

## POR UN FUTURO MEJOR: PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA AFRODESCENDIENTES

### POR UM FUTURO MELHOR: PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA AFRO-DESCENDENTES

### FOR A BETTER FUTURE: PROGRAM OF HEALTH PROMOTION FOR AFRO-DESCENDANTS

Vilma Florisa Velásquez Gutiérrez<sup>1</sup>, Alba Lucero López Díaz<sup>2</sup>, Ana Helena Puerto<sup>3</sup>, Nhora Cataño Ordoñez<sup>4</sup>, Alba Idaly Muñoz<sup>2</sup>

#### Histórico

#### Recibido:

19 de Febrero de 2015

#### Aceptado:

27 de Octubre de 2015

1 Enfermera. Magíster en Enfermería. Docente Asociada. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Enfermería. Departamento Salud de Colectivos - Grupo de Investigación Cuidado Cultural de la Salud. Autor para Correspondencia: Carrera 30 No. 45-03, Torre de Enfermería Piso 9 Oficina: 912. Bogotá, Colombia. Teléfono: +57 3123576756. E-mail: [vvelasquez@unal.edu.co](mailto:vvelasquez@unal.edu.co)

2 Enfermera. Doctora y Magíster en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. E-mails: [allopezdi@unal.edu.co](mailto:allopezdi@unal.edu.co) & [aimunozs@unal.edu.co](mailto:aimunozs@unal.edu.co)

3 Enfermera. Magíster en Salud Pública. Magíster en Educación. Docente Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: [ahpuertog@unal.edu.co](mailto:ahpuertog@unal.edu.co)

4 Enfermera. Magíster en Enfermería. Docente Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. E-mail: [ncatano@unal.edu.co](mailto:ncatano@unal.edu.co)

#### RESUMEN

**Introducción:** Las familias afrocolombianas se caracterizan por vivir en contextos de alta vulnerabilidad, que requieren su fortalecimiento con programas en promoción de la salud. **Objetivo:** Construir un programa de promoción de la salud, con familias afrocolombianas en situación de pobreza en Tumaco, año 2012. **Materiales y Métodos:** Investigación - Acción - Participativa, conformando un grupo y comisión de seguimiento, esto permitió la adaptación de la propuesta de Martí a través de cuatro etapas en el proceso. **Resultados:** El programa de Promoción de la Salud fue una construcción colectiva entre el grupo Investigación Acción Participación, la comisión de seguimiento y las familias, realizada en cuatro fases: Etapa 1: Inicio y preparación del campo. Etapa 2. Diagnóstico: Aproximación al universo de las familias afrocolombianas. Etapa 3. Construcción y aplicación de programa de promoción de la salud: "Del dicho al hecho superamos los trechos". Etapa 4. Evaluación y proyección del programa: "Evaluando vamos terminando". **Discusión y Conclusiones:** La construcción social del programa de promoción de la salud, así como el abordaje pedagógico y didáctico para el desarrollo del mismo, se desarrolló en función del contexto cultural, desde la perspectiva de la Investigación Acción Participación. El programa "Por un futuro mejor" permitió crear nuevos conocimientos a familias, líderes y profesionales de la salud a partir de la realidad e intercambio de saberes, con acciones dirigidas a fortalecer el amor propio, la comunicación, el entorno y la participación, con el fin de mejorar las condiciones de salud.

**Palabras clave:** Promoción de la Salud, Participación Comunitaria, Relaciones Profesional-Familia, Enfermería en Salud Comunitaria. (Fuente: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.239>

#### RESUMO

**Introdução:** As famílias afro-colombianas caracterizam-se por viver em contextos de alta vulnerabilidade, que requerem seu fortalecimento com programas em promoção da saúde. **Objetivo:** Construir um programa da promoção da saúde, com famílias afro-colombianas em situação de pobreza em Tumaco, ano 2012. **Materiais e Métodos:** Investigação-Ação-Participativa, formando um grupo e a comissão de seguimento, este permitiu a adaptação da proposta do Martí através de quatro etapas no processo. **Resultados:** O programa de Promoção da Saúde foi uma construção coletiva entre o Grupo Investigação Ação Participação, a comissão de seguimento e as famílias, realizado em quatro fases: Etapa 1: Inicio e preparação do campo. Etapa 2. Diagnóstico: Aproximação ao universo das famílias afro-colombianas. Etapa 3. Construção e aplicação do programa de promoção da saúde: "Do dizer ao fazer, superamos as distâncias". Passo 4. Avaliação e projeção do programa: "Avaliando vamos terminando" **Discussão e Conclusões:** A construção social do programa de promoção da saúde, bem como a abordagem pedagógica e didática para o desenvolvimento do mesmo, desenvolveu-se em função do contexto cultural, desde a perspectiva da Investigação Ação Participação. O programa "Por um futuro melhor" permitiu criar novos conhecimentos às famílias, líderes e profissionais da saúde a partir da realidade e intercâmbio de saberes, com ações dirigidas a fortalecer o amor próprio, a comunicação, o entorno e a participação, com o fim de melhorar as condições de saúde.

**Palavras chave:** Promoção da Saúde, Participação Comunitária, Relações Profissional-Família, Enfermagem em Saúde Comunitária. (Fonte: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.239>

#### ABSTRACT

**Introduction:** Afro-Colombian families live in contexts characterized by high vulnerability that require strengthening programs in health promotion. **Objective:** To build a program of health promotion, with Afro-Colombian families in poverty in Tumaco, 2012. **Materials and Methods:** Research - Action - Participatory, forming a group and monitoring committee, this allowed the adaptation of the proposal Martí through four stages in the process. **Results:** The program of Health Promotion was a collective effort between the Research Action Group Participation, the monitoring committee and families, carried out in four stages: Stage 1: Initiation and preparation of the field. Step 2. Diagnosis: An approach to the universe of Afro-Colombian families. Stage 3. Construction and application of program health promotion: "Easier said than done overcome the stretches". Step 4. Evaluation and projection of the program: "Evaluating we finished." **Discussion and Conclusions:** The social construction of program health promotion as well as the educational and training to develop the same approach, developed depending on the cultural context, from the perspective of Action Research Participation. The "For a better future" allowed families to create new knowledge, leaders and health professionals from reality and knowledge exchange, with actions aimed at strengthening self-esteem, communication, the environment and participation, to improve health conditions.

**Key words:** Promotion Health, Consumer Participation, Professional-Family Relations, Community Health Nursing. (Source: DeCS BIREME).

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.239>

Cómo citar este artículo: Velásquez VF, López AL, Puerto AH, Cataño N, Muñoz AI. Por un futuro mejor: programa de promoción de la salud para Afrodescendientes. Rev Cuid. 2016; 7(1): 1185-94. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.239>

© 2016 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud (PS) surgió como campo de acción a partir del Informe Lalonde <sup>(1)</sup>, al marcar la influencia del ambiente, los estilos de vida y los aspectos sociales en la salud de la población. La Primera Conferencia Internacional que dio lugar a la Carta de Ottawa (1986) <sup>(2)</sup>, planteó que la PS “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. La Declaración de Sundsvall (1991) <sup>(3)</sup>, sobre los entornos propicios para la salud recalcó la importancia del desarrollo sostenible e instó a la acción social a nivel de la comunidad, siendo las personas la fuerza impulsora del desarrollo. La 4ª Conferencia Internacional sobre la PS afirmó que “cada vez más, la promoción de la salud está siendo reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud, se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla” <sup>(4)</sup>. Posteriormente, en la quinta conferencia se resaltó la necesidad de “situar la PS como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales y ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil”<sup>(5)</sup>.

Sin embargo, la Carta de Ottawa <sup>(2)</sup>, continúa siendo el documento sobre la promoción de la salud más conocido y citado; allí se afirma que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, propone cinco áreas estratégicas complementarias entre sí: a) logro de políticas saludables, b) fortalecimiento de la organización y participación comunitaria, c) desarrollo de habilidades personales, d) creación de ambientes saludables, e) servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención. Se observa así que es necesario el esfuerzo coordinado con otros sectores y grupos poblacionales que promuevan la participación comunitaria para garantizar transformaciones de condiciones para una vida sana y acceso equitativo a los servicios de salud. Los profesionales del sector salud pueden jugar un papel muy importante en la participación comunitaria teniendo en cuenta el conocimiento que poseen sobre la salud y el poder que tienen como formadores de opinión; Sin embargo, es necesario asegurarse de que se educa para empoderar y no tan sólo para informar <sup>(6)</sup>.

Así, la PS debe buscar en última instancia que la salud se convierta en un movimiento social en donde se reconozca su rol y mediación para lograr el bienestar

social; en la búsqueda de esta cultura salutogénica, el sector salud tiene que vincularse paritariamente con los otros sectores sociales, de tal manera que los beneficios sean vistos como el resultado de la acción conjunta y no de un sector en particular <sup>(6)</sup>. Por ello necesita orientarse a nutrir las relaciones que habiliten a la gente para fortalecer el control sobre sus vidas para beneficio de todos <sup>(7)</sup>.

Esto se logra con el aporte del liderazgo de la comunidad como parte esencial para el proceso entero y no puede dejarse exclusivamente al personal técnico, reconociendo de esta manera la importancia de que las comunidades adquieran las habilidades para negociar los asuntos de salud y ejercer su poder en los procesos de toma de decisiones <sup>(8)</sup>, para lograrlo, es necesario reconocer aspectos indispensables para ejercer el control, como la comunicación, una estrategia que permite obtener el apoyo y el compromiso de las personas; para cambiar conductas y estilos de vida, se utiliza además la información y sensibilización acerca de los riesgos para la salud; lograr consenso de participación y primordialmente cambios de conducta; integrar las diversas acciones sobre los estilos de vida, entornos y regulación <sup>(9)</sup>.

Por lo anterior, se hace necesario concebir programas de PS a través de la implementación de estrategias metodológicas y prácticas para abordar las problemáticas de salud que se expresan en la familia, sus componentes y sus relaciones socio-comunitarias, culturales y por otro lado, aspectos de carácter simbólico, que demandan una capacitación al personal interesado en la salud como profesionales, auxiliares y líderes <sup>(9)</sup>. Desafíos que implican pasar de un modelo biomédico a uno más de carácter biopsicosocial y cultural, donde resulta más eficiente y de mayor impacto social la acción del personal de salud en su función de creador de ambientes saludables e impulsor y defensor de políticas a favor de la salud <sup>(6)</sup>.

Por lo anterior, al trabajar con personas, familias y comunidades, es importante conocer sus necesidades, sus capacidades e involucrarlos en los procesos de generación de estrategias, proyectos, programas o políticas públicas, como lo propone la Investigación-Acción-Participación (IAP) que responde a estas condiciones como una modalidad de intervención psicosocial. Donde los participantes de la comunidad se consoliden convirtiéndose en actores determinantes dentro de su misma comunidad, al transformar y edificar su entorno y lograr de construir y reconstruir la realidad deseada <sup>(10)</sup>. La IAP puede ser una herramienta para

reconocer mejor el capital social presente en una comunidad y asegurar un real proceso participativo <sup>(11,12)</sup>, donde el empoderamiento de la comunidad, a su vez, favorezca la competencia cultural de las iniciativas de promoción y, de esa forma, su impacto sea real y de potencial sustentabilidad <sup>(13)</sup>.

Los grupos de investigación en Cuidado Cultural de la Salud y Salud y Cuidado de los colectivos establecieron una alianza donde se tomaron los postulados antes expuestos para construir un programa de PS con familias afrocolombianas de Tumaco. Reconociendo que en el Pacífico la baja calidad de vida de las personas afecta gravemente la salud, producto de la conjugación de múltiples problemas; como el hecho de no tener servicio de agua potable, falta de saneamiento ambiental sumado a que la calidad de atención en salud no es adecuada para algunos grupos de personas. La mayoría de la población afrocolombiana se encuentra localizada en las zonas marginales y relegadas de los beneficios del desarrollo. A todo esto se suma el gran impacto del desplazamiento forzado, que ha afectado particularmente a las comunidades negras asentadas en los territorios colectivos. En términos generales el panorama se agrava porque en los diferentes sectores de la región pacífica se presenta: 1. Incapacidad para identificar los enfermos (búsqueda y diagnóstico); 2. Incapacidad para incluirlos bajo tratamiento, una vez identificados (registro, información y notificación); y 3. Incapacidad para mantenerlos bajo tratamiento, una vez incluidos (no adherencia) <sup>(13)</sup>. En estas poblaciones se presenta una morbilidad dada por el embarazo incidental, hipertensión esencial, infecciones virales o intestinales, parasitosis, diabetes mellitus, entre otras <sup>(14)</sup>. De igual modo son frecuentes los problemas de desnutrición, Enfermedad Diarreica Aguda EDA e Infección Respiratoria Aguda IRA, enfermedades prevenibles que por lo general afectan a niños, adolescentes y adultos mayores.

Por tanto, el presente artículo tiene como objetivo describir la construcción de un programa de PS con familias afrocolombianas en situación de pobreza en Tumaco (Nariño), mediante la Investigación Acción Participación.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo de tipo Investigación-Acción-Participativa (IAP), realizado en el Barrio “Familias en Acción” de Tumaco, escogido por recomendación de las directivas del Hospital Divino Niño, quienes ofrecieron apoyo con un grupo de funcionarios del hospital

para garantizar la seguridad del enfermero auxiliar de investigación en campo. Participaron 9 familias extensas afrocolombianas en situación de pobreza de la ciudad de Tumaco-Nariño, seleccionadas mediante un muestreo por conveniencia, (sugeridas por los líderes de la comunidad, ante la inseguridad presentada en el barrio y el municipio), el grupo IAP (GIAP) y la Comisión de Seguimiento (CS) permitió la adaptación de la propuesta de Martí <sup>(15)</sup>, en la construcción del programa de PS, en cuatro etapas generadas por el grupo investigador y ejecutado por fases, así:

### **Etapas 1: Inicio y preparación para el trabajo de campo:**

Fase 1.1: Establecimiento de alianza entre dos Grupos de investigación

Fase 1.2: Búsqueda de literatura y contactos institucionales

### **Etapas 2: “Aproximándose al universo de las familias afrocolombianas en situación de pobreza:**

Fase: 2.1. Etnografía con familias Tumaqueñas

Fase: 2.2. Estructura organizativa del programa

Fase: 2.3. Selección del Barrio y las familias participantes

Fase: 2.4. Diagnostico Comunitario

### **Etapas 3: Construyendo y aplicando una propuesta de promoción de la salud, “Del dicho al hecho superamos los trechos:**

Fase: 3.1. Devolución de la información

Fase: 3.2. Construcción concertada del programa: Por un futuro mejor: Amor, Progreso y Salud.

Fase: 3.3. Desarrollo del Programa con participación de familias y líderes comunitarios

### **Etapas 4: Evaluación y proyección del programa: “Evaluando vamos terminando:**

Fase: 4.1 Resultados.

Fase: 4.2. Conclusiones

El proyecto tuvo una duración de 2 años y 6 meses (comenzó el 25 de julio de 2011 y finalizó el 25 de enero de 2014).

Se utilizaron como técnicas de recolección de datos: la observación participante, entrevistas individuales, grupos focales, diarios de campo, talleres grupales, jornadas de sensibilización y auto formulación de proyectos comunitarios.

**Aspectos éticos:** Se salvaguardan los procesos relacionados con la ética en investigación de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 <sup>(16)</sup>, y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) <sup>(17)</sup>, la investigación contó con el Consentimiento Informado por escrito de cada uno de los sujetos de investigación y se obtuvo aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Por otra parte, las principales limitaciones del estudio se presentaron por la inseguridad en el municipio, que no facilitó el acceso de investigadores y personal de salud al barrio, sino en horarios determinados.

## RESULTADOS

El programa de PS denominado por las familias: “Por un futuro mejor: Amor, Progreso y Salud”, se construyó de manera colectiva entre las familias, el grupo IAP y la Comisión de Seguimiento, organizadas en cuatro etapas con sus correspondientes fases (Figura 1), presentadas a continuación:

**Etapa 1: Inicio y preparación del campo:** incluye dos fases: Establecimiento de alianza entre dos grupos de investigación y Preparación para el trabajo de campo.

**Fase 1.1. Establecimiento de Alianza entre dos grupos de investigación:** se creó una alianza entre el Grupo Cuidado Cultural de la Salud y el Grupo Salud y Cuidado de los Colectivos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con participación de cinco profesoras de la Facultad de Enfermería, quienes se articularon para construir la propuesta de investigación y presentarla a convocatoria de la Universidad para buscar su financiación.

**Fase 1.2. Preparación para el trabajo de campo:** una vez confirmada la financiación del proyecto comenzó la preparación del trabajo de campo, procediendo a la búsqueda de literatura sobre personas y familias afrocolombianas y estableciendo contactos institucionales en Tumaco.

**Etapa 2. Diagnóstico: Aproximación al universo de las familias afrocolombianas,** incluyó las siguientes fases: Percepciones de salud-enfermedad y trayectorias de cuidado de familias vulnerables tumaqueñas, selección del barrio y las familias participantes, Diagnóstico Comunitario y la Constitución del Grupo IAP (GIAP) y Comisión de Seguimiento (CS).

**Fase 2.1. Percepciones de salud-enfermedad y trayectorias de cuidado de familias vulnerables tumaqueñas.** En esta etapa se puso de manifiesto que la percepción de la salud-enfermedad en el grupo de familias tumaqueñas estudiadas se puede comprender como un proceso biológico, social, histórico y cultural que responde a las particularidades de este colectivo. Este grupo ubica la salud-enfermedad en dos polos: la enfermedad como discapacidad y la salud como vitalidad del cuerpo <sup>(18)</sup>. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva, y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, sin embargo, el análisis de las condiciones materiales de vida muestra un reflejo en la cotidianidad <sup>(19)</sup>, que está permeado por una estructura social, económica y política de adversidad, la cual influye directamente en la salud-enfermedad. Las trayectorias de cuidado de la salud en esta población involucraron dos aspectos: los padecimientos predominantes en las narrativas de las familias tumaqueñas y las rutas seguidas para su curación. Así, fueron importantes las alteraciones consideradas como de filiación cultural donde juegan un rol fundamental para su atención los sanadores tradicionales (yerbateros, sobanderos y rezanderos). Lo anterior coincide con lo encontrado en estudios efectuados en la población afrocolombiana del municipio de Guapi-Valle del Cauca <sup>(20,21)</sup>. Esta aproximación a los significados del proceso salud-enfermedad y las trayectorias de familias vulnerables participantes, brindó elementos para orientar el programa de PS sensibles a la cultura del territorio estudiado, que se encuentra atravesando situaciones sociales difíciles, tales como el conflicto armado y el desplazamiento forzado. Es interesante observar como los aspectos emocionales o psicológicos aparecen relacionados con el estrés atribuido al conflicto social, que es descrito como una constante preocupación e implica la necesidad de protegerse <sup>(18)</sup>.

**Fase 2.2. Selección del Barrio y las familias participantes.** El Barrio fue escogido por recomendación de las directivas del Hospital Divino Niño, quienes en ese momento empezaban la caracterización de las familias del barrio “Familias en Acción”, y podían ofrecer al enfermero auxiliar de investigación el acompañamiento de un grupo de funcionarios del hospital para garantizar la seguridad del enfermero en campo. De igual manera las 9 familias participantes en el proyecto fueron sugeridas por los líderes de la comunidad, ante la inseguridad presentada en el barrio y el municipio.



**Fase 2.3. Estructura organizativa del programa:** Se estableció con la Constitución del Grupo IAP (GIAP), Comisión de Seguimiento (CS) y familias participantes. El GIAP estuvo conformado por cuatro líderes comunitarios, cinco representantes de familias extensas, el enfermero investigador de campo de la Universidad Nacional de Colombia, representantes institucionales de la Alcaldía y el hospital Divino Niño. La Comisión de Seguimiento (CS) estuvo conformada por las cinco docentes investigadoras de la Facultad de Enfermería y dos profesionales de enfermería, el primero, ubicado en el campo, se encargó de la construcción y ejecución del programa y el segundo estuvo apoyando el seguimiento del proyecto investigativo.

**Fase 2.4. Diagnóstico Comunitario:** El diagnóstico comunitario efectuado por el GIAP permitió identificar los principales elementos que afectan la salud de la población del barrio Familias en Acción del municipio de Tumaco; el estrés multifactorial (desempleo, dificultades familiares y de seguridad), la falta de calidad y acceso al agua, el manejo y disposición final de los residuos sólidos, la precariedad de la infraestructura vial, los déficit de autoestima y empoderamiento, las deficiencias en seguridad e higiene alimentaria, la seguridad ciudadana, el trabajo (con relación al desempleo y las enfermedades ocupacionales producto de la tarea), la organización y convivencia (relacionado con los denominados “chismes”, las riñas y el funcionamiento deficiente de la Junta de Acción Comunal-JAC), ausencia de servicios públicos tales como energía eléctrica (principalmente el alumbrado público) y alcantarillado, y finalmente la estabilidad y violencia intrafamiliar (composición y descomposición familiar, resolución de conflictos), fueron aspectos sustanciales que se consideraron como determinantes en la salud de la comunidad.

**Etapa 3. Construcción y aplicación de Programa de Promoción de la Salud: “Por un futuro mejor”,** con las siguientes fases: Devolución de la información, Construcción colectiva del programa: “Por un futuro mejor: Amor, Progreso y Salud” y Desarrollo del Programa con participación de familias y líderes comunitarios.

**Fase: 3.1. Devolución de la información y definición de ejes de acción:** Inicialmente se efectuó un ejercicio de análisis con el GIAP con el fin de priorizar los problemas, que fueron sintetizados como necesidades de las familias. A la vez estas fueron analizadas y clasificadas por la CS (Tabla 1).

**Tabla 1. Identificación de necesidades por GIAP y clasificación de las necesidades por comisión de seguimiento**

| Necesidades Identificadas GIAP  | Clasificación Necesidades Comisión de Seguimiento |
|---|---|
| Agua (Acceso, calidad)  | Servicios públicos                                |
| Basuras (manejo y disposición final)  | Saneamiento básico                                |
| Alcantarillado (manejo de desechos humanos)   | Servicios públicos - saneamiento básico           |
| Calles  | Infraestructura comunitaria                       |
| Alumbrado público   | Infraestructura comunitaria                       |
| Estrés multifactorial (desempleo, problemas familiares y de seguridad)  | Soporte psicosocial                               |
| Individuales (auto esquemas, hábitos de higiene y estilo de vida)   | Soporte psicosocial                               |
| Seguridad   | Protección  |
| Alimentación (seguridad alimentaria, hábitos de higiene)  | Alimentación                                      |
| Trabajo ( oferta y condiciones de la tarea)   | Actividad económica                               |
| Organización y convivencia (problemáticas derivadas del alcoholismo, “chisme” y las deficiencias en la organización y funcionamiento de la JAC) | Organización social y convivencia                 |
| Estabilidad y violencia intrafamiliar (composición y descomposición familiar, resolución de conflictos, rol de autoridad)                       | Participación comunitaria                         |

*Fuente: Proyecto de investigación: programa dirigido a promover la salud en familias extensas afrocolombianas en situación de pobreza desde una perspectiva cultural y colectiva: el caso de Tumaco. 2012.*

Posteriormente se socializó la clasificación de las necesidades analizadas por el CS, con el grupo GIAP y las familias, concertando la propuesta por ejes, y se construyó el programa con el nombre determinado por las familias (Tabla 2). Por lo tanto, fue definido cada uno de los ejes con palabras representativas y se construyeron lemas que contribuían a dotar de significado cultural y conceptual al programa en este contexto sociocultural.

**Tabla 2. Nombres asignados a los ejes de acción desde el Grupo de Seguimiento, el Grupo IAP y las familias**

| Comisión de Seguimiento (CS)                      | Grupo GIAP  | Familias                                |
|---|---|---|
| Eje 1.<br>Autonomía para la autodeterminación     | “Quiérase un poquito: póngase guapo, póngase bonita”. | Amor propio                             |
| Eje 2.<br>Relacionamiento y afrontamiento interno | “No esté subido, hablemos calmao”.                    | Comunicación                            |
| Eje 3.<br>Entornos Saludables                     | “Vamos a organizar nuestro barrio completo”           | Entorno saludable - basuras - reciclaje |
| Eje 4.<br>Participación Comunitaria               | “Pa’ no pasar trabajo, trabajemos todos unidos”.      | Participación de la comunidad           |

*Fuente: Proyecto de investigación: programa dirigido a promover la salud en familias extensas afrocolombianas en situación de pobreza desde una perspectiva cultural y colectiva: el caso de Tumaco. 2012.*

### Fase 3.2. Construcción concertada del programa:

Luego de establecer y concertar los ejes, se buscó el nombre del programa que se concretó como: “Por un futuro mejor: amor, progreso y salud” constituido por los cuatro ejes de acción definidos por las familias: amor propio, comunicación, entorno saludable y participación. Para abordar los ejes, se diseñaron y aplicaron seis talleres educativos, dirigidos a solucionar los problemas y las necesidades en salud identificadas por las familias.

**EJE 1 Autonomía para la autodeterminación:** “Amor propio”, trabajando desde lo cultural con frases como: *Quiérase un poquito: póngase guapo, póngase bonita*. En este eje se trabajaron los aspectos relacionados con el afianzamiento de los autoesquemas (autoimagen, autoconcepto y autoestima), que contribuyen al desarrollo y fortalecimiento del amor propio como herramienta para el empoderamiento y la transformación de las condiciones que afectan la salud.

**EJE 2 Relacionamiento y afrontamiento interno:** “Comunicación” haciendo énfasis de lo cultural con: *“No esté subido, hablemos calmao”*, este eje aborda elementos relacionados con la comunicación asertiva y la resolución de conflictos tanto a nivel intrafamiliar como comunitario.

**EJE 3 Entornos Saludables:** “Entorno saludable -basuras-reciclaje” dando importancia a frases de las familias: *“Vamos a organizar nuestro barrio completo”*,

*“poco a poco logramos organizar nuestro barrio”*. Hace referencia a los aspectos medioambientales, espacios físicos y estructura organizacional en los que se desenvuelve cotidianamente la comunidad; esto incluye elementos de saneamiento ambiental e infraestructura vial.

**EJE 4 Participación Comunitaria:** “Participación de la comunidad” este eje fue el único que coincidió con el nombre propuesto por la Comisión de Seguimiento. *El lema fue: “Pa’ no pasar trabajo, trabajemos todos unidos”*, este eje tiene que ver con la posibilidad de participación de la comunidad en las dinámicas y decisiones que se toman colectivamente así como la potestad para construir y gestionar proyectos tendientes a la solución de sus problemas. Se diseñaron y ejecutaron conjuntamente los siguientes proyectos: Proyecto Junta de acción comunal y el Proyecto de Promoción de Entornos Saludables, del que se derivó la propuesta para el restablecimiento del servicio de agua.

### Fase 3.3. Desarrollo del Programa con participación de familias y líderes comunitarios.

Para esto se llevaron a cabo encuentros individuales, familiares y con líderes comunitarios, donde didácticamente mediante dibujos, ejercicios de reflexión, relajación, juegos y dramatizados se promovió el autorreconocimiento, la autoaceptación y el emprendimiento de acciones individuales y colectivas para el fortalecimiento de la autoestima, los cuales buscaron promover un papel más activo de las personas en la transformación de sus dinámicas familiares y comunitarias. Se trabajaron temas desde la PS frente a las relaciones familiares, calidad y acceso al agua, acceso a la energía eléctrica y el alcantarillado, el manejo y disposición final de los residuos sólidos, autoestima y empoderamiento, seguridad e higiene alimentaria, seguridad ciudadana, el trabajo y la organización y convivencia, aspectos determinantes en la salud de la comunidad.

**Etapa 4. Evaluación y proyección del programa,** desde los datos cualitativos obtenidos se destaca que las familias participantes tuvieron la posibilidad de mirarse a sí mismas y su entorno, reflexionar y promover la participación social en torno a acceder a servicios públicos, saneamiento básico, infraestructura comunitaria, soporte psicosocial, alimentación, actividad económica, participación comunitaria, Organización social y convivencia. La Investigación y Acción Participativa fue la estrategia básica de implementación del trabajo de PS en las familias tumaqueñas y la gestión presentó una tendencia a ser más participativa e inclusiva.

Además, después de participar activamente en los talleres contruidos con el GIAP, en las familias surge la iniciativa y diseño de dos proyectos con los líderes y la comunidad: Proyecto de Promoción de Entornos Saludables y Proyecto Junta de acción comunal. El proyecto de entornos saludables con estrategias promocionales, de restitución del derecho y de emprendimiento productivo para el municipio centrado principalmente en el manejo de residuos sólidos, fue entregado a la Oficina de saneamiento ambiental de la Secretaría de Salud Municipal. El proyecto con la JAC, plan de trabajo 2013-2014, fue entregado al presidente de la JAC, la propuesta incluye la realización de un censo en la comunidad que permita caracterizarla y ampliar el trabajo efectuado en el presente estudio.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La salud pública se beneficia de las acciones específicas de atención primaria orientada a la comunidad, ya que esta abarca la vigilancia demográfica y sanitaria, participa en la evaluación de los programas de acción local, el tamizaje de la población y la evaluación de intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, y toma parte activa en la asesoría individual, familiar y comunitaria <sup>(22)</sup>. Diferentes experiencias reportadas en América Latina expresan la dificultad de integrar modelos de APS en los sistemas de salud existentes debido a “falta de voluntad política de los gobiernos y los valores culturales predominantes en esos países” <sup>(22)</sup>. En Colombia se han desarrollado programas nacionales y locales de APS, como el Modelo Integrador de Enfermería de Atención Primaria a la Salud (MIEAPS), los cuales pretenden fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades al incorporar acciones efectivas y acciones comunitarias para el desarrollo de entornos saludables, dando como resultado que se incremente la demanda de servicios <sup>(23)</sup>. El trabajo de enfermería con familias implica un reto profesional pero además nos brinda un área de oportunidad para dejar los esquemas tradicionales de cuidado y permite el desarrollo del trabajo independiente y autónomo de la enfermería profesional. Cuando abordamos a la familia en su ambiente y consideramos las fortalezas de la familia estamos brindando verdaderos cuidados <sup>(24)</sup>. Esta es la importancia del presente estudio de enfermería, que aporta a la PS desde la Investigación Acción Participativa como una estrategia básica de implementación del trabajo de PS en las familias tumaqueñas al ser participativa e inclusiva, brindar elementos para orientar intervenciones en salud sensibles a la cultura de las familias tumaqueñas con el fin de empoderarlas. Ya que para lograr cambios en las comunidades vulnerables

como las familias afrocolombianas, además, políticas de salud orientadas a la comunidad, equipos de salud motivados y recursos humanos y financieros suficientes, se requiere de la participación activa de la comunidad, investigación y la docencia como partes integrales de los servicios de salud.

Como lo señalan Alcalde-Rabanal et al <sup>(25)</sup>, se concibió la implementación de PS como la estrategia para desarrollar capacidades <sup>(26)</sup>, empoderar a la población <sup>(27)</sup>, y motivar la participación social para el cuidado de su salud <sup>(28)</sup>, fortalecida por las capacidades logradas por los líderes comunitarios en la identificación e intervención en prioridades de salud desde su propia percepción y experticia y obteniendo el compromiso con su comunidad de trabajar por los problemas sentidos por todos, guiando adecuadamente a la gente. Consiguieron tener conocimiento y ser capaces de representar la comunidad y negociar con las instituciones locales <sup>(29)</sup>, es decir trabajaron todos unidos y sumaron esfuerzos para lograr las metas propuestas.

El programa: “Por un futuro mejor”, a través de los cuatro ejes propuestos: participación de la comunidad, entorno saludable -basuras-reciclaje, desarrollo del Amor propio y Comunicación, reconoce la PS como un elemento esencial para el desarrollo de la salud, en un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla” <sup>(4)</sup>, sin embargo se destaca que la comunidad no propone ejes hacia el logro de políticas saludables y servicios de salud reorientados hacia la equidad, calidad y prevención, áreas que requieren del esfuerzo coordinado con otros sectores para garantizar la sostenibilidad y proyección del proyecto.

El sentido de control de las personas o comunidades sobre su entorno se relaciona con la percepción de capacidad propia o autoeficacia (factores internos) para influir en asuntos de la realidad cercana o para intervenir sobre sistemas sociales considerados importantes <sup>(30)</sup>. Así, la PS es una combinación de apoyos comunicativos, educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud <sup>(31)</sup>, desde su propia percepción, como el logro con la construcción y aplicación del programa “Por un futuro mejor”.

El programa “Por un futuro mejor...” involucra diversos actores institucionales y de la comunidad, tales como: la academia a través de las investigadoras, las entidades estatales como Alcaldía y E.S.E Divino Niño, los líderes comunitarios y las familias. Es un aporte para el desarrollo del país, ya que los resultados positivos del proyecto ponen en evidencia la participación de

las familias del barrio Familias en Acción de la zona urbana del municipio de Tumaco, como ejemplo de una población vulnerable capaz de encontrar alternativas de solución a sus necesidades de salud. Especialmente en comunidades como la afrocolombiana, donde el 90 por ciento de quienes la integran vive en condiciones alarmantes de miseria, exclusión social, discriminación racial, segregación social<sup>(32)</sup>, y pobreza.

La construcción social tanto del programa como del abordaje pedagógico y didáctico para el desarrollo del mismo se realizó en función del contexto cultural; desde la perspectiva de la IAP, los expertos son los profesionales de la salud y la comunidad, quienes desde su cotidianidad y visión de mundo tienen la capacidad de reflexionar y transformar sus condiciones. Por esto, la propuesta IAP de Martí<sup>(15)</sup>, constituye una buena herramienta metodológica, dado que facilitó el desarrollo de habilidades en las personas y el empoderamiento, considerado este como un proceso a través del cual la gente gana un mayor control sobre decisiones y acciones que afectan su salud<sup>(8)</sup>.

Esta experiencia indica claramente que “los trabajadores de la salud necesitan redefinir su papel para impulsar la participación de las organizaciones comunitarias”<sup>(10)</sup>, creando oportunidades para la participación, negociación y desarrollo de consensos. Por ello, el llamado que se hace a los profesionales de la salud, es para que de esta manera, ejerciendo en su propio contexto cultural, logren reconocer las creencias y prácticas de las personas que atienden, que tengan en cuenta ese

significado para diseñar intervenciones adaptadas a esos grupos y escuchen lo que las personas entienden sobre lo que proponen<sup>(33)</sup>.

El presente estudio concluye que PS y la IAP son estrategias que desarrollan y fortalecen a la ciudadanía, de modo que la población pueda ejercer sus derechos en salud. Reconocieron que la participación de la comunidad es un elemento fundamental para fomentar el autocuidado de la salud y para establecer una relación más horizontal entre los servicios de salud y la comunidad.

### Agradecimientos

Trabajo enmarcado en la Convocatoria Nacional de Investigación y de Creación artística de la Universidad Nacional de Colombia 2010-2012, Modalidad 2: Fortalecimiento a grupos de investigación y creación artística con proyección nacional. Alianza de grupos de Investigación: Cuidado Cultural de la Salud y Salud y cuidado de Colectivos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Código: 12815.

Las autoras agradecen a la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Dirección de Investigación Bogotá por la financiación del estudio y a las familias que participaron con sus valiosos aportes.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



## REFERENCIAS

1. **Lalonde M.** El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense de la promoción de la salud. Publicación Científica de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS, 1996; 557:3-5.
2. **Organización Mundial de la Salud.** La Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
3. **Organización Mundial de la Salud.** Tercera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud: Ambientes favorables a la salud. Sundsvall, Suecia. 1991.
4. **Organización Mundial de la Salud.** Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Yakarta, República de Indonesia. 1997.
5. **Organización Panamericana de la Salud.** Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México DF. 2000.
6. **González-Molina J.** Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Rev Méd Urug.* 2002; 18(3):192-7.
7. **Romero DV.** Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007; 23(3).
8. **Restrepo HE.** Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2001; 19 (1).
9. **Dirección de Promoción de la Salud y Control de ENT.** Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos. Estrategias de Comunicación para la Promoción de la Salud.
10. **Moya E, Quiroz J, Rodríguez L.** Una experiencia de Investigación y Acción Participativa con la comunidad de la Vereda El Charquito – Soacha. Universidad Católica de Colombia. Trabajo de Grado en Servicio Social Comunitario, Facultad de Psicología, Bogotá D.C. 2013.
11. **Farquhar SA, Michael YL, Wiggins N.** Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *Am J Public Health.* 2005; Apr;95(4):596-601. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000100019>
12. **Lewin K.** Action research and minority problems. *J Soc Issues.* 1946; 2(34-46).
13. **Hennessey Lavery S, Smith ML, Esparza AA, Hrushow A, Moore M, Reed DF.** The community action model: a community-driven model designed to address disparities in health. *Am J Public Health.* 2005; Apr;95(4):611-6.
14. **Decreto. N° 3039 de 2007.** Ministerio de la Protección Social, Colombia. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
15. **Martí J.** La investigación-acción participativa: estructura y fases. Disponible en: [http://www.redcimas.org/wordpress/wpcontent/uploads/2012/08/m\\_JMarti\\_IAPFASES.pdf](http://www.redcimas.org/wordpress/wpcontent/uploads/2012/08/m_JMarti_IAPFASES.pdf)
16. **Resolución N° 008430 de 1993.** Ministerio de Salud. “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”. Santa Fe de Bogotá. 1993. p.1.
17. **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.** CIOMS. Guidelines for ethical review of epidemiological studies. Ginebra. 1991.
18. **Muñoz AI, Puerto AH, López L, Velásquez G, VF, Cataño ON.** Percepciones de salud-enfermedad y trayectorias de cuidado en familias afrocolombianas vulnerables. *Index de Enfermería/Cuarto Trimestre.* 2014; 23 (4): 214-8. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300005>
19. **Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A.** Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva.* 2007; 3(3):271-83.
20. **López L, Cataño N, López H, Velásquez V.** Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. *Aquichán.* 2011; 11(3):287-304. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2011.11.3.4>
21. **Cataño N, López L, López H, Velásquez V.** Realidades de la estructura social afrocolombiana: más allá de los indicadores. [XIV Seminario Internacional del Cuidado].
22. **Gofin J, Gofin R.** Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública.* 2007; 21 (2-3): 177-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007000200012>
23. **Alarcón-Cerón M.** Modelo integrador de enfermería: una estrategia para la Atención Primaria a la Salud. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 21 (1): 35- 40.
24. **Galicia R.** Cuidado de enfermería familiar en una comunidad rural. *Rev Paraninfo,* 2009; 6.

25. **Alcalde-Rabanal JE, Molina-Rodríguez, JF, Castillo-Castillo LE.** Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los Servicios Estatales de Salud: análisis comparativo en ocho estados de México. *Salud pública Méx.* 2013; 55(3):285-93.
26. **Eriksson M.** Social capital and health implications for health promotion. *Glob Health Action.* 2011. Feb 8;4:5611. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>
27. **Kasmel A, Tanggaard P.** Evaluation of Changes in Individual Community-Related Empowerment in Community Health Promotion Interventions in Estonia. *Int J Environ Res Pub Health.* 2011; 8(6):1772-91. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph8061772>
28. **Carr G.** Empowerment: A Framework to Develop Advocacy in African American Grandmothers Providing Care for Their Grandchildren. *ISRN Nurs.* 2011: 531717.
29. **Delgado-Gallego ME, Vázquez ML.** Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(1):169-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100018>
30. **Montero M.** Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005.
31. **Choque R.** Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima Perú. Diciembre de 2005.
32. **Boletín del Movimiento Nacional Afrocolombiano Cimarrón.** Estudios afrocolombianos situación y problemática de la población afrocolombiana.
33. **Osorio MB, López A.** Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index Enferm, Granada.* 2008; 17 (4):266-70.