

**EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL  
Y EDUCACIÓN EN SALUD DESDE LOS  
DETERMINANTES SOCIALES EN LA  
RURALIDAD DE CALI, 2019<sup>1062</sup>**

Página | 2581

**EXPERIENCE OF SOCIAL PARTICIPATION  
AND HEALTH EDUCATION FROM THE  
SOCIAL DETERMINANTS IN THE RURALITY  
OF CALI, 2019**

Naydú Acosta Ramírez<sup>1063</sup>

Luz Dary González Restrepo<sup>1064</sup>

Janeth Cecilia Gil Forero<sup>1065</sup>

Sonia Quebradas Jiménez<sup>1066</sup>

Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad–REDIEES.<sup>1067</sup>

---

<sup>1062</sup> Derivado del proyecto de investigación. Implementación y evaluación de estrategias de promoción y prevención desde la participación social, para el mejoramiento de la salud del área rural y marginal de Cali.

<sup>1063</sup> Médica, Universidad del Cauca, PhD Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: naydu.acosta00@usc.edu.co

<sup>1064</sup> Instrumentadora Quirúrgica, Universidad Santiago de Cali, Magister en Salud Pública, Universidad del Valle, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: ludago@usc.edu.co

<sup>1065</sup> Odontóloga, Universidad San Martín, Magister en Educación Superior, Universidad Santiago de Cali, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: janethgil@usc.edu.co

<sup>1066</sup> Enfermera, Universidad Mariana, Magister en Salud Pública – Universidad de Antioquia. Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: soquebra@usc.edu.co

<sup>1067</sup> Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES. [www.rediees.org](http://www.rediees.org)

## 136. EXPERIENCIA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y EDUCACIÓN EN SALUD DESDE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LA RURALIDAD DE CALI, 2019<sup>1068</sup>

Página | 2582

Naydú Acosta Ramírez<sup>1069</sup>, Luz Dary González Restrepo<sup>1070</sup>, Janeth Cecilia Gil Forero<sup>1071</sup>,  
Sonia Quebradas Jiménez<sup>1072</sup>

### RESUMEN

**Justificación:** Ante la vulnerabilidad socioeconómica poblacional e inequidades urbano-rurales se requieren intervenciones integrales con alianzas de actores territoriales locales. **Objetivos:** identificar e intervenir riesgos ambientales y en salud de la población rural marginal de Cali. **Metodología:** proyecto de articulación investigación-formación-extensión. **Resultados:** Mediante una ficha de caracterización aplicada por encuesta a las familias se encontró que la población tiene riesgos ambientales, estilos de vida no saludables y no realiza una asistencia óptima a los servicios preventivo-promocionales del sistema de salud, y se aduce limitada información o desconocimiento de estos. Se desarrollaron con la comunidad conversatorios, charlas informativas, entrega de material impreso (folletos, pancartas) juegos educativos. Logros para la academia que los estudiantes apropian competencias laborales y la relevancia de la integración social. **Conclusiones:** Son aprendizajes de la relación Universidad y comunidad la relevancia del diálogo y aprendizaje conjunto, conjugando saberes académicos, científicos, cotidianos y populares. Los resultados de este proyecto aportan entonces elementos analíticos para el desarrollo de acciones de promoción y prevención en otros contextos rurales de similares características socioeconómicas, las cuales

---

<sup>1068</sup> Derivado del proyecto de investigación. Implementación y evaluación de estrategias de promoción y prevención desde la participación social, para el mejoramiento de la salud del área rural y marginal de Cali.

<sup>1069</sup> Médica, Universidad del Cauca, PhD Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: naydu.acosta00@usc.edu.co

<sup>1070</sup> Instrumentadora Quirúrgica, Universidad Santiago de Cali, Magister en Salud Pública, Universidad del Valle, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: ludago@usc.edu.co

<sup>1071</sup> Odontóloga, Universidad San Martín, Magister en Educación Superior, Universidad Santiago de Cali, Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: janethgil@usc.edu.co

<sup>1072</sup> Enfermera, Universidad Mariana, Magister en Salud Pública – Universidad de Antioquia. Docente, Universidad Santiago de Cali, correo electrónico: soquebra@usc.edu.co

incorporen alianzas territoriales de diversos actores sociales e institucionales. Son logros destacables el análisis de las realidades que viven las comunidades, con la identificación más cercana de los problemas de salud y la aproximación a intervenciones de promoción y prevención primaria en salud que benefician tanto a las comunidades como a la formación de profesionales en salud.

## **ABSTRACT**

**Justification:** Given the socioeconomic vulnerability of the population and urban-rural inequities, comprehensive interventions with alliances of local territorial actors are required. **Objectives:** to identify and intervene in environmental and health risks of the marginal rural population of Cali. **Methodology:** research-training-extension articulation project. **Results:** Through a characterization sheet applied by a survey of families, it was found that the population has environmental risks, unhealthy lifestyles and does not perform optimal assistance to preventive-promotional services of the health system, and limited information is adduced or ignorance of these. **Discussions,** informative talks, delivery of printed material (brochures, banners) educational games were held with the community. **Achievements** for the academy that students appropriate job skills and the relevance of social integration. **Conclusions:** The relevance of dialogue and joint learning are learning from the University and community relationship, combining academic, scientific, daily, and popular knowledge. The results of this project then provide analytical elements for the development of promotion and prevention actions in other rural contexts with similar socioeconomic characteristics, which incorporate territorial alliances of various social and institutional actors. Outstanding achievements are the analysis of the realities that communities live, with the closest identification of health problems and the approach to primary health promotion and prevention interventions that benefit both communities and the training of health professionals.

**PALABRAS CLAVE:** determinantes, estilos de vida, accesibilidad, riesgo, atención primaria en salud, adherencia, educación en salud

**Keywords:** determinants, lifestyles, accessibility, risk, primary health care, adherence, health education

## INTRODUCCIÓN

En la ciudad metropolitana de Cali, se encuentran áreas rurales marginales en las cuales se asientan familias con vulnerabilidad socioeconómica, con potenciales riesgos ambientales y en salud (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015a, 2015b). Son limitados los estudios que con enfoque de determinantes sociales desarrollen intervenciones en esas zonas rurales y particularmente en el Corregimiento de la Buitrera y los Andes, las cuales enfatizan en las estrategias de promoción y prevención para el cuidado en salud desde la participación social.

Página | 2584

Con ese contexto se desarrolló un proyecto que tuvo como objetivo identificar e intervenir con estrategias de educación en salud los riesgos en salud en el ámbito familiar y comunitario de los habitantes de áreas rurales marginales, mediante la articulación de la Universidad Santiago de Cali (USC), los líderes sociales, y la coordinación con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) de la Secretaría Municipal de Salud de Cali, durante el 2019.

En las últimas décadas las políticas internacionales y nacionales de salud posicionan la promoción de la salud como un componente clave de la atención en salud que debe dirigirse a fomentar el desarrollo humano y lograr la consecución de una calidad de vida equitativa y aceptable. (Franco, 2012). De igual forma, la participación social como herramienta de la APS propicia acciones de cuidado y autocuidado, porque los miembros de una comunidad se comprometen individual o colectivamente a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por los problemas de salud y actúan para buscar soluciones. (Pardo, Gil & Arenas, 2019)

Según la Organización Panamericana de la Salud, la cobertura y acceso universal de salud implican que todas las personas, a nivel nacional y sin discriminación alguna, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad tengan acceso, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, sin exponer a los usuarios a dificultades financieras. (OPS, 2019)

En Colombia la salud es un derecho fundamental dentro del marco legal de la Ley 1751 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) que en conjunto con la Resolución 2063 del 2017, proporcionan un nuevo impulso a la participación social en salud, definida

como uno de los principios de la seguridad social, que involucra a las personas a ser capaces de tomar decisiones libres y autónomas en materia de salud, a estar plenamente informadas de lo que pase con ellas y su familia en lo que respecta a su salud, con un espíritu de autodeterminación y confianza. En este sentido, las decisiones tomadas en los territorios del país deben contar con la participación ciudadana como expresión de democracia en un Estado social de derecho.

Igualmente es en el trabajo comunitario donde deben concentrarse los esfuerzos de salud para lograr modificaciones favorables, por su pertinencia para las acciones de promoción y prevención previstas para ser realizadas por el equipo de salud que está a cargo de la comunidad, basados en el diagnóstico de las condiciones de salud de esta y la accesibilidad al sistema de salud como el principal atributo de la atención primaria de salud, estableciendo su relación con la calidad y utilización de los servicios de salud. (Figueroa y Cavalcanti, 2014).

**Determinantes Sociales en la Ruralidad.** Desde la antigüedad, más exactamente desde finales del siglo XVIII, algunos teóricos como Johan Peter Frank, comenzaron a preocuparse por el estudio de las causas, condiciones o circunstancias que llevarían a la conservación o pérdida de la salud. Sin embargo, fue sólo hasta 1969 que la Asamblea de la OMS asumiría que “la incultura y la pobreza como las principales causas de enfermedad”. Ya a partir de los años 70 a este conjunto de causas se le comienza a conocer como “determinantes” y aparecieron varios modelos que intentaban explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes, entre los que se encuentran el modelo holístico de Laframbroise (1973), el modelo ecológico de Austin y Werner (1973) y el de bienestar de Travis (1977). (Piedrola Gil, 2015)

En 1974 se publicó el Informe Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que se habían determinado cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. Estos determinantes son: Medio ambiente, Estilos de Vida, Biología Humana y Atención sanitaria (Villar Aguirre, 2011). La evolución histórica del concepto de “determinantes” ha adquirido varios significados, por una parte, se refiere a los factores sociales que promueven o deterioran la salud de los

individuos y los grupos sociales y por otra, a los procesos que subyacen a la distribución inequitativa de esos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. (Alvarez,2009)

Si pensamos en mejorar la salud en las comunidades rurales y vulnerables, se requiere el estudio de los determinantes sociales de la salud (DDS) desde un enfoque poblacional, a fin de que las políticas públicas se formulen por parte del Estado para su posterior implementación, consideren el desarrollo de las poblaciones de mayor riesgo, de forma prioritaria y en atención a sus condiciones de vida. (Karam et al, 2019)

Según la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de «determinantes sociales de la salud» engloba las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. (Espelt et al, 2016). Estudiar los (DSS) es conocer las causas de los problemas de salud a nivel individual y colectivo, es la forma de identificar los riesgos sociales como: el estilo de vida, el estrato socio económico, la organización económica, política, cultural, la historia, el estado de salud, el grado de desarrollo, los riesgos y la vulnerabilidad con que se enfrenta el ser humano en el diario vivir. 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. (Berenguer et al,2017)

En lo que respecta a la atención de salud en la ruralidad, no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otro determinante más; siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud que los servicios a los cuales acceden cuando se enferman. La visión de la CDSS/OMS sobre los determinantes sociales se expresa como “mala salud de los pobres”, “desigualdades sanitarias entre los países provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios”. En conjunto las injusticias sociales que afectan a las condiciones de vida de la población no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que

son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país. (Karam et al,2019)

Brindar herramientas que promuevan el control de los determinantes sociales, de a nivel mundial no es tarea fácil, debido a que existen países con diversidad de zonas y regiones, de la misma forma el abordaje de estas estrategias debe ser variable. Por ejemplo Colombia que cuenta con territorios rurales identificados a partir de censos; y entendidos como áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal, alejados de la ciudad y con menores posibilidades de acceder a los servicios de salud, son los más olvidados pero con una gran necesidad de implementar estrategias de promoción y prevención, por cuanto están expuestos a factores de riesgo para distintas enfermedades, entre las que se destacan: desnutrición, crónicas no transmisibles, respiratorias, digestivas y de la piel. (Rodríguez-Triana, Benavides-Picaron, 2016)

Al mismo tiempo, factores como la ignorancia, poca accesibilidad a servicios de salud, y la lejanía existente entre zona rural y urbana dejan como resultado el desinterés y desconocimiento de autocuidado de la salud en estas poblaciones, acudiendo a los centros médicos solo en situaciones de urgencias vitales. Por tanto, en la intervención de estas poblaciones rurales para la implementación de estrategias de promoción y prevención de la salud se requiere de empeño y riguroso seguimiento una vez se haya logrado la participación social de la comunidad para evitar el abandono de los programas. (Rodríguez-Triana, Benavides-Picaron, 2016)

Con el estudio de los determinantes sociales, el concepto de salud tiene otra mirada, y desde mediados del siglo XX hasta hoy, facilitan la comprensión del proceso salud enfermedad, por su forma de interactuar y la calidad de vida que resulta de cómo viven las personas, los factores generadores de las desigualdades sociales, la vulnerabilidad y el riesgo de exclusión. (Palomino, Grande, Linares, 2014)

El enfoque de los determinantes sociales de la salud ha evidenciado la urgente necesidad de retomar las condiciones de vida de las personas para comprender debidamente el proceso de la salud y enfermedad, y brindar así respuestas más adecuadas que mejoren las condiciones de salud de la población rural y vulnerable a fin de modificar las inequidades, la

injusticia social. Son justamente sobre estas diferencias que están obligados los gobiernos a trabajar, para lograr una correspondencia entre salud y calidad de vida.

**La Accesibilidad como Atributo de Calidad.** El Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019, indica que el derecho humano a la seguridad social sigue sin realizarse para la mayoría de la población mundial. Solo el 45% tiene cobertura efectiva por al menos un beneficio de protección social, mientras que el 55% restante, unos 4000 millones de personas, no tienen protección alguna. Las estimaciones de la OIT indican que solo el 29% de la población mundial está protegida por un sistema de seguridad social integral que abarca toda la gama de prestaciones y que la amplia mayoría de la población mundial, el 71%, o 5200 millones de personas, tiene solo una cobertura parcial o ninguna (OIT, 2017).

Según la Organización Panamericana de la Salud, la cobertura y acceso universal de salud implican que todas las personas, a nivel nacional y sin discriminación alguna, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad tengan acceso, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, sin exponer a los usuarios a dificultades financieras. (OPS, 2017)

En Colombia el Decreto 1011 DE 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud define la accesibilidad como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Siendo el cumplimiento de esta característica de la calidad un reto no solo para Colombia sino también para los diferentes sistemas de salud latinoamericanos. La accesibilidad se concibe igualmente como el encuentro entre los servicios que se ofrecen en la institución de salud, la posibilidad de obtenerlos y el goce del derecho de los individuos, más allá de la oferta de servicios, con barreras que podrían enmarcarse en lo geográfico, económico y cultural. La oportunidad de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad (Ministerio Salud, 2006).

La accesibilidad como proceso, consiste en los elementos que convergen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna. Como producto, es uno de los componentes de la atención efectiva. Mientras que la accesibilidad por sí misma está

supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos, administrativos y de contexto. Más allá del derecho de las personas para recibir atención a su salud, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla. (Sánchez -Torres DA, 2017)

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva en el plano de la cobertura de salud, conforme la norma internacional que promueve la garantía de atención de la salud esencial, y que cumpla los criterios de disponibilidad y accesibilidad. (Casalí, Cetrángolo, & Goldschmit, 2017)

La calidad del servicio y la inaccesibilidad son condiciones precarias en el sector rural y se plantea como uno de los principales problemas que se relaciona con la exclusión productiva y social de los habitantes de estos territorios que no pueden acceder por el sistema económico y social que rige al país. (Rodríguez-Triana DR, 2016)

**La Comunidad, Participación y Educación en salud.** La práctica comunitaria se refiere a las acciones de docentes y estudiantes durante sus experiencias comunitarias donde asumen posicionamientos éticos, internalizan actitudes solidarias junto con los contenidos de las disciplinas de formación, se apropian de competencias que faciliten al estudiante una futura inserción laboral; realizan intervenciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance. es una estrategia pedagógica y un mecanismo de proyección social centrada en la Atención Primaria en Salud. (Proenza R, 2010).

La comunidad constituye el espacio físico ambiental, geográficamente delimitado, donde tiene lugar un sistema de interacciones económicas, sociopolíticas y sociológicas que generan un conjunto de relaciones interpersonales sobre la base de necesidades; este sistema resulta portador de tradiciones, historia e identidad propia que se expresan en intereses y sentido de pertenencia que la diferencian de los restantes grupos que la integran.

La educación para la salud con enfoque integral para el autocuidado y ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo construye no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, para el logro del empoderamiento y transformación de las realidades de las comunidades en acceso y participación de los procesos de salud. (OMS. OPS, 2017)

La participación social es el derecho de toda persona o colectivo de intervenir con responsabilidad en todas aquellas decisiones que afectan su propia vida y en todo aquello que incida (o pueda faltar) sobre su destino personal y colectivo. Requiere de condiciones como: el consenso, la formación e información y la solidaridad entre otras, para que así sea concreta para transformarse en sujetos y protagonistas del proceso, en la toma de decisiones para el bien común. (Pasek de Pinto, 2015)

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

El estudio se desarrolló en el marco de un proyecto de articulación investigación-formación-extensión, con enfoque de método mixto, el cual tiene tanto un componente cuantitativo, como uno cualitativo.

El componente investigativo de diseño cuantitativo de corte transversal se realizó mediante el método de encuesta para medición de los comportamientos y riesgos en salud de la población. La recolección de información se realizó mediante visita y entrevista domiciliaria a las familias de los sectores de Bella Suiza (corregimiento de la Buitrera) y El Mango (corregimiento de los Andes), empleando como instrumento el cuestionario de caracterización familiar del programa de Atención Primaria en Salud de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (2019).

Se realizó un censo inicial de viviendas y muestreo con los criterios de inclusión de la firma del consentimiento aceptando participar en el proyecto de investigación, y se entrevistó como informante al individuo mayor de edad que se encontraba en la vivienda en las fechas de las visitas, realizadas en tres oportunidades en un periodo de tres semanas durante el 2019 en cada sector mencionado. No se considera para el estudio o fue un criterio de exclusión para participar como informante la existencia de limitaciones o discapacidad cognitiva o del habla, o el ser menor de 18 años.

El trabajo de campo se realiza con estudiantes de medicina de una Universidad Privada de Cali (la ciudad más grande por tamaño poblacional del Suroccidente de Colombia), ya que como parte de su proceso formativo son capacitados en sus asignaturas del área de salud comunitaria para la intervención con la estrategia de APS, y en consecuencia son entrenados en el diligenciamiento de los instrumentos relacionados; además dentro del proceso de calidad de los datos se verifica el adecuado diligenciamiento de los cuestionarios.

El instrumento empleado incluye los módulos de información general, condiciones del entorno, condiciones de salud, salud sexual y reproductiva-cáncer, estilos de vida saludable, salud mental y micobacterias, que contienen un total de cerca de 112 preguntas. De estas, las variables que fueron seleccionadas para el análisis del presente reporte incluyeron características sociodemográficas, condiciones de salud y asistencia a programas preventivo-promocionales, como medidas para la identificación de los riesgos poblacionales en salud.

La información recolectada fue registrada en una base de datos y se procesó en el paquete estadístico SPSS versión 25. Inicialmente se realizó un análisis exploratorio con el fin de detectar errores de digitación o valores extremos que alteraran la magnitud de los estadísticos a calcular. Para establecer normalidad de la distribución de las variables cuantitativas se estimó con la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Las variables cualitativas se presentaron como valores absolutos y porcentajes y las cuantitativas como media o mediana acompañada de su medida de dispersión (desviación estándar y distancia P25-P75 respectivamente). La diferencia de proporciones entre territorios de algunas variables sociodemográficas, antecedentes patológicos, estilos de vida y acceso a servicios de salud se estimó con la prueba de Chi cuadrado. Para determinar la diferencia de medias en las características antropométricas se utilizó el test de T de Student para muestras independientes asumiendo una  $P < 0,05$  como estadísticamente significativa.

El componente cualitativo se acompañó de conversatorios con los líderes sociales, observación de campo registrada en una guía semiestructurada que incluía recursos institucionales básicos sociales, vías de acceso, como elementos de los determinantes sociales de los territorios de estudio.

En la fase de acción o extensión social se incluyó la revisión documental respecto a las estrategias educomunicativas a implementar, empleando en el diseño de estas la herramienta OCARET, la cual permite estructurar sistemáticamente acciones en respuesta de los riesgos individuales, familiares y comunitarios; definiendo así, los objetivos, contenidos temáticos, actividades, recursos requeridos, mecanismos de evaluación y se prevé el tiempo necesario para todo el proceso. Este proceso hace parte de las estrategias de extensión social que la academia realiza con su entorno y propende por el bienestar de las colectividades, acorde a los lineamientos de la misión institucional de la USC.

El proyecto contó con aval de aprobación institucional del comité de ética y bioética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali (Acta No. 08 del 2019).

## RESULTADOS

**Caracterización población y condiciones de Salud.** La población encuestada en el estudio corresponde a un total de 112 personas, ubicadas en la vereda el Mango (corregimiento de los Andes) 62 personas y será designado en adelante Territorio 1 (T1), y en la vereda Bella Suiza (corregimiento la Buitrera) 50 personas al que denominaremos territorio 2 (T2).

De las 112 personas encuestadas se encuentra como destacable que el 58% son de sexo femenino, la mayoría se encontraba en el grupo etario “adulto” (59%) y al indagar sobre la etnia el 33% no se reconoce. Por otro lado, el 91% de la población estaba afiliada al SGSSS y sólo el 14% contaba con formación profesional y de posgrado. Adicionalmente, se destaca que una minoría de los encuestados tenía alguna discapacidad (4%) y el 5% manifestaron ser víctimas del conflicto. Al comparar la distribución sociodemográfica por territorios se evidencia diferencias estadísticamente significativas en las variables etnia y nivel educativo. Ver tabla 1.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la población de 2 territorios de la zona rural de Cali.*

Variable	Población total n=112	Territorio 1 n=62	Territorio 2 n=50	Valor P
<b>Sexo</b>				
Femenino	58(52%)	35(56%)	23(46%)	0,27
Masculino	54(48%)	27(44%)	27(54%)	
<b>Grupo etario</b>				
Joven	23(21%)	16(26%)	7(14%)	0,19
Adulto	62(55%)	30(48%)	32(64%)	
Adulto mayor	27(24%)	16(26%)	11(22%)	
<b>Etnia</b>				
Indígena	7(6%)	7(11%)	0(0%)	0,019
Otro	68(61%)	39(63%)	29(58%)	
No se reconoce	37(33%)	16(26%)	21(42%)	
<b>Afiliación al SGSSS</b>				
Si	91(81%)	47(76%)	44(88%)	0,1
No	21(19%)	15(24%)	6(12%)	
<b>Nivel Educativo</b>				
Ninguno	1(1%)	1(2%)	0(0%)	0,06
Preescolar	5(4%)	1(2%)	4(8%)	
Primaria	28(25%)	15(24%)	13(26%)	
Secundaria	45(40%)	30(48%)	15(30%)	
Técnico o tecnológico	18(16%)	9(15%)	9(18%)	
Profesional	13(12%)	4(6%)	9(18%)	
Posgrado	2(2%)	2(3%)	0(0%)	
<b>Discapacidad</b>				
Si	5(4%)	2(3%)	3(6%)	0,48
No	107(96%)	60(97%)	47(94%)	
<b>Victima del conflicto</b>				
Si	3	3(5%)	0(0%)	
No	109	59(95%)	50(100%)	

Nota. Territorio 1: El Mango. Territorio 2: La Buitrera. Joven: 10-29años. Adulto: 30-59 años. Adulto mayor: >60años. Fuente. Elaboración propia

Respecto a las características antropométricas se encuentra un peso promedio de  $65\text{kg} \pm 12$  y un índice de masa corporal de  $24,6 \pm 4,6$ . Ver tabla 2.

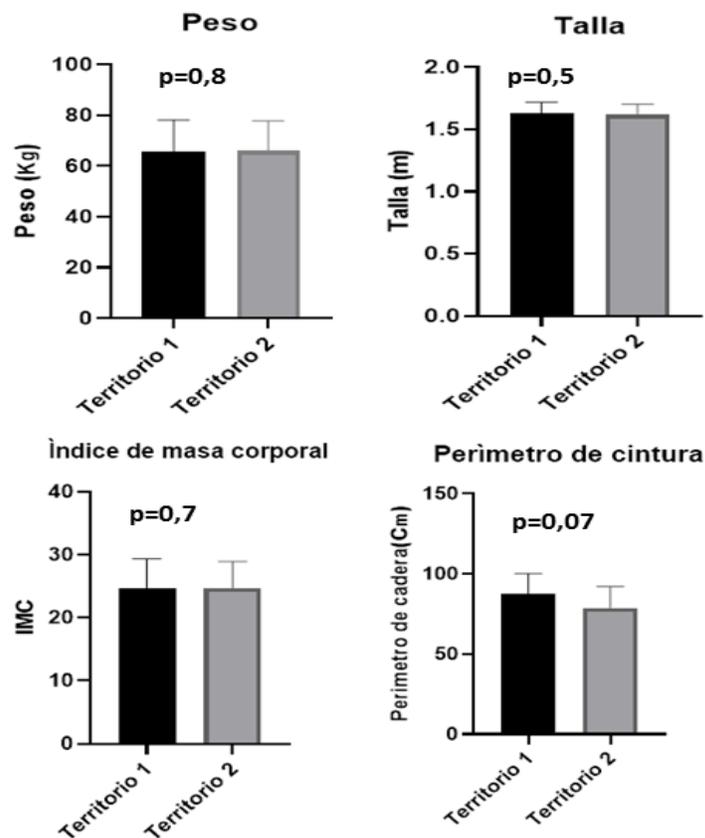
**Tabla 2**

*Características antropométricas de la población a estudio*

Variable	Media	DE
Peso(kg)	65kg	12
Talla (m)	1,62 m	0,08
IMC	24,6	4,6
Perímetro cintura	85	13

Fuente. Elaboración propia.

Tras comparar las características antropométricas entre territorios no se evidencian diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables, peso (Territorio 1:  $65 \pm 12.7$  vs Territorio 2  $66 \pm 11.7$   $P= 0,8$ ) perímetro de cintura (Territorio 1:  $87 \pm 12.6$  vs Territorio 2,  $78.5 \pm 13.4$   $P= 0,8$ ) Ver figura 1.



**Figura 1.** Comparación de características antropométricas entre la población de dos territorios de la zona rural de Cali. Fuente. Elaboración propia

Por otro lado, tras contrastar las características antropométricas en mención de acuerdo con el sexo se evidencia que existen diferencias importantes en términos de peso y talla, siendo este mayor en el sexo masculino en ambos casos ( $70 \pm 13$  vs  $62 \pm 10$   $P=0,002$ ) y ( $1,68 \pm 0,07$  vs  $1,58 \pm 0,06$   $P=0,0001$ ). Con relación al perímetro de cintura se encuentran valores normales en cada grupo y ausencia de diferencias estadísticamente significativas. Tocante a la mediana de índice de masa corporal se encuentra un valor de 24  $P_{25}-P_{75}= 20,5 - 27,6$  lo que permite deducir que el 25% de la población tiene un IMC mayor de 27,6, siendo el valor máximo encontrado 38,8. Ver tabla 3.

**Tabla 3**

*Comparación por sexo de las características antropométricas en la población a estudio.*

Variable	Femenino n=58	Masculino n=54	Valor P
Peso(kg)	62±10	70±13	0,002
Talla (m)	1,58±0,06	1,68±0,07	0,0001
IMC	24,66±5	24,62±4,3	0,97
Perímetro cintura(Cm)	87,6±12	84,4±13	0,4

Fuente. Elaboración propia

Referente a los estilos de vida y antecedentes patológicos se encuentra que más del 50% de los encuestados no realizan actividad física, la mayoría consume habitualmente frutas o verduras (69%) y el 11% son fumadores. Por otro lado, el 14% de la población tenía un diagnóstico de diabetes y el 9% de hipertensión; de los sujetos en mención el 94% y 67% respectivamente se encontraban en control. En la comparación por territorios se evidencia que los sujetos del territorio 1 realizan con mayor frecuencia actividad física (55% vs 30% P=0,008) sin embargo, el consumo de frutas es más usual en los individuos del territorio 2(92% vs 50% P=0,0001). Tras observar el contraste por sexo se identifica unas ligeras diferencias en la frecuencia de diabetes, siendo mayor en el sexo femenino (7% vs 4% P=0,05) Ver tabla 4.

**Tabla 4**

*Comparación estilos de vida y antecedentes patológicos en la población de dos territorios de la zona rural de Cali.*

Variable	Población total n=112	Territorios		Valor P	Sexo		Valor P
		T1 n=62	T.2 n=50		Maculino n=54	Femenino n=58	
<b>Diabetes</b>							
Si	6(5%)	5(8%)	1(2%)	0,156	2(4%)	4(7%)	0,05
No	106(95%)	57(92%)	49(98%)		52(96%)	58(93%)	
<b>Hipertensión</b>							
Si	16(14%)	10(16%)	6(12%)	0,53	8(15%)	8(14%)	0,87
No	96(86%)	52(84%)	44(88%)		46(95%)	50(86%)	
<b>Actividad física</b>							
Si	49(44%)	34(55%)	15(30%)	0,008	24(44%)	25(43%)	0,8
No	63(56%)	28(45%)	35(70%)		30(56%)	33(57%)	
<b>Consumo de frutas o verduras</b>							
Si	77(69%)	31(50%)	46(92%)	0,0001	37(69%)	40(69%)	0,9
No	35(31%)	31(50%)	4(8%)		17(31%)	18(31%)	
<b>Tabaquismo</b>							
Si	12(11%)	8(13%)	4(8%)	0,4	6(11%)	6(10%)	0,89
No	100(89%)	54(87%)	46(92%)		48(89%)	52(90%)	

Fuente. Elaboración propia

Con relación al acceso a los servicios de salud se halla que el 44% de los encuestados no han acudido a consulta odontológica en los últimos 12 meses, siendo las razones argumentadas falta de tiempo y desinterés. Por otra parte, sólo el 17% de los individuos entre 18 y 29 años asisten al programa joven, constituyendo algunas razones de inasistencia el desconocimiento y la falta de tiempo. Respecto a la consulta para citología, el 60% de las mujeres se habían tomado una en los últimos 12 meses. Finalmente, el 57% de la población femenina incluida se realizan mensualmente el autoexamen de seno.

**Los Determinantes y la Intervención Comunitaria.** En los hallazgos del componente cualitativo a partir de la observación en los territorios y el conversatorio con los líderes se destacan diversas características que se constituyen en determinantes sociales de sus condiciones de salud.

Respecto a las vías de acceso falta señalización de tránsito en las calles especialmente en el territorio 1, carreteras sin pavimentar en el mismo territorio. Los dos territorios, no tienen cebras para los peatones y personas en condición de discapacidad, y las calles de algunos sectores corresponden a escaleras que permiten el acceso a las casas, pero son muy pendientes y sin pasamanos.

En relación con los recursos institucionales de servicio sociales básicos, faltan instituciones de educación secundaria públicas, hay un puesto de salud para atención primaria cercano, aunque en caso de urgencias no hay servicio, de igual forma el acceso a este puesto de salud no es fácil por la ubicación geográfica, se encuentra en una pendiente marcada. Los territorios cuentan con un acueducto y recolección de basuras por parte del sistema de la municipalidad, sin embargo, presentan dificultades con la disposición de las aguas residuales que conlleva a la comunidad a verterlas en el río Cañaveralejo, de igual forma no hay un sitio para ubicar los escombros.

En la fase de intervención o acción social se centró en el diseño de las estrategias educacionales para los riesgos identificados tanto en la ficha familiar como en la caracterización territorial, para lo cual se empleó la herramienta OCARET, Las estrategias educacionales incluyeron conversatorios, charlas informativas, entrega de material impreso como folletos educativos, pancartas sobre de estilos de vida saludables para población general y prácticas de cuidado infantil, un mapa de riesgos y un evento final con

estrategias lúdicas con juegos educativos. Estas estrategias se dirigen tanto a la prevención al sensibilizar sobre riesgos para las enfermedades, y también se enfocan a la promoción de la salud con énfasis en derechos y deberes en salud, hábitos de vida y entornos saludables, los cuales propendan por el mejoramiento del bienestar y calidad de vida poblacional, fundamentos en un abordaje de determinantes sociales de la salud.

También se realizó la socialización de resultados con los líderes y representantes de la comunidad, y además la presencia de la autoridad sanitaria representada por la Secretaría Municipal de Salud y de los prestadores de servicios de salud que corresponden al Hospital Local. La finalidad fue potencializar acciones posteriores que aborden con diversas intervenciones las problemáticas encontradas, acorde a las competencias de las diversas instituciones relacionadas con el territorio abordado con el proyecto, al reconocer la relevancia de acciones intersectoriales estructuradas con participación social.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Durante el trabajo comunitario se realiza la caracterización de las personas de dos poblaciones rurales, para llegar al análisis de los determinantes sociales y riesgos familiares e individuales que hacen parte de sus realidades, logrando una identificación cercana de los problemas de salud sexual y reproductiva (citología, examen mama), estilos de vida, (consumo de frutas o verduras, actividad física, consumo de tabaco, asistencia a odontología) enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes. Igualmente, el grupo investigador aborda la accesibilidad como uno de los elementos que interactúan en el proceso de atención a la salud, con unos determinantes y unas dimensiones expresadas como las condiciones que impulsan o inhiben el acceso a los servicios de salud de manera general. También como un eslabón que une los procesos de oferta y demanda de los servicios de salud (Proenza et al, 2010).

En las poblaciones estudiadas se encuentra un porcentaje relevante de población adulta mayor (24%), cifra alta en relación con la estructura demográfica de la ciudad de Cali que tiene un índice de vejez según el cual por cada 100 personas se tienen 13 mayores de 60 años (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2018), indicando una transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional. Acorde con esa situación y el fenómeno de transición

epidemiológica relacionada se encuentran en los grupos de este estudio afecciones crónicas como la hipertensión arterial (14%) y diabetes (5%).

La hipertensión arterial acorde con la literatura científica se asocia con una alta tasa de enfermedades cardiovasculares y mortalidad, por lo cual la modificación hacia estilos de vida saludables se incluye en las intervenciones de promoción y prevención. La evidencia de estudios recientes muestra disminución de la presión sanguínea posterior a la actividad física, relacionado con mecanismos neuro humorales, vasculares y de adaptaciones estructurales, por disminución en las catecolaminas y la resistencia periférica; además de mejoramiento en la sensibilidad a la insulina (Pescatello et al, 2004).

La diabetes mellitus es de relevancia en salud pública por ser una enfermedad crónica no transmisible de gran impacto al afectar la calidad de vida relacionada con la salud de quien padece esa afección, como lo evidenció el estudio en Cali de López, Cifuentes y Sánchez (2013), en el cual la complicación ocular más frecuente corresponde a la retinopatía (37%).

A su vez, un estudio en México con pacientes diagnosticados con diabetes que asisten a atención ambulatoria de control indicó que la calidad de vida se ve afectada especialmente en el dominio de funcionamiento sexual y movilidad, recomendando programas con actividades físico-recreativas y asesoría psicológica y educativa (Estrada et al, 2012).

La actividad física entendida como el ejercicio musculo esquelético programado y secuencial durante un tiempo de 30 minutos mínimo diario, es lo recomendado según la OMS como factor de protección en salud. En nuestro estudio el 56% no realiza ejercicio, colocando su salud en riesgo como lo evidencian que se encuentran 5 adultos jóvenes con sobrepeso y dos adultos mayores que tienen historial de Accidente Cerebro Vascular (ACV), en la comunidad del territorio 1. Hay presencia de Hipertensión Arterial en 4 adultos mayores, los cuales están en control con sus respectivos medicamentos.

Al revisar estudios en la región se encuentra la investigación de Leiva y colaboradores (2017) que reporta que cerca del 34% de los adultos estudiados en Chile fueron físicamente inactivos y tienen alto riesgo cardiovascular. Con este panorama invita a avanzar en acciones de prevención de manera urgente dándole a las personas más poder sobre su propio cuidado y propone aumentar los contenidos de análisis del comportamiento y ciencias sociales en los planes de formación médica.

Por otro lado, la tercera parte de la población total de los territorios en estudio (31%), no consume frutas y verduras diariamente lo que puede estar incidiendo en afectaciones a la salud relacionadas con: problemas de coagulación y anemia entre otros. Esto teniendo en cuenta que esos tipos de alimentos contienen muchos micronutrientes, y se encuentra casi exclusivamente en estos alimentos. También las frutas y verduras contienen fibra que facilita los procesos intestinales y digestivos. (Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, 2017).

Los resultados son coherentes con los hallazgos del estudio realizado en Medellín, en donde las preferencias alimentarias vienen influenciadas por la tradición cultural con alimentos que corresponden a su carácter identitario como fríjol, arepa, arroz y carne (Montoya Arboleda y Alcaraz Villa, 2016).

El consumo de tabaco es una de las principales causas de mortalidad evitable, mata a más de 5 millones de personas que lo consumen, Causa más de 600.000 defunciones prematuras al año en personas no fumadoras, y se constituye en el principal factor de riesgo para las principales causas de muerte en el mundo como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la EPOC y la diabetes. (Minsalud, 2018). Para nuestro estudio el 11% del total de la población de estudio está en riesgo por su consumo de tabaco y este es similar para género masculino y femenino. En Colombia, según el informe del Ministerio de Salud al congreso de la republica 2018-2019 la prevalencia de consumo de tabaco se ubica en el 7%, siendo el resultado en el estudio superior al nacional; aunque al compararlo con un estudio realizado en Galicia (España) con datos del 2015 que reportaba una prevalencia del 21,8% resulta muy por debajo el reporte del presente estudio (Tarrazo et al, 2017).

Cabe anotar que un estudio realizado en Costa Rica (Espinoza Aguirre et al, 2020), indica que vivir en zona rural se constituye en factor protector del consumo de tabaco.

La juventud constituye un ciclo vital importante en salud poblacional, por los riesgos e impactos posteriores en el curso de vida. Sin embargo, una percepción baja del riesgo de este grupo poblacional hace que frecuentemente sean quienes menos consultan los servicios de salud, como lo muestra este estudio en donde sólo el 17% de los individuos entre 10 y 29 años asisten al programa joven, constituyendo algunas razones de inasistencia el desconocimiento y la falta de tiempo. Al revisar otros estudios se encuentran similares

circunstancias en México (Reyes et al, 2016) donde se reporta que el grupo de adolescentes acuden a los servicios de salud solo cuando están enfermos. Igualmente, en un estudio realizado en Montería se encontró que los jóvenes monterianos solo 50% asiste ocasionalmente a los servicios de salud preventivos (Narváez et al, 2019)

En el análisis de factores para que la población joven no asiste al programa de detección temprana de alteraciones en el joven, Según Alvis y colaboradores (2015) las principales barreras de acceso a los servicios ofrecidos por el sistema de salud son la percepción de que no hay un problema grave en un 36.3%, el costo del servicio de salud, el transporte y la no afiliación a la seguridad social, así como la percepción de que el servicio es de baja calidad. Revisando las causas de no asistencia al programa se encuentra que 7 no lo hacen por desconocimiento, 1 por falta de recursos, 1 por afiliación, 2 por desinterés, Coincidiendo con el estudio en la falta de recursos, y en particular dificultades para el transporte.

Respecto a la consulta para citología, el 60% de las mujeres se habían tomado una en los últimos 12 meses. El motivo de la no toma de citología en los últimos 12 meses por el 40% restante corresponde a: desconocimiento, falta de recursos y tiempo, atención no satisfactoria de la IPS 1, problemas de afiliación, creencias religiosas o culturales, desinterés. Los hallazgos en la revisión de la literatura sobre las barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino indica aspectos socioculturales, las estrategias de prevención empleadas y la dificultad para acceder a la atención como las barreras encontradas (Aranguren Pulido et al, 2017). Queda pendiente profundizar en estos aspectos ya que en ambos se muestran hallazgos muy generales que impiden una comparación más detallada

Con relación al acceso a los servicios de salud se halla que el 44% de los encuestados no han acudido a consulta odontológica en los últimos 12 meses, siendo las razones argumentadas faltas de tiempo y desinterés, lo que genera un riesgo para la salud comprometiendo áreas desde lo funcional hasta la estética. Un estudio realizado en Perú con población adulta mayor evidencio una prevalencia del uso de servicios odontológicos durante los últimos seis meses fue 24,9%, asociados al área de residencia, el nivel educativo, la afiliación a un seguro de salud, el dominio geográfico y los quintiles de bienestar (Azañedo et al, 2019).

EL autoexamen de mama como estrategia de detección temprana de alteraciones se constituye en una práctica recomendada de práctica mensual. En las comunidades de estudio se encontró que el 57% de la población femenina se realiza mensualmente el autoexamen de seno. Comparativamente en el Área rural de Cartagena se encontró que el 49% nunca se lo ha realizado y solo un tercio de las mujeres tiene una práctica adecuada. Se concluyó que, en la zona rural, a pesar de que las mujeres han recibido información sobre la técnica del autoexamen, no se lo realizan de forma adecuada (Castillo et al, 2016).

En Cuba, con un modelo centrado en Atención Primaria en Salud, el 57,9 % de las mujeres desconocía qué es el autoexamen de mama, solamente el 31,4 % se auto examinaban de forma correcta, el 21,6 % refirió realizarlo mensualmente y el 35,3 %, después de la menstruación (Gálvez et al, 2015).

Desde la carta de Ottawa de 1986 se posiciona la promoción de la salud con énfasis en la participación social y comunitaria como un conjunto de estrategias indispensables de implementar para mejorar la salud poblacional y proveer medios para el mayor control de esta (Osorio al, 2010). Se reconoce por instancias transnacionales como la OMS (2008) que esas estrategias e intervenciones, como se enfatizan en la Atención Primaria en Salud (APS), son requeridas como una alternativa diferencial frente a la atención en salud tradicional que se centra en las enfermedades y no en las personas y sus familias repercutiendo entonces a un mayor gasto público en servicios de salud, gastos catastróficos por pago de bolsillo y altos costos en la atención sanitaria.

Una preocupación persistente en el país y generalizada en Latinoamérica e incluso en países desarrollados del mundo es la deficiencia en diversos indicadores de salud para las poblaciones rurales y particularmente aquellas ubicados en áreas marginales, cuando se compara con las áreas urbanas (Parra, 2018), lo cual plantea un reto para la sociedad y sus tomadores de decisiones en un contexto de garantía de los derechos humanos y la equidad en salud para todos los ciudadanos. La Atención Primaria en Salud es una estrategia que desde su promulgación en Alma-Ata ha probado su efectividad en el mejoramiento del acceso y el afrontamiento de la compleja problemática de las inequidades de salud como se encuentra en diversas publicaciones, las cuales han constatado mejoras en los indicadores de mortalidad en niños y adultos (particularmente causas evitables), disminución de las disparidades entre

grupos de población con énfasis en mejoras en los más vulnerables, disminución de costos de servicios de atención, menores tasas de hospitalización y atención especializada, y disminución global del gasto en salud (Starfield y Macinko, 2005;; Labonté et al, 2008; Acosta et al, 2016).

Los resultados de este proyecto aportan entonces elementos analíticos para el desarrollo de acciones de participación social y educación en salud en otros contextos rurales de similares características socioeconómicas, las cuales incorporen alianzas territoriales de diversos actores sociales e institucionales. Son logros destacables el análisis con enfoque de determinantes de las realidades que viven las comunidades, con la identificación más cercana de los problemas de salud y la aproximación a intervenciones de promoción y prevención primaria en salud que benefician a las comunidades, y paralelamente aporta una experiencia práctica para la formación integral de los profesionales en salud.

La relación con las comunidades se entiende como aquellas fundamentadas en el diálogo, comunicación, cooperación y aprendizaje conjunto; donde se conjugan diversos saberes: académicos, científicos, humanísticos, técnicos, cotidianos, prácticos, populares, etc. Por ello la propuesta que se presentó en este estudio de articulación investigación-formación-extensión social universitaria responde a lo que Boaventura De Souza Santos (2010) ha denominado “ecología de saberes”, con beneficios tanto para la población beneficiaria como para la comunidad académica ya que los estudiantes de salud involucrados durante sus experiencias comunitarias asumen posicionamientos éticos, internalizan actitudes solidarias junto con los contenidos de las disciplinas en las que se están formando, y se apropian de competencias que les faciliten una futura inserción laboral autónoma, comprometida, crítica y solidaria que lo ratifica como un actor fundamental de la integración social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Ramírez N, Giovanella L, Vega Romero R, Tejerina Silva H, Fidelis de Almeida P, Ríos R, Goede H, and Oliveira S (2016). Mapping primary health care renewal in South America. *Fam. Pract.* 2016. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw013>

Página | 2603

Alcaldía de Santiago de Cali (2015a). Plan de Desarrollo comuna y corregimientos 2016-2019. Corregimiento 54. La Buitrera. Cali: Departamento Administrativo de Planeación. Disponible en (acceso 06 julio, 2020): <https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/144515/planes-corregimientos-2016-2019/genPagdoc1570=1>

Alcaldía de Santiago de Cali (2015b). Plan de Desarrollo comuna y corregimientos 2016-2019. Corregimiento 56. Los Andes. Cali: Departamento Administrativo de Planeación. Disponible en página web (acceso 06 julio, 2020): <https://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/144515/planes-corregimientos-2016-2019/genPagdoc1570=2>

Álvarez Castaño, L.S. (2019). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8 (17), 69-79. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Recuperado 22Julio, 2020: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005>

Alvis-Zakzuk, J., Herrera Rodriguez, M., Gómez - De la Rosa, F., & Alvis-Guzman, N. (2015). Determinantes y Barreras Socioeconómicas del Acceso A Los Servicios de Salud en Las Regiones de Colombia. *Value in Health*, 18(7), A849. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.423>

Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachepe AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. (2017). Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: revisión. *Investig Enferm Imagen Desarr*, 19(2):129- 43. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>

Azañedo, D., Vargas-Fernández, R., & Rojas-Roque, C. (2019). Factores asociados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores peruanos: análisis secundario de encuesta

- poblacional, 2018. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(4), 553-561. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4724>
- Berenguer Gouarnaluses, MdelC., Pérez Rodríguez, A., Dávila Fernández, M., & Sánchez Jacas, I. (2017). Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MEDISAN*, 21(1), 61-73. Recuperado 06 Julio, 2020:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S10293019201700010008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293019201700010008&lng=es&tlng=es)
- Casalí, P., Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2017). Paraguay. Protección social en salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa. Recuperado 22 Julio, 2020:[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms\\_566978.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf)
- Castillo, I., Bohórquez, C., Palomino, J., Elles, L., & Montero, L. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 19(1), 5-14. <https://doi.org/10.31910/rudca.v19.n1.2016.105>
- Espelt, A et al. (. 2016). La Vigilancia de los Determinantes Sociales de la Salud. *Gaceta Sanitaria*,30(S1):38-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- Estrada, J. G. S., Strauss, A. M. G., Beltrán, C. A., Baltazar, R. G., & Moreno, M. P. (2012). La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). *Salud Uninorte*, 28(2), 264-275.
- Espinoza Aguirre A, Fantin R, Barboza Solis C, Salinas Miranda A. (2020). Características sociodemográficas asociadas a la prevalencia del consumo de tabaco en Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica*; 44: e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.17>
- Figuroa Pedraza, D. y Cavalcanti Costa, G.M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enfermería global*, 13(33), 267-278. Recuperado 18 de julio de 2020, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&tlng=es)

Franco-Giraldo A (.2012). Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública; 30(1): 83-94

Gálvez Espinosa, M., Rodríguez Arévalo, L., & Osvaldo Rodríguez Sánchez, C. (2015). Conocimiento sobre autoexamen de mama en mujeres de 30 años y más. Rev cubana Med Gen Integr, 31 (2), 134-142.

Karam Calderón MA, Castillo Sánchez Y, Moreno Pérez P, & Ramírez Durán N (2019). ¿Qué son los determinantes sociales de la salud? Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México, 7 (1); 61-65. Disponible en (acceso 06 julio, 2020): <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/105506/Qu%C3%A9%20son%20los%20determinantes%20Sociales%20de%20la%20Salud.pdf?sequence=1>

Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, Vega R, Viswanatha V, Barten F, Hurley C, Tujuba AH, Manolakos H, Acosta-Ramírez N (2008). Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review. Australian Journal of Primary Health; 14 (3): 58-67.

López Cortés, L. F., Cifuentes Ortiz, M., & Sánchez Ruiz, A. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. Ciencia & Salud. 2013; 2(8):43-48

Leiva, A.M, Martínez, M.A., Cristi-Montero, C., Salas, C., Ramírez-Campillo, R., Díaz Martínez, X., Aguilar-Farías, N., & Celis-Morales, C. (2017). Sedentary lifestyle is associated with metabolic and cardiovascular risk factors independent of physical activity. Revista médica de Chile, 145(4), 458-467. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400006>

Ministerio de Economía, Industria y Competitividad. (2017). Nutrición en Salud Pública. Obtenido de Escuela Nacional de Sanidad Instituto de Salud Carlos III Sanidad. Madrid: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=11/01/2018-5fc6605fd4>

Ministerio Salud. (2006). Resolución 1446. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Disponible en: [www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

Minsalud. (2018). ABECÉ Efectos en la Salud por el Consumo de Tabaco. Obtenido de Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Dirección de promoción y prevención: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abec-e-effectod,s-salud-tabaco.pdf>

Montoya, L.M., Arboleda y Alcaraz, P.A. Villa. (2016) Preferencias alimentarias en los hogares de la ciudad de Medellín, Colombia. *Saúde e Sociedade*, 25 (3), 750-759. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016149242>.

Narváez, N. B., Lavalle, M. H., Falón, L. P., Padilla, M. F. M., & López, L. G. M. (2019). Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes monterianos. *Revista avances en salud*, 3(2).

OIT (2017). Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. Obtenido de La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_624890.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf)

OMS (2008). Informe sobre la salud del mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Washington, D.C: Organización Mundial de la Salud, 2008.

OMS. OPS. (2017). Documento conceptual: Educación para la salud con enfoque integral. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>

OPS. (2017). La Protección universal para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible. Recuperado 18 de julio de 2020: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

OPS. (2019). Cobertura Universal de Salud. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

Osorio, A.G, Rosero, MYT, Ladino, AMM, Garcés, CAV, & Rodríguez, SP X (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista hacia la Promoción de la Salud*; 15(1): 128-143. Página | 2607

Palomino, P., Grande, M.L., Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales, desigualdad y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72 (extra-1), 71-91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>

Pardo Herrera I, Cecilia Gil J, Arenas Quintana B (2019). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano. *Rev. cuba medicina general integral [Internet]*. 2019 [citado 20 Feb 2020]; 34(3). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/952>.

Parra, LP. Políticas y programas de Estado para la salud rural en América Latina: una revisión de la literatura. *Revista CIFE: Lecturas de Economía Social* 2018, 20(33), 79-94

Pasek de Pinto, E. Á. (2015). Obtenido de Concepciones sobre participación social que poseen los actores educativos y sus implicaciones. *Paradigma*, 36(2), 99-121.: [http://ve.scielo.org/scielo.php?scrip=essci\\_arttext&pid=S1011-2251215000200006&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?scrip=essci_arttext&pid=S1011-2251215000200006&lng=es&tlng=es)

Pescatello, L. S., Franklin, B. A., Fagard, R., Farquhar, W. B., Kelley, G. A., & Ray, C. A. (2004). Exercise and hypertension. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(3), 533-553. DOI: 10.1249/01.MSS.0000115224.88514.3A

Piedrola Gil (2015). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Capítulo 1. Edición 12. P3-18. Editorial Elsevier. España.

Proenza Rodríguez, R., Martínez Álvarez, F.F., Pimentel Benítez, H.& Moras Bracero, F.d.J. (2010). Trabajo comunitario, participación social y red de actores en la percepción del riesgo genético. *Humanidades Médicas*, 10(3), 1-21. Recuperado 22 de julio, 2020: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202010000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000300005&lng=es&tlng=es).

Reyes DdJ, Menkes Bancet C., y Meza Palmeros, J.A. (2016).. Acceso y atención en servicios de salud en adolescentes de escuelas públicas de Nuevo León, México. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 42-66 Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.18481>

Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 359-371. Recuperado 22 Julio, 2020: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12046949010.pdf>

Sánchez -Torres DA. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud, determinantes e implicaciones. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 55(1) :82-9. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>.

Secretaría de Salud Pública Municipal (2018). Análisis de situación integrado de salud (ASIS) del Municipio de Cali – Año 2018. Recuperado 22 Julio, 2020: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=\(\(dctitlealternative:%E2%80%9DASIS%20Cali%22\)\)%20](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=((dctitlealternative:%E2%80%9DASIS%20Cali%22))%20)

Secretaría de salud Pública Municipal (2019). Alcaldía de Santiago de Cali. Informes de implementación de estrategia de APS. Disponible en página web (acceso 06 julio, 2020): [https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/111631/atencion\\_primaria\\_en\\_salud\\_aps/](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/111631/atencion_primaria_en_salud_aps/).

Santos, BDS (2010). Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal. Buenos Aires: CLACSO, Prometeo Libros. (ASIS) del Municipio de Cali – Año 2018. Recuperado 22 Julio, 2020: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/44177/1/Para%20Descolonizar%20Occidente%20-%20M%C3%A1s%20all%C3%A1%20del%20Pensamiento%20Abismal.pdf>

Tarrazo, M., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M.I., Malvar, A., Suanzes, J., & Hervada, X. (2017). Cambios en el consumo de tabaco: auge del tabaco de liar e introducción de

los cigarrillos electrónicos. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 204-209. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.002>

Villar Aguirre, Manuel. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241. Recuperado en 09 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es)