centro Piloto Agroecológico Juan de la Cruz Varela y el Parque Chaquen.	Desconocimiento de los peligros ocupacionales a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores del sector.	Retrocesos en la articulación de la comunidad y el campesinado en relación con la soberanía, la seguridad alimentaria y la disminución del uso de agroquímicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la articulación entre el Centro Agroecológico Juan de la Cruz Varela y el Parque Chaquen, iniciando por una sensibilización de las acciones que realiza cada uno.</li> </ul>

Causas del problema	Problema principal	Efectos o consecuencias del problema	Plan de intervención
Falta de educación en el tema de seguridad alimentaria.	Limitada soberanía y seguridad alimentaria en el territorio. Desconocimiento de los peligros ocupacionales a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores del sector.	Hábitos alimenticios inadecuados por parte de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar acciones educativas que permitan fortalecer los hábitos alimenticios en la comunidad.</li> </ul>
Se requiere fortalecer el reciclaje en el territorio.	Inadecuada clasificación de residuos y contaminación del medio ambiente.	Inadecuadas prácticas de reciclaje por parte de los habitantes de Sumapaz.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar acciones educativas por parte de la institucionalidad para fortalecer los conocimientos de la comunidad sobre el reciclaje y la correcta clasificación de residuos.</li> </ul>
Falta de formación y capacitación en SST para el campesinado, en función de la actividad desempeñada	Limitados conocimientos por parte de los campesinos en cuanto a su salud laboral.	Prácticas laborales erróneas por parte de los campesinos que pueden conllevar peligros que pongan en riesgo su salud e integridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar acciones educativas por parte de la institucionalidad en términos de SST dirigidas a los campesinos, especialmente, en ergonomía.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia.

Es importante destacar que otras problemáticas en salud que afectan a la comunidad carecen de gobernabilidad por parte, no solo de la institución de salud, sino también de la comunidad. Por lo tanto, el equipo facilitador no las consideró intervenibles, aunque se reconoce su pertinencia.

A partir de los problemas identificados y mencionados en la tabla 1, se desarrolló un proceso de educación popular en salud y promoción del bienestar para esta población trabajadora. Las

intervenciones educativas se realizaron a partir de un modelo pedagógico socio-crítico, teniendo en cuenta los planteamientos pedagógicos de Freire (16). También se implementaron técnicas y ayudas educativas que fomentaron la participación y motivación de la comunidad de Sumapaz, entre las que se destacaron técnicas de encuentro, expositivas, de análisis y de desarrollo de habilidades (17). En la tabla 2 se describen las intervenciones educativas realizadas.

**Tabla 2.** Intervenciones educativas implementadas en la comunidad, desde una perspectiva participativa

Intervención	Contenido temático	Técnicas educativas	Ayudas educativas
Intervención educativa 1. Ergonomía en el entorno laboral para el campesinado	Actividad rompehielos	Encuentro	Premio sorpresa
	Proceso de trabajo en actividades agrícolas	Expositiva	Ninguna

Intervención	Contenido temático	Técnicas educativas	Ayudas educativas
Intervención educativa 1. Ergonomía en el entorno laboral para el campesinado	Manipulación manual de cargas	Lectura y análisis para el desarrollo de habilidades	Infografías, posición adecuada para levantamiento de bulto de papa y caja
	Postura forzada	Lectura, análisis y discusión Ejercicio práctico	Infografías sobre posiciones adecuadas en el surco de papa. Trabajadores en el surco de papa
	Movimientos repetitivos	Lectura, análisis y discusión Ejercicio práctico	Infografías sobre posiciones adecuadas para realizar el ordeño de la vaca. Trabajadores realizan el ejercicio del ordeño de la vaca
	Evaluación de la intervención educativa.	Análisis	Ninguna
Intervención educativa 2. Salud sexual reproductiva para el campesinado.	Actividad rompehielos	Encuentro	Premio sorpresa
	Derechos sexuales y reproductivos	Análisis	Carteleros educativos
	Funciones y conceptos de sexualidad y género	Análisis	Carteleros educativos
	VIH, sífilis y uso del condón.	Expositiva y desarrollo de habilidades.	Entrega de condones
	Evaluación de la intervención educativa.	Análisis	Ninguna
Intervención educativa 3. Uso del tiempo libre a través de estrategias de reciclaje que promuevan la preservación y conservación del medio ambiente.	Actividad rompehielos	Encuentro	Premio sorpresa
	Clasificación de residuos	Análisis	Carteleros educativos
	Importancia de la preservación y conservación del medio ambiente	Análisis	Carteleros educativos
	Estrategias de reciclaje a través de botellas plásticas para sembrar plantas	Desarrollo de habilidades	Botellas plásticas, temperas, pinceles, tierra y semillas
	Evaluación de la intervención educativa	Análisis	Ninguna

Intervención	Contenido temático	Técnicas educativas	Ayudas educativas
Intervención educativa 4. Seguridad alimentaria y nutricional a partir de las necesidades de la población.	Actividad rompehielos	Encuentro	Premio sorpresa
	Siembra de tomates sin agroquímicos	Desarrollo de habilidades	Semillas de tomates, tierra, azadón y agua
	Nutrientes de los alimentos producidos en el territorio	Expositiva y análisis	Cartelera educativa
	Evaluación de la intervención educativa	Análisis	Ninguna

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

En esta investigación se identificó que la IAP es una metodología que permite fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias de salud en el escenario objeto de estudio. Su aplicación permitió alcanzar dos objetivos: el primero, llegar a acuerdos para crear un enfoque diferencial para los campesinos al optimizar las capacidades institucionales en salud en los diferentes contextos de su vida (individual, familiar y laboral); y el segundo, mitigar las demoras de la atención en salud de alta complejidad y/o prevenir enfermedades y accidentes, producto de su trabajo asociadas, en su mayoría, a lesiones osteomusculares, así como a enfermedades respiratorias.

Al respecto, un estudio señala que la IAP y los procesos educativos son una acción dialéctica, interdependiente y complementaria para el trabajo con las comunidades, en tanto que se encarga de promover la creatividad, la comunicación y el equilibrio entre la reflexión y la acción, a partir de las capacidades comunitarias e institucionales para el autocuidado y empoderamiento de su salud (18,19).

En este sentido, en Australia se ejecutó una investigación para desarrollar una estrategia de

prevención primaria y promoción de la salud, culturalmente adaptada, para reducir las altas tasas de angustia psicológica y suicidio. La IAP se encargó de combinar la investigación, la educación y la acción, para el empoderamiento de la comunidad, generar soluciones colectivas y mecanismos para el cambio, lo cual permitió mejorar las capacidades comunitarias para un mayor control sobre la salud a través de la identificación de los factores que afectan el bienestar social de la comunidad (20).

A su vez, en un estudio realizado en México se encontró que la IAP es un método que puede mejorar procesos socioculturales, medioambientales y de salud pública, teniendo en cuenta que los territorios rurales cuentan con altos niveles de pobreza, bajos niveles educativos, falta de saneamiento básico y recursos naturales en riesgo de contaminación (21).

Por otra parte, en este estudio se identificó que las capacidades comunitarias en salud llevaron a la materialización de acciones como la construcción de centros de atención, el suministro de recursos para la compra de un vehículo para poner en marcha la 'Ruta de la Salud', el cuidado de la salud ambiental, la defensa y promoción de este derecho y la creación del

‘Convite’, una iniciativa comunitaria para fortalecer la soberanía y la seguridad alimentaria, así como la SST.

Al respecto, un estudio señala que la participación comunitaria es un proceso organizado, incluyente y autónomo que permite la transformación de las condiciones que determinan la salud de las poblaciones. Además, la participación se potencia al desarrollar las capacidades comunitarias en este ámbito y fortalecer el liderazgo a través de las organizaciones (19).

Sumado a lo anterior, se encontraron barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud que obedecen a la intermediación ejercida por las Entidades Promotoras de Salud (EPS). En Colombia, con la puesta en marcha de la globalización y el neoliberalismo, se creó la Ley 100 de 1993 que reglamentó la seguridad social integral (salud, pensiones y riesgos laborales). Esta normativa impulsó el subsidio a la demanda para la prestación de servicios de salud y favoreció una mayor participación del capital privado en los servicios sanitarios, lo que contribuyó a incrementar las desigualdades en salud, fenómeno que se vio agudizado gracias a unos mecanismos de regulación estatal ineficientes (22). Este aspecto fue corroborado por la población participante del estudio.

Al respecto es importante mencionar que las acciones colaborativas que se realizaron entre el campesinado y la institucionalidad permitieron ejercer acciones de abogacía para la atención de enfermedades de presunto origen laboral, el acceso a servicios de atención adecuados para personas con orientaciones sexuales no heteronormativas, el reconocimiento y la valoración de saberes ancestrales en salud del campesinado, así como la no estigmatización ni maltrato en los servicios de salud hacia la población rural (23).

Igualmente, se llevó a cabo un proceso de educación popular en salud y promoción de la misma a partir de las necesidades de la comunidad, mediante el cual se logró mantener el interés y motivación de los participantes y se propició la discusión y el análisis sobre las temáticas en salud mediante un modelo socio-crítico, a partir de los planteamientos pedagógicos de Freire.

Finalmente, un estudio desarrollado en Brasil (24) evidenció que la educación popular en salud es una herramienta que contribuye al fortalecimiento de la participación social, facilita el desarrollo de posturas responsables y autónomas por parte de los ciudadanos, transforma la realidad y a su vez, mejora la calidad de vida de los individuos y comunidades gracias al acceso a mejores condiciones de trabajo y bienestar. Así mismo, se fomenta el acceso a los servicios de salud y a los derechos sociales y laborales, a través de la reflexión, el diálogo y la acción (25).

## Conclusiones

Este trabajo encontró que la IAP contribuyó a fortalecer las capacidades comunitarias e institucionales, así como la educación popular y promoción de la salud, mediante un modelo pedagógico socio-crítico que favorece la reflexión, la acción y la participación de la comunidad en los procesos de educación, con el fin de transformar sus condiciones de vida, trabajo y bienestar.

Sin embargo, se resalta que para abordar otras problemáticas del territorio en términos de salud es necesario reformular las políticas públicas con la asignación de recursos económicos y humanos, que promuevan la formalización laboral en las áreas rurales. Esto último resulta necesario para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos de áreas rurales y es esen-

cial para aumentar la gobernabilidad por parte de la comunidad y las instituciones. Por lo tanto, la continuidad de este tipo de proyectos es clave para contribuir a los procesos de promoción y educación popular en salud en áreas rurales desde un contexto general y laboral.

### **Limitaciones**

Debido a la zona geográfica donde se encontraba la comunidad, el tiempo del desplazamiento y eventualidades de la zona ocasionaron demoras en la realización de las actividades pedagógicas programadas.

### **Conflicto de intereses**

No se declaran conflictos de intereses.

### **Agradecimientos**

Al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación por la financiación del proyecto titulado 'Fortalecimiento de las capacidades institucionales y comunitarias de salud en Sumapaz: un camino para promover la salud y consolidar la paz', mediante la convocatoria N° 775-2017 'Jóvenes investigadores e innovadores para la paz 2017'

Así mismo, a la población trabajadora campesina de la localidad de Sumapaz, que participo activamente en el proyecto; y a la Universidad Nacional de Colombia por apoyar su ejecución.

## Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, División de Salud y Ambiente. Estrategia de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo de América Latina y el Caribe. 2000. Disponible en: [https://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf](https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf)
2. Villarreal-Escallón JM. The historical relationship between agrarian reforms and internal armed conflicts: relevant factors for the colombian post-conflict scenario. *Land Use Policy*. 2021; 101:105138. DOI: 10.1016/j.landusepol.2020.105138.
3. Nilsson M, González-Marín L. Violent peace: local perceptions of threat and insecurity in post-conflict Colombia. *Int Peacekeeping*. 2020; 27(2): 238-262. DOI: 10.1080/13533312.2019.1677159.
4. Luna L. Colombian violent conflict: a historical perspective. *Int J World Peace*. 2019; 36(4):53-84. Available from: <https://www.jstor.org/stable/26885039>.
5. Simangan D, Sharifi A, Kaneko S. Positive peace pillars and sustainability dimensions: an analytical framework. *Int Stud Rev*. 2021; 23(4): 1884-1905. DOI: 10.1093/isr/viab054.
6. Acharya SS. Persistent inequalities in health-contextualising the neglect of Ambedkar's Contribution. In: Kale RK, Acharya SS, editors. *Mapping identity-induced marginalisation in India*. Singapore: Springer; 2022. DOI: 10.1007/978-981-19-3128-4\_20.
7. Abel T, Benkert R. Critical health literacy: reflection and action for health. *Health Promot Int*. 2022; 37(4): 114. DOI: 10.1093/heapro/daac114.
8. Tolera M. The role of peace-education as a coexistence, reconciliation and peace-building device in Ethiopia. *Electron Res J Soc Sci Humanit*. 2019; 2(3): 61-74. Available from: <https://ssrn.com/abstract=3670334>.
9. Quimbayo-Ruiz GA, Kotilainen J, Salo M. Reterritorialization practices and strategies of campesinos in the urban frontier of Bogotá, Colombia. *Land Use Policy*. 2020;105058. DOI: 10.1016/j.landusepol.2020.105058.
10. Antolinez-Figueroa C. Condiciones de trabajo en el sector agropecuario y medidas hacia el trabajo decente. *Rev Protección & Seguridad*. 2023; 410: 22-31. Available from: <https://ccs.org.co/wp-content/uploads/2024/01/Condiciones-de-trabajo-PS-410.pdf>.
11. Observatorio de la Seguridad y Salud en el Trabajo del Consejo Colombiano de Seguridad. Siniestralidad laboral en Colombia 1er cuatrimestre del 2024. Bogotá, Colombia; 2024. Available from: <https://ccs.org.co/observatorio/Home/fasecolda>.
12. MacDonald C. Understanding participatory action research: a qualitative research methodology option. *Can J Action Res*. 2012; 13(2): 34-50. DOI: 10.33524/cjar.v13i2.37.
13. Ruszczyk HA, Upadhyay BK, Kwong YM, Khanal O, Bracken L, Pandit S, Bastola R. Empowering women through participatory action research in community-based disaster risk reduction efforts. *Int J Disaster Risk Reduct*. 2020; 51: 101763. DOI: 10.1016/j.ijdrr.2020.101763.
14. Naderifar M, Goli H, Ghaljaie F. Snowball Sampling: a purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides Dev Med Educ*. 2017; 14(3). DOI: 10.5812/sdme.67670.
15. Anyon Y, Bender K, Kennedy H, Dechants J. A Systematic review of youth participatory action research (YPAR) in the United States: methodologies, youth Outcomes, and future directions. *Health Educ Behav*.

- 2018; 45(6): 865-878. DOI: 10.1177/1090198118769357.
16. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud". Colombia; 1993. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
  17. Scorrige A, Philpot R, Bruce T. Bringing socially-critical pedagogies to life through stories. *Curric Stud Health Phys Educ*. 2021; 12(3): 217-231. DOI: 10.1080/25742981.2021.1906725.
  18. Dickerson D, Baldwin JA, Belcourt A, Belone L, Gittelsohn J, Keawe'aimoku Kaholokula J, Lowe J, Patten CA, Wallerstein N. Encompassing cultural contexts within scientific research methodologies in the development of health promotion interventions. *Prev Sci*. 2020; 21(1): 33-42. DOI: 10.1007/s11121-018-0926-1.
  19. Ozer E. Youth-Led Participatory Action Research: developmental and equity perspectives. In: Horn SS, Ruck MD, Liben LS, editors. *Advances in Child Development and Behavior*. 2016; 50: 189-207. DOI: 10.1016/bs.acdb.2015.11.006.
  20. Osorio-Quintero L, Lopera-García LD, López-Arango YL, Rendón-Ospina ID, Tabares-López JC, Medina-Tamayo M, Nieto-López E. Condiciones de trabajo y de seguridad social en asociaciones de pequeños y medianos agricultores campesinos con prácticas de economía solidaria en tres municipios del oriente antioqueño, Colombia, 2015. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019; 37(2): 36-48. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v37n2a05.
  21. Dudgeon P, Scrine C, Cox A, Walker R. Facilitating empowerment and self-determination through Participatory Action Research: findings from the national empowerment project. *Int J Qual Methods*. 2017; 16(1). DOI: 10.1177/1609406917699515.
  22. Polanco-Rodríguez AG, Ruiz-Piña HA, Puerto FI. La investigación participativa en niños como herramienta en la promoción de la salud para la prevención de la enfermedad de Chagas en Yucatán, México. *Rev Bioméd*. 2017; 28: 65-77. DOI: 10.32776/revbiomed.v28i3.573.
  23. Uribe-Gómez M. Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(2). DOI: 10.1590/0102-311x00112616.
  24. Torres-Tovar M, Vega-Romero RR, Luna-García JE, Borrero-Ramírez YE, Echeverry-López ME. Luchas por el derecho a la salud en Colombia. *Saúde Para Todos Todas*. 2020; 44(1). DOI: 10.1590/0103-11042020S104.
  25. Santos AR, Santos RB, Santos RMM, Nascimento JC, Alves AB. Popular education as a participation tool and promoting citizenship in the family health strategy. *J Nurs*. 2016; 10(9):3259-3964. DOI: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201610.
  26. Corbin JH, Abdelaziz FB, Sørensen K, Kökény M, Krech R. Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. *Health Promot Int*. 2021; 36(1). DOI: 10.1093/heapro/daab066.