

Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño. 2022

Autoras

Luz Karina Segura Angulo
Dolly Dayan Salamanca Rojas

Universidad de la Sabana
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública

Tesis de grado para optar por el título de Magister en Salud Pública

Asesores

Erwin Hernando Hernández Rincón
Diana Marcela Díaz Quijano

31 de enero del 2023

Resumen

Introducción: La población afrodescendiente en Colombia se caracteriza por la desigualdad histórica y estructural de las sociedades latinoamericanas así mismo, esta población tiene disparidades según la condición étnico-racial en la prevalencia de hipertensión arterial sistémica, accidentes cerebrovasculares y diabetes, por tanto, explorar las competencias comunitarias en salud, que tanto la comunidad conoce, comprende y aplica una práctica de autocuidado de la salud es fundamental en el grupo de mujeres con estas características quienes se agrupan en función de la actividad productiva de la extracción de Piangua, de **la Asociación Raíces del Manglar.**

Objetivo: Caracterizar las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar.

Metodología: Estudio Observacional descriptivo transversal, realizado en Tumaco Nariño. Población: Mujeres concheras pertenecientes a la Asociación Raíces del manglar, con un censo de las asociadas de n= 49 (18-76 años).

Resultados: El 67% de las encuestadas hicieron alusión a la salud como vivir bien, el 4% la relaciono con el autocuidado mientras que el 32% piensa que la salud es cuestión de la suerte, el 29% de la población no realizan ningún tipo de ejercicio físico y el 76% de las encuestadas realizan un adecuado uso del servicio de urgencias. Usan la música tradicional, el currulao y los canticos como factor protector en la salud mental pues refirieron que mejora su estado de ánimo y disminuye el estrés gracias a ello.

Discusión: Caracterizar las competencias comunitarias en los miembros de la Asociación Raíces del Manglar, permite comprender que la salud para las mujeres que se dedican a la extracción de piangua está asociada al sentirse en equilibrio mental, físico, ambiental y social. Desde el punto de vista sociodemográfico el 96% de las asociadas se identifica afrodescendientes, las cuales el 37% presentan hábitos sedentarios con ninguna o menos de media hora de ejercicio físico, en comparación con la definición de tiempo de actividad física que designa la OMS de 150 a 300 minutos para prevenir enfermedades cardiovasculares.

Conclusiones: Más de la mitad de las asociadas considera su salud regular y refiere barreras en la atención lo cual con lleva a la automedicación y uso de la medicina tradicional antes que a la medicina occidental. Por otro lado, se concluye que, de las 49 mujeres asociadas afrodescendientes, solo 18 personas son diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes

mellitus, existe un subregistro de pacientes no diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Recomendaciones: Se sugiere realizar nuevos estudios con una muestra significativa, fortaleciendo el concepto de salud y su relación con el autocuidado. Además, se recomienda a las instituciones de salud fortalecer la tamización de riesgo cardiovascular y metabólico.

Palabras claves: Autocuidado, Grupo de Ascendencia Continental Africana, Indicadores de Salud Comunitaria, Poblaciones Vulnerables, Competencia Cultural.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	7
2. Pregunta de investigación.....	8
3. Justificación.....	8
4. Estado del arte	11
4.4 Características biopsicosociales de la población afrodescendiente.....	11
4.5 Ruta Integral de atención para población con riesgo y alteraciones cardiovasculares.....	12
4.6 Prevención de enfermedades cardiovasculares.....	12
4.7 Atención primaria en salud orientada a la comunidad	13
4.8 Definición de salud desde la perspectiva de la comunidad	13
4.9 Plan de intervención y capacidad comunitaria	13
4.10 Competencias de profesionales en salud	14
5. Marco Teórico	14
5.1 Atención primaria.....	14
5.2 Competencia.....	15
5.3 Competencias comunitarias para el cuidado de la salud.....	16
6. Objetivos.....	18
6.1 Objetivo general	18
6.2 Objetivos específicos.....	18
7. Metodología.....	18
7.1 Tipo de estudio:	18
7.2 Población:	18
7.3 Criterios de inclusión:.....	19
7.4 Criterios de exclusión	19
7.5 Variables.....	19
7.6 Encuesta sobre las competencias en salud en la Asociación Raíces del Manglar.....	24
7.7 Plan de análisis	31
7.8 Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual.....	31
8 Resultados.....	33
9 Discusión	46
10 Conclusiones	49
11 Recomendaciones	50
12 Referencias bibliográficas.....	51

Listado de tabla

1. Tabla 1. Tabla competencias comunitarias para el cuidado de la salud. Pág. 17-18
2. Tabla 2. Tabla de variables. Pág. 19-24
3. Tabla 3. Tabla condiciones sociodemográficas de la población a estudio Pág. 33-34
4. Tabla 4. Tabla calidad y acceso a los servicios de salud. Pág. 36
5. Tabla 5. Tabla de categoría según la percepción de definición de salud. Pág. 38-39
6. Tabla 6. Tabla de ejercicio físico. Pág. 41
7. Tabla 7. Tabla de consumo de frutas y verduras. Pág. 43
8. Tabla 8. Tabla de enfermedades crónicas y su vinculación al programa de pacientes crónicos. Pág. 43-44

Listado de gráficas

1. Gráfica 1. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según su percepción en salud. Pág. 35
2. Gráfica 2. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según los motivos de consulta a urgencias. Pág. 37
3. Gráfica 3. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según la percepción de que depende la salud. Pág. 40
4. Gráfica 4. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según su condición física. Pág. 42

1. Introducción

Dentro del desarrollo de la maestría en Salud Pública, en el abordaje del módulo *Atención Primaria y Entornos Saludables* se realizó un acercamiento al diagnóstico comunitario, en el cual de manera general se descubrió una comunidad asentada en la Región del Pacífico más específicamente en Tumaco Nariño. Allí se encontró un grupo de mujeres organizadas en la Asociación Raíces del Manglar, los miembros de la asociación se acompañan en la vida tejiendo colectividad teniendo como objetivo el generar ingresos económicos a través de la extracción de piangua y moluscos en los manglares; así como, capacitarse en diferentes campos.

La conchería es una actividad que hace parte de la identidad étnico y cultural de la población afrodescendiente. Sin embargo, esa actividad no cuenta con una normatividad que proteja a las mujeres que realizan esta labor pues es un trabajo de alto riesgo debido a que se exponen al manglar lodoso donde habitan diversos moluscos que pueden generarles accidentes laborales dadas por enfermedades (Pineda & Ortiz, 2018).

En el ejercicio pedagógico, se observó que estas mujeres no han sido diagnosticadas como comunidad y por ende en términos de salud no se conoce sus competencias, conocimientos y creencias en salud. En el primer acercamiento comunitario con algunos miembros de la asociación se evidenciaron dificultades con relación a cómo ellas comprenden la salud, por tanto, fue de gran interés conocer y aportar en el autoconocimiento colectivo.

Con la identificación de esa necesidad, surge el interés de establecer una caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de la Asociación Raíces del Manglar en los siguientes aspectos: condiciones sociodemográficas, derechos en salud, prácticas de autocuidado, y comportamiento de riesgo en salud.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco-Nariño, 2022?

3. Justificación

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), La población afrodescendiente en América Latina representa un 21% de la población total, teniendo en cuenta que para esta población la desigualdad es una característica histórica y estructural en Latinoamérica la cual se caracteriza por un conjunto de desigualdades socioeconómicas y se potencian con las desigualdades de género, étnico-raciales, territoriales y por edad, encadenando a lo largo del ciclo de vida de las personas (CEPAL, 2021).

“Las desigualdades en el ámbito de la salud, cuya finalidad es *garantizar el derecho a la salud de toda la población*, siendo esto una condición indispensable para reducir las desigualdades y lograr un desarrollo social inclusivo. Las desigualdades en materia de salud que experimentan las poblaciones afrodescendientes en la región no solo representan una grave vulneración de ese derecho, sino que menoscaban sus posibilidades de sano y pleno desarrollo a lo largo del ciclo de vida, lo que tiene importantes repercusiones para toda la sociedad” (CEPAL, 2021).

Por lo anterior, y desde los determinantes sociales de la salud, los factores que derivan en desigualdades de salud se relacionan con las circunstancias en que las personas nacen, crecen, **trabajan**, viven y envejecen y las fuerzas que influyen sobre su vida cotidiana. Por tanto, el contexto económico, social, normativo y político condiciona la exposición a riesgos de enfermarse y las posibilidades que tienen las personas para prevenir enfermedades y acudir por tratamiento una vez que se enferman. Es así como las condiciones de pobreza, el acceso a la educación, al trabajo, a la protección social y a los servicios básicos de la

población afrodescendiente impactan de manera negativa el estado de salud de esta población (Abramo, Cecchini, & Ullmann, 2022).

“En América Latina incluso en Colombia, los cambios de los patrones de morbilidad se han orientado en mayor parte a las enfermedades no transmisibles” (OPS, 2017). Sin embargo, en la población afrodescendiente este paradigma viene en aumento, dado a la falta de acceso a servicios de detección precoz y tratamiento oportuno, puede agravar la evolución de la enfermedad y sus consecuencias en esta población (CEPAL, 2021).

“Se han registrado disparidades según la condición étnico-racial en la prevalencia de hipertensión arterial sistémica (Paixão y otros, 2010), accidentes cerebrovasculares (Martínez Martín y otros, 2018) y ciertos tipos de cáncer (Andahur, Mercado y Sánchez, 2019; Paixão y otros, 2010)” (CEPAL, 2021).

En Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE 2018) la población que se autodenomina como negra, afrocolombiana, raizal o palenquera, equivale a 2,98 millones de personas. Así como, lo menciona CEPAL, refiriéndose a la población latinoamericana afrodescendiente, esta población en Colombia experimenta niveles desproporcionados de pobreza y exclusión social y continúan enfrentando una severa discriminación, dado también por representar el 12.3% del total de la población internamente desplazada en Colombia, así mismo la desigualdad aumenta para las mujeres afro ya que, la mayor tasa de desempleo corresponde a las mujeres afrodescendientes con un 12 % (ACNUR, 2012).

La población Afrodescendiente en Colombia históricamente ha sido vulnerable al conflicto armado del país y por esta y otras causas esta población se considera desplazada de su lugar de origen ya que se encuentra distribuida en todo el territorio nacional, sin embargo, en algunas zonas del país predominan más (ACNUR, 2012).

Por ejemplo, en el municipio de Tumaco- Nariño para el año 2019 contaba con una población de 217.079 habitantes, de los cuales la población denominada “negra o

afrocolombiana ocupa el 80% del territorio, seguida de los indígenas en un 5 % y solo un 0.03% se identifica como raizal (Cortes & Marquínez, 2019).

Tumaco, es considerado el segundo municipio más extenso del país y por sus cuencas hidrográficas favorece que se dé la extracción de piangua, la cual inició como actividad de autoconsumo en la década de los años 70 (Leal, 1998). La captura de la piangua (*Anadara tuberculosa* y *Anadara similis*) históricamente se ha dado por comunidades del pacífico colombiano que tienen acceso al manglar y que dependen de esta actividad como único medio de sustento (Portilla, 1997).

Dado las condiciones demográficas, geográficas y sociales un grupo de mujeres afrodescendientes se organizaron para darle vida a la Asociación Raíces del Manglar, una organización sin ánimo de lucro dedicada a la extracción de piangua y moluscos en los manglares del pacífico. Esta asociación realiza esta actividad como medio de sustento económico, impartida por mujeres afro, golpeadas por la violencia, el narcotráfico y la falta de oportunidades laborales (Cuesta & González, 2004).

Pese a los esfuerzos internacionales y nacionales que se realizan para promover la salud de la población afrodescendiente desde la Agenda Regional de Desarrollo Social Inklusivo el cual contempla el acceso a servicios de salud y la incorporación de saberes y prácticas de las comunidades afrodescendientes en la atención de salud o programas que toman en cuenta la situación sanitaria de estas personas, se deben fortalecer las competencias comunitarias para el cuidado de la salud, como elementos que potencia el autocuidado de la salud en las personas de estas comunidades (CEPAL, 2021).

Reconociendo los retos y barreras que presenta esta población es necesario conocer las competencias comunitarias para el cuidado de la salud con las que cuenta esta comunidad, comprendiendo que una competencia va más allá del conocimiento teórico, las competencias permiten a las personas conocer, comprender y aplicar conductas y/o prácticas que mejoren la salud propia, en el marco de actividades de autocuidado (López Gómez, 2016).

Cuando se habla de competencias comunitarias para el cuidado de la salud, se refiere a qué tanto la comunidad conoce, comprende y aplica una práctica de autocuidado de la salud, en este caso y según la literatura se abordará el derecho a la salud como un elemento crucial para disminuir las desigualdades en este caso en salud, así como las prácticas de autocuidado que previene enfermedades crónicas no transmisibles.

Conocer la perspectiva de los problemas en salud de los miembros de la Asociación Raíces del Manglar basadas en los conocimientos propios, experiencias y vivencias le permitirá a la comunidad tener la base para el diseño de estrategias de educación en salud que impacten en los temas que resulten más lábiles a la intervención.

Visibilizar la comunidad con los resultados que genera la encuesta busca también generar comunicación intersectorial para que comunidades como la Asociación de Concheras sea tenida en cuenta en el desarrollo de proyectos sociales ya que la vulnerabilidad laboral es una situación que puede debilitar a comunidades o al individuo, por diferentes razones menor educación, etnia, condiciones socioeconómicas son algunos factores que disminuye la calidad de vida y por ende la salud.

Por lo anterior el apoyo social debe ser fundamental para identificar estrategias que contribuyan al mejoramiento del bienestar tanto individualmente como en grupo (FAO, 2017)

4. Estado del arte

4.4 Características biopsicosociales de la población afrodescendiente.

La población afrodescendiente según estudio de Taborda, Tello & Mena, a cerca de las características biopsicosociales y condiciones ambientales de la población afrodescendiente, concluyen que “esta población en Latinoamérica tiene mayores

probabilidades de padecer hipertensión arterial u otro tipo de enfermedad no transmisible que otro grupo étnico, debido a factores genéticos, económicos, culturales y sociales que contribuyen al desarrollo de estas patologías” por lo tanto, se debe abordar prácticas de autocuidado que disminuyan este riesgo (Taborda, Tello, & Mena, 2021).

4.5 Ruta Integral de atención para población con riesgo y alteraciones cardiovasculares.

De acuerdo con los lineamientos de la ruta integral de atención para la población con riesgo o alteraciones cardiovasculares, se conoce que actualmente “ la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial son las enfermedades cardio cerebro vasculares, influenciado por factores de riesgo relacionados con el estilo de vida del individuo (consumo de tabaco, dieta poco saludable, inactividad física, etc.)” (MinSalud, Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención en salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardio- cerebro- vascular- metabólicas manifiestas, 2022).

4.6 Prevención de enfermedades cardiovasculares

A partir de lo anterior se esboza la importancia de adquirir competencias, basadas en el autocuidado, mediante la modificación de factores de riesgos, con el fin de prevenir enfermedades crónicas no transmisibles en un individuo, comunidad y población.

En consecuencia, el estudio de Zaninovic y Nola concluyen que la “mejor prevención de las enfermedades cardiovasculares incluye un equipo multidisciplinario de expertos y toda la comunidad, apoyada de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que contribuyen a mejorar el estilo de vida de las personas y de toda la comunidad” (Fráncula-Zaninovic & Nola, 2018).

4.7 Atención primaria en salud orientada a la comunidad

Al hablar en términos de la comunidad, se hace necesario el auto reconocimiento de los factores de riesgos, conocer las medidas preventivas y su ejecución, clasificando a cada individuo de acuerdo con su estado bio psico social, las cuales promuevan la adquisición de conocimientos de buenas prácticas en salud.

La necesidad de articular la atención primaria, como primer contacto del individuo, con la atención orientada a la comunidad para contribuir en la disminución de las desigualdades e inequidades en salud, mejora la salud de la comunidad; a partir del estudio de Di Fabio y otros, en el cual realizaron un análisis del sistema de salud cubano y su modelo de atención primaria orientada a la comunidad, destacaron la atención primaria como la base del sistema de salud, garantizando el acceso universal para el cuidado de los individuos y sus familias (Fabio, Gofín, & Gofín, 2020).

4.8 Definición de salud desde la perspectiva de la comunidad

Por otro lado, es importante comprender la situación en salud que afecta a una comunidad y su relación con las practicas interculturales, esto con el fin de desarrollar competencias comunitarias para el cuidado de la salud, como la comprensión y el ejercicio de derecho a la salud como derecho universal, la identificación, comprensión y prácticas de autocuidado que prevengan comportamientos de riesgo; tal como se manifiesta en el estudio de Pardo, Gil y arenas, describiendo la “definición de la salud desde la comunidad, la cual está fundada socioculturalmente y depende de lo que cada uno tenga y sienta, determinando así su actuación” (Herrera, Gil, Quintana, & Arenas, 2018).

4.9 Plan de intervención y capacidad comunitaria

En el 2011, Colombia adoptó un enfoque normativo para la atención primaria en salud, con el fin de establecer prioridades y trascender de un sistema curativo basado en

hospitales. En el estudio de Hernández y colaboradores, 2017. Se realizó una intervención para desarrollar la capacidad comunitaria e influir en la salud, a partir de actividades de capacitación de líderes comunitarios para diseñar e implementar iniciativas de mejora en salud (Hernández, y otros, 2017).

4.10 Competencias de profesionales en salud

Al respecto la Universidad de La Sabana promueve estrategias que fortalecen las competencias de los profesionales en salud, mediante la articulación de estudiantes, ciudadanos y gestores de equipos interdisciplinarios. Con el fin de replicar la importancia de la atención primaria en salud y entornos saludables dirigidos a la comunidad, destacando los procesos de docencia, investigación, proyección social y una articulación intersectorial para fortalecer la salud de la población; (Lamus, Correal, & Hernández, 2015).

5. Marco Teórico

Para abordar las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de la Asociación de Concheras Raíces del Manglar es importante abordar los siguientes términos: Atención primaria, Competencia, Competencias comunitarias para el cuidado de la salud, con el fin de describir el impacto que tiene la comunidad cuando se empodera del conocimiento en salud y lo lleva a prácticas que favorecen el autocuidado

5.1 Atención primaria

Desde 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Declaración de ALMA ATA, definió la Atención Primaria de la Salud como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” La

APS se destaca como el mecanismo a través del cual los países pueden brindar una mejor salud a las personas, familias y comunidades, con mayor equidad y menores costos (Hernández, y otros, 2017).

5.2 Competencia

Según el Diccionario de la Lengua Española, la palabra competencia viene del latín *competenti* competente, que significa: incumbencia; pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado; atribución legítima de una autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto (Rodríguez Zambrano, 2007).

De acuerdo con Zambrano en su artículo “El paradigma de las competencias hacia la educación superior” menciona que las competencias se pueden agrupar según las definiciones epistemológicas y prácticas. Para la primera categoría indica:

- Para el modelo funcional, la competencia es la capacidad para realizar actividades y lograr resultados en una función productiva determinada, según criterios de desempeño. “Lo que se debe hacer” (Rodríguez Zambrano, 2007).
- Para el modelo conductista, las competencias son características de las personas expresadas en comportamientos, que se relaciona con un desempeño superior en un cargo o rol de trabajo. “Lo que se debe ser” (Rodríguez Zambrano, 2007).
- Para Mertens la competencia es “aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber-hacer” (1996:7).

Para la segunda categoría la definición de competencia se realizó a la luz de lo considerado por la institución práctica

- Para la Organización Panamericana de la Salud OPS, la competencia es “el desarrollo de las actitudes de la persona, lo que el individuo es en su afectividad y su evolución, buscando un enfoque integrador en que la persona, desde su ser, ponga en juego todo su saber y su saber hacer.» (Irigoin & Vargas, 2002)

Perrenoud (2008) afirma que la competencia es una acción compleja que le permite a las personas identificar, interpretar, argumentar, y resolver problemas, integrando el saber ser, el saber hacer, el saber conocer. De la misma manera, Cano (2008, p.6) señala que la competencia “articula conocimiento conceptual, procedimental y aptitudinal”. Por tanto, se puede decir que para abordar el conocimiento se debe integrar los saberes para el desarrollo óptimo de las competencias (Gervilla, 2006).

5.3 Competencias comunitarias para el cuidado de la salud

Las competencias comunitarias para el cuidado de la salud se alinean con las competencias en salud pública ya que son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la práctica de la salud pública, es decir, para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente, incorporando también la promoción de la salud como el proceso político y social global que abarca las acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas de los individuos y comunidades, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OPS, 2013).

Desde un enfoque comunitario se debe adquirir ciertas competencias, que permitan construir entornos saludables superando un enfoque excesivo en los servicios de atención médica, donde la estrategia de acompañamiento a la comunidad en los cambios de los determinantes sociales y la generación de liderazgo comunitario y empoderamiento (Hernández, y otros, 2017), permita comprender la comunidad “Asociación de Concheras Raíces del Manglar”.

Tabla 1.

Tabla competencias comunitarias para el cuidado de la salud.

COMPETENCIAS COMUNITARIAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD			
COMPETENCIA	SABER – SABER	SABER HACER	SABER SER
Identificación del estado de salud	Identifica cómo se encuentra su estado de salud de acuerdo con la definición universal	Comprende el rol individual y comunitario como uno de los actores en el sistema de salud, en el cual como individuo tiene derechos y deberes, que su vez en un rol activo pueda autogestionar la salud y ser garante de este	Reconoce la importancia de la apertura al conocimiento como medio para la formación de habilidades en salud desde la empatía y
Prácticas de autocuidado en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)	Identifica el consumo de tabaco como un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas	Comprende, identifica cuándo acudir al servicio de salud para recibir orientación sobre la cesación de tabaco	la salud comunitaria.
	Conoce las herramientas disponibles para apoyar la cesación del consumo de tabaco		Respeto las opiniones y creencias de todas las personas con una postura empática.
	Conoce los diferentes grupos de alimentos, beneficios y efectos sobre el cuerpo humano y la salud	Aplica en su vida cotidiana una alimentación saludable en línea con los alimentos propios, y accesibles en la región.	Escucha a los demás y de manera respetuosa y cordial manifiesta su punto de vista
	Reconoce la actividad física como la acción preventiva más costo efectiva.	Implementa acciones en su vida cotidiana que le permite vivir la actividad física como elemento fundamental para el cuidado de la propia salud	

Tabla 1. Autoría propia, basado en los Lineamiento para formación en Consejería en Lactancia materna y Alimentación Complementaria min salud 2020 y los Lineamientos Técnicos y Operativos de La Ruta Integral de Atención en Salud para personas con Riesgo o Presencia de Alteraciones Cardio Cerebrovascular-Metabólicas Manifiestas 2022

La identificación de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud permite conocer que aprendizaje tuvieron las mujeres concheras de la asociación por lo que, dentro de un contexto real y no abstracto, permite que dichos conocimientos sean aplicados

cotidianamente ya que cuando una competencia considera los tres saberes: saber, saber hacer, y saber ser considera al aprendizaje como una herramienta funcional.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Caracterizar las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar.

6.2 Objetivos específicos

- Describir las competencias relacionadas con el derecho a la salud de las mujeres pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar.
- Describir las competencias sobre prácticas de autocuidado en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de las mujeres pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar.
- Describir los comportamientos de riesgo para la salud de los miembros de la Asociación Raíces del Manglar.

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio:

- Observacional descriptivo, transversal.

7.2 Población:

- Mujeres concheras pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar. Se tomó todas las mujeres pertenecientes a la asociación para el estudio descriptivo.

7.3 Criterios de inclusión:

- Mujeres de la Asociación Raíces del Manglar.
- Mujeres residentes en Tumaco por más de 3 años.

7.4 Criterios de exclusión

- Participantes que no desearon hacer parte de la investigación.

7.5 Variables

Tabla 2.

Tabla de variables

Nombre de la variable	Variable categorizada	Naturaleza estadística	Nivel de medición
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Ordinal
Grupo étnico (Raza)	0. Afrodescendiente 1. Mestizo 2. Indígena 3. Mulato 4. Palenquero 5. Raizal 6. Ninguno de las anteriores.	Cualitativa	Nominal
Lugar de nacimiento	Sitio de nacimiento	Cualitativa	Nominal
Nivel de estrato socioeconómico	0. Uno 1. Dos 2. Tres 3. Cuatro 4. Cinco 5. Seis	Cualitativo	Ordinal
Nivel de estudios	0. Sin estudios	Cualitativa	Ordinal

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria completa 2. Primaria incompleta 3. Secundaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Universitario 6. Especialización 7. Posgrado 		
Percepción de salud	<ol style="list-style-type: none"> 0. Excelente 1. Buena 2. Satisfactoria 3. Regular 4. Mala 	Cualitativa	Ordinal
Afiliación a la salud	<ol style="list-style-type: none"> 0. Subsidiado 1. Contributivo 2. Vinculado 3. No está afiliado 	Cualitativa	Nominal
Actividad física	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. 1/2 Hora a la semana 3. Menor a dos horas a la semana 4. de 2 a 3 horas a la semana 5. 4-5 horas a la semana 6. 5 a 6 horas a la semana 7. Mayor a seis horas a la semana 	Cualitativa	Ordinal

Condición física	<ul style="list-style-type: none"> 0. Muy buena 1. Buena 2. Normal 3. Regular 4. Mala 	Cualitativa	Ordinal
Consumo de cigarrillo	<ul style="list-style-type: none"> 0. Si 1. No 	Cualitativa	Nominal
Frecuencia de consumo de cigarrillo	<ul style="list-style-type: none"> 0. No fuma 1. a diario 2. una vez a la semana 3. menos de una vez a la semana 	Cualitativa	Ordinal
Realiza una dieta alimentaria	<ul style="list-style-type: none"> 0. No 1. Si para ganar peso 2. Si para perder peso 3. Si por enfermedad/problema de salud 	Cualitativa	Nominal
Consumo de frutas	<ul style="list-style-type: none"> 0. Todos los días 1. Nunca 2. 1 día a la semana 3. 1-3 días a la semana 	Cualitativa	Ordinal
Consumo de verduras	<ul style="list-style-type: none"> 0. Todos los días 1. Nunca 	Cualitativa	Ordinal

	<p>2. 1 día a la semana</p> <p>3. 1-3 días a la semana</p>		
Enfermedades crónicas (HTA, DM)	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>	Cualitativa	Nominal
Programa paciente crónico	<p>0. Si</p> <p>1. No</p>	Cualitativa	Nominal
Percepción de definición de salud	Definición de salud según creencia o educación	Cualitativa	Nominal
Percepción de que depende la salud	<p>0. Es sólo una cuestión de suerte</p> <p>1. Es en parte una cuestión de suerte, y en parte, una cuestión de lo que hagas por ti mismo</p> <p>2. Es una cuestión de lo que hagas por ti mismo, pero también depende un poco de la suerte</p> <p>3. Depende únicamente de lo que hagas por ti mismo, y de cómo te comportes</p>	Cualitativa	Nominal
Tiempo de asignación de citas por medicina general	Número de días que transcurrieron	Cuantitativa	Ordinal
Percepción de salud	<p>0. Excelente</p> <p>1. Buena</p> <p>2. Regular</p> <p>3. Mala</p>	Cualitativa	Ordinal

Autorización de los servicios en salud	<ol style="list-style-type: none"> 0. Muy Difícil 1. Difícil 2. Normal 3. Fácil 4. Muy Fácil 5. No Sabe/No Responde 	Cualitativa	Nominal
Motivo de consultas a urgencias	<ol style="list-style-type: none"> 0. Por sentir que su estado de salud es grave o puede tener consecuencias graves 1. Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados. 2. Por no disponibilidad de citas de manera rápida 3. Por pérdida de la cita en consulta externa 4. Para renovar la fórmula de medicamentos 5. Por la dificultad para asistir en los horarios habituales de consulta externa 	Cualitativa	Nominal
Solución a necesidad en salud, en consultas médicas	<ol style="list-style-type: none"> 0. Muy Buena 1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. Muy Mala 	Cualitativa	Ordinal
Práctica de cuidado en salud tradicional	<ol style="list-style-type: none"> 0. Mencionar prácticas de autocuidado tradicional 	Cualitativa	Nominal

Significado de la partería tradicional en el pacífico	0. Definir que representa la partería tradicional en el pacífico	Cualitativa	Nominal
Significado de transmitir la tradición de la partería	0. Definir que representa transmitir la tradición cultural a otras generaciones	Cualitativa	Nominal
Percepción del significado de la música en su vida	0. Definir qué significa la música en su vida	Cualitativa	Nominal
Percepción del significado de la música para su salud	0. Definir cómo influye la música en su salud	Cualitativa	Nominal

Nota: Autoría propia.

7.6 Encuesta sobre las competencias en salud en la Asociación Raíces del Manglar

Para la construcción de la encuesta se realizó una búsqueda de la literatura en la cual se tuvo en cuenta estudios que indagaron caracterizaron poblaciones referentes a temas de salud cardiovascular y metabólica, competencias comunitarias y descripción sociodemográfica, sin embargo, no todos los artículos contaron con instrumentos adjuntos, por lo cual se incluyeron únicamente para el ejercicio, literatura que permitió la revisión de instrumentos útiles para la elaboración de la encuesta.

La búsqueda se condensó en una matriz la cual se organizó por de tema, preguntas, opciones de respuesta y fuente, basado en la matriz se excluyeron las preguntas similares o reiterativas o aquellas que no eran contundentes en la pregunta y ocasionaban confusión, se dejó las preguntas más completas y claras en redacción, se realizó una validación de apariencia para identificar la claridad de las preguntas pues el objetivo de la encuesta fue identificar las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de la Asociación Raíces de Manglar, y por ello las preguntas fueron claras y precisas. Cabe mencionar que la encuesta se aplicó de manera presencial a través de un cuestionario realizado en Google forms con algunas preguntas

abiertas y fue dirigido por las investigadoras, quienes actuaron como facilitadoras en la recolección de la información.

Universidad de La Sabana
Maestría en Salud Pública IV Semestre
Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a las participantes de esta investigación una explicación clara de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante.

Yo, _____ identificado con CC No _____ de _____, actuando como miembro de la Asociación de Concheras Raíces del manglar autorizo a Luz Karina Segura Angulo, Dolly Dayan Salamanca; estudiantes de la Universidad de La Sabana para que pueda usar la información en el proyecto de investigación, el cual tiene como objetivo conocer las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar, a través de una encuesta que será aplicada de manera presencial y será dirigida por las investigadoras quienes actuaran como facilitadoras en la recolección de la información.

Este estudio no representa ningún riesgo para las participantes y su participación es estrictamente voluntaria, sin tener repercusiones en la relación que exista con la Asociación Raíces del Manglar o con la comunidad o con los beneficios que puedan derivarse del estudio. Las participantes podrán retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación, por lo que, si ha respondido la encuesta y se retracta, esta información no será tomada en cuenta en los datos recolectados

El presente estudio realizado en la Asociación Raíces del Manglar tiene como beneficios visibilizar la asociación y su realidad para que esta sea considerada en futuras investigaciones, realizar un diagnóstico comunitario, realizar medidas de intervención, formando líderes comunitarias que promuevan la salud, mejoren su calidad de vida social y económica.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, los datos iniciales de identificación solo serán utilizados con fines de caracterización, los cuales no serán usados en la descripción de los resultados con el fin de

proteger la identidad de las participantes. Las respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimos

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la encuesta, le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla.

“Si, acepto participar”

A. Confirmo haber leído y entendido la información acerca del manejo de mis datos personales.	SI	NO
---	----	----

Firma _____

Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Marque con una X según corresponda

1. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha completado?
 - a) Sin estudio
 - b) Primaria Completa
 - c) Primaria Incompleta
 - d) Secundaria Completa
 - e) Secundaria Incompleta
 - f) Estudios Universitarios
 - g) Especialización
 - h) Posgrado

2. ¿Cuál es su **lugar** de nacimiento?

3. ¿Cuál es su edad? (años)

4. ¿En qué estrato se ubica su vivienda?

- a) 1
 - b) 2
 - c) 3
 - d) 4
 - e) 5
 - f) 6
5. ¿A qué régimen de salud pertenece?
- a) Subsidiado
 - b) Contributivo
 - c) Vinculado
 - d) No está afiliado
6. ¿Con qué grupo étnico se identifica?
- a) Afrodescendiente
 - b) Mestizo
 - c) Indígena
 - d) Mulato
 - e) Palenquero
 - f) Raizal
 - g) Ninguno de las anteriores.
7. ¿Cuántas horas suele practicar ejercicio físico a la semana?
- a) Ninguna
 - b) 1/2 Hora a la semana
 - c) Menor a dos horas a la semana
 - d) De 2 a 3 horas a la semana
 - e) De 4-5 horas a la semana
 - f) De 5 a 6 horas a la semana
 - g) Mayor a seis horas a la semana
8. ¿Cómo considera su condición física
- a) Muy buena
 - b) Buena
 - c) Normal
 - d) Regular
 - e) Mala
9. ¿Ha fumado alguna vez? (al menos un cigarrillo, o un puro ...)

- a) SI
- b) NO
- c) Si la respuesta es afirmativa responda la siguiente pregunta "

10. ¿Con que frecuencia fuma actualmente?

- a) A diario
- b) Al menos una vez a la semana, pero no todos los días
- c) Menos de una vez a la semana
- d) No fumo"

11. ¿De qué cree que depende el tener una buena salud? (Señala sólo una casilla)

- a) Es sólo una cuestión de suerte
- b) Es en parte una cuestión de suerte, y en parte, una cuestión de lo que hagas por ti mismo
- c) Es una cuestión de lo que hagas por ti mismo, pero también depende un poco de la suerte
- d) Depende únicamente de lo que hagas por ti mismo, y de cómo te comportes"

12. En el momento actual, ¿sigue alguna dieta o régimen especial?

- a) No
- b) Si para ganar peso
- c) Si para perder peso
- d) Si por enfermedad/problema de salud"

13. ¿con que Frecuencia consume frutas?

- a) Todos los días
- b) Nunca
- c) De 1-3 días a la semana
- d) 1 día a la semana

14. ¿con que Frecuencia de consumo de Verduras?

- a) Todos los días
- b) Nunca
- c) De 1-3 días a la semana
- d) 1 día a la semana

15. ¿Padece alguna enfermedad crónica como hipertensión o diabetes?

- a) SI
- b) NO
- c) Si la respuesta es afirmativa responda la siguiente pregunta "

16. ¿Le han ofrecido vincularse a algún programa para controlar una enfermedad crónica como hipertensión o diabetes?

- a) SI
- b) NO

17. ¿Para usted que es salud?

18. ¿Entre el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para pedir la cita con el médico general, hasta el momento en que se la asignaron cuanto tiempo pasó?

Escriba por favor el número de días que trascurrieron

19. ¿Como considera en general su salud?

- a) Excelente
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala

20. Usted cómo calificaría todo el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud en su EPS. ¿Califique de 1 a 5 donde 1 significa que es muy difícil y 5 muy fácil?

- Muy Difícil
- Difícil
- Normal
- Fácil
- Muy Fácil
- No Sabe/No Responde"

21. Cuando usted ha utilizado los servicios de urgencia lo hace por:

- a) Por sentir que su estado de salud es grave o puede tener consecuencias graves

- b) Para que en una sola visita le incluyan la consulta, la realización de exámenes y el control inmediato con los resultados.
- c) Por no disponibilidad de citas de manera rápida
- d) Por perdida de la cita en consulta externa
- e) Para renovar la fórmula de medicamentos
- f) Por la dificultad para asistir en los horarios habituales de consulta externa

22. ¿Califique en una escala de 1 a 5 donde 1 es muy mala y 5 muy buena como considera que fue La solución que le dieron a su necesidad de Salud por la que usted consultó la última vez?

- Muy Mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy Buena

23. ¿Mencione una práctica de cuidado tradicional que use para aliviar alguna dolencia en su salud?

24. ¿Para usted que representa la partería tradicional en la cultura del pacifico?

25. ¿Que representa darles esta tradición a las nuevas generaciones?

26. ¿Qué papel cumple la música tradicional en su vida?

27. ¿Como influye los canticos tradicionales que realiza en su salud?

7.7 Plan de análisis

Se realizó un análisis descriptivo empleando distribuciones de frecuencia y proporciones para las variables categóricas, asimismo, medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas, los datos son presentados en tablas y gráficas.

7.8 Consideraciones éticas, disposiciones legales vigentes y propiedad intelectual

Para realizar la investigación, se tuvo en cuenta la normatividad sobre consideraciones éticas vigente con seres humanos, impartida por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 8430 de 1993. Citado en el artículo 11 de la misma, el presente proyecto es una investigación con riesgo mínimo, porque se aplicó registros y entrevistas donde si bien no hay variables biológicas inmersas que modifiquen aspectos en los participantes en el estudio, se pudo ocasionar algún riesgo cultural no intencionado en población vulnerable (MinSalud, 1993).

Para controlar el riesgo mínimo en esta investigación se realizó como estrategia el consentimiento de la comunidad para participar colectivamente, a través de una pregunta abierta con respuesta verbal de aceptar participar en el proyecto por cada participante, si bien se obtuvo un consentimiento comunitario por parte de la líder de la Asociación Raíces del Manglar, se tomó y respetó el consentimiento o disenso individual.

Dentro de las consideraciones éticas se realizó un consentimiento informado ya que se requería que los participantes de la investigación es decir los miembros de la Asociación Raíces del Manglar tuvieran el conocimiento y la oportunidad de consentir la participación en la investigación.

En dicho documento la comunidad dio su consentimiento para la realización de la encuesta y uso de la información de preguntas semiestructuradas. Se construyó el documento y se adaptó el lenguaje de las preguntas con un participante externo para que este fuera claro ante la comunidad al momento de su aplicación.

La información que se recogió es confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, los datos iniciales de identificación solo fueron utilizados con fines de caracterización, los cuales no serán usados en la descripción de los resultados con el fin de proteger la identidad de las participantes. Las respuestas a los cuestionarios fueron codificadas usando un número de identificación y por lo tanto son anónimos

El presente trabajo se ampara a las consideraciones éticas contempladas en la declaración de Helsinki

Grupos y personas vulnerables

Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Las personas podrán beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Privacidad y confidencialidad

Se tomó toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participó en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica fue voluntaria. Además, se consultó a la líder de la comunidad, ninguna persona incapaz de dar su consentimiento informado fue incluida en este estudio.

8 Resultados

Condiciones sociodemográficas de la población a estudio.

En el presente estudio se encuestaron a 49 participantes, donde se encontró una edad promedio de 46 años (tabla 3), identificando un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 76 años. Así mismo, 47 mujeres se identifican como afrodescendientes, una como mulata y otra no se identifica con una etnia en particular.

Respecto al lugar de nacimiento de las asociadas, se denota que de las 49 participantes, 34 de ellas nacieron en Tumaco lo que equivale al 69%, una de ellas nació en Apartado Antioquia, y otra encuestada en Buenaventura, el resto de las asociadas nacieron en municipios del departamento de Nariño aledaños a Tumaco, por lo cual se identifica que las asociadas no nacidas en Tumaco migraron a este municipio hace más de tres años, por diferentes razones como: desplazamiento forzoso, pobreza y por ser víctimas de violencia etc.

Tabla 3

Tabla. Condiciones sociodemográficas de la población a estudio.

Variable	Descriptivo
*Edad (años)	46 [18- 76]
*Grupo étnico	
Afrodescendiente	47 (96%)
Mulato	1 (2%)
Ninguna de las anteriores	1 (2%)
*Lugar de nacimiento	
Tumaco	34 (69%)
Barbacoas	4 (8%)
Río Chagüi	2 (4%)
Apartado Antioquia	1 (2%)
Buenaventura	1 (2%)
*Estrato socio económico	
Estrato 1	48 (98%)
Estrato 2	1 (2%)

*Nivel de estudio	
Primaria completa	6 (12%)
Primaria incompleta	11 (22%)
Secundaria completa	11 (22%)
Secundaria incompleta	15 (31%)
Universitario	1 (2%)
Sin estudio	5 (10%)
*Afilación en salud	
Subsidiado	46 (94%)
Contributivo	3 (4%)

Nota: Autoría propia.

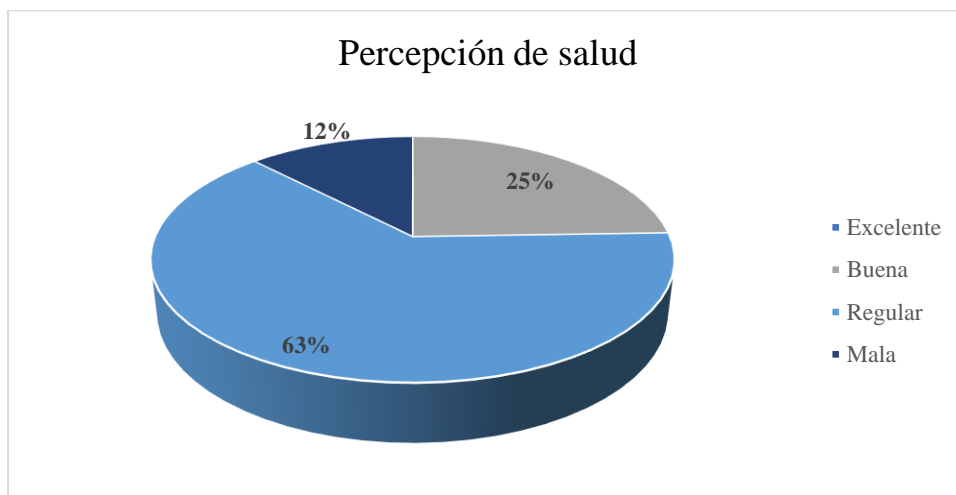
Del total de la población, 48 mujeres habitan en estrato uno y tan solo una persona vive estrato dos, lo cual denota que las asociadas se encuentran en zonas vulnerables debido a su entorno y condiciones de vivienda. Al caracterizar la escolaridad se evidencia un 31% de mujeres que no terminaron la secundaria, seguido con un 22% de encuestadas que finalizaron la educación secundaria, así como un 22% de asociadas que no culminaron la educación básica primaria, finalmente se identificó que un 12% si la culminó. Aunque se evidenció dificultad para escribir y leer de corrido en las mujeres que finalizaron estudios.

Para la variable afiliación a salud se identificó que el 94% de las asociadas pertenecen al régimen de salud subsidiado y el 4% contestó pertenecer al régimen contributivo, cabe mencionar que algunas de las usuarias referían que pertenecían al régimen contributivo en situación de beneficiarias.

Caracterización derechos en salud

Para el cumplimiento del primer objetivo específico: describir las competencias relacionadas con el derecho a la salud de las mujeres pertenecientes a la **Asociación Raíces del Manglar**, se realizaron las siguientes gráficas.

Gráfica 1. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según su percepción en salud.



Fuente: Presente investigación

N: 49

De acuerdo con la gráfica 1 se identificó que más de la mitad de las asociadas encuestadas perciben su salud como regular y ninguna de las participantes la calificó como excelente. Es de anotar que, aunque la mayoría no tiene un diagnóstico médico de alguna patología, algunas de ellas no se sienten del todo saludables o relacionan su estado de salud con las barreras que presentan en el momento de tener citas médicas, debido a ello en la siguiente tabla se muestra aspectos de calidad y acceso, las cuales muestran algunas de las barreras identificadas.

Tabla 4

Tabla. Calidad y acceso a los servicios de Salud.

Variable	Descriptivo
*Tiempo de asignación de cita por medicina general	
0-7 días	18 (37%)
8-14 días	5 (10%)
15-21 días	9 (18%)
22- 30 días	11(22%)
31-60 días	6(12%)
*Autorización de servicios de salud	
Muy fácil	3 (6%)
Fácil	5 (10%)

Normal	4(8%)
Difícil	7 (14%)
Muy difícil	30 (61%)
*Solución a la necesidad en salud	
Muy buena	7 (14%)
Buena	9 (18%)
Regular	13(27%)
Mala	6(12%)
Muy mala	14(29%)

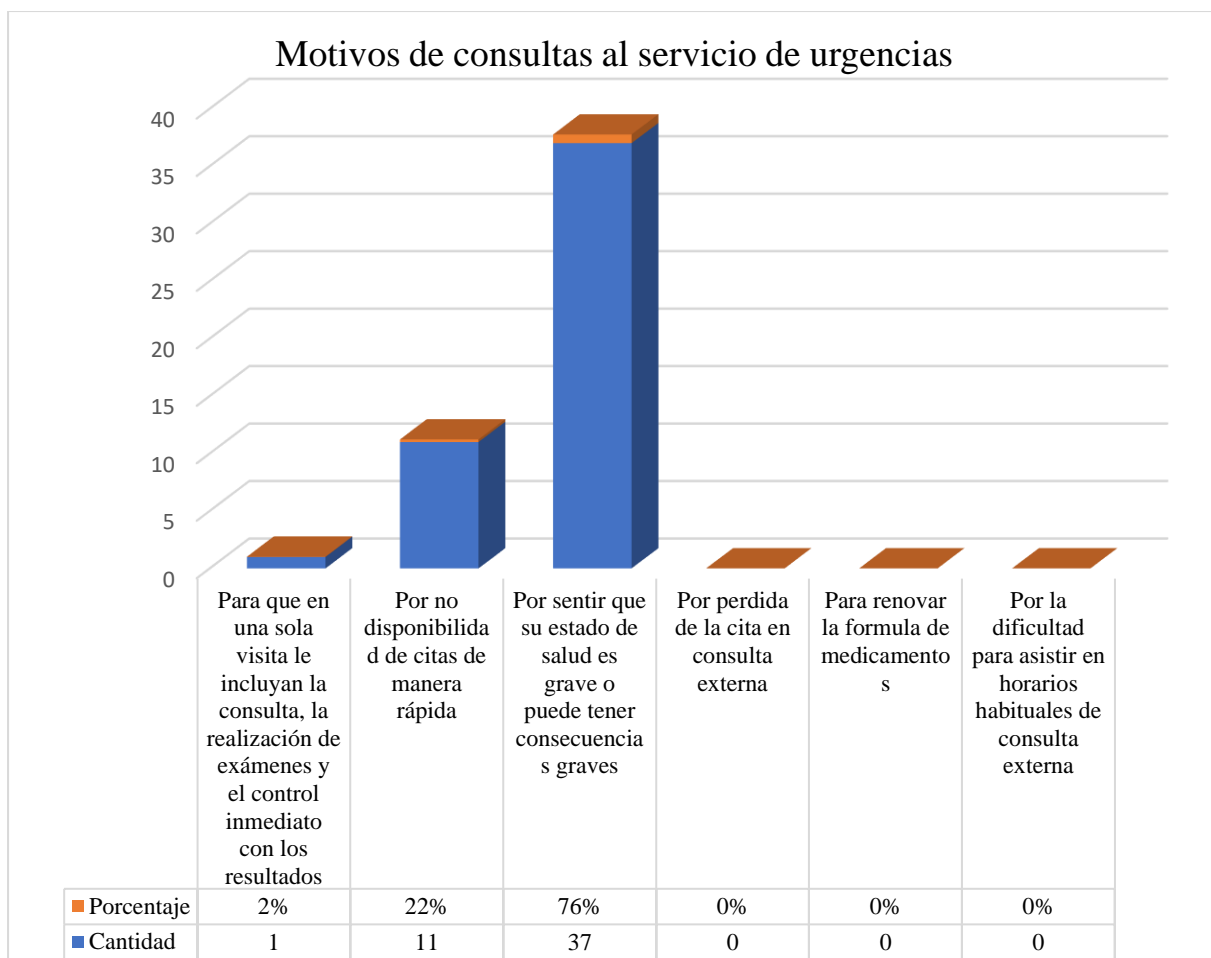
Nota: Autoría propia.

Referente a las condiciones de acceso a los servicios de salud, se analiza el tiempo de asignación de citas para medicina general en días, desde que un usuario contacta a la EPS, en donde se obtuvo un promedio de 19 días transcurridos para asignar una cita médica general, con un mínimo de 1 día y máximo 60 días. Dejando así tiempos de asignación de citas por medicina general demorados.

Respecto a la autorización de servicios de la salud el 61% de las encuestadas califican como muy difícil la autorización de servicios de salud, lo cual reitera la percepción de acceso a servicios de salud especializados con dificultad para la atención.

Del total de las mujeres encuestadas se puede decir que 29 de las 49 mujeres sintieron que en las consultas médicas si da respuesta a la necesidad en salud, sin embargo 20 mujeres manifestaron que no obtienen solución a su necesidad calificándola en un 29% como muy mala y en un 12% como mala.

Gráfica 2. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según los motivos de consultas a urgencias.



Fuente: Presente investigación

N: 49

Las encuestadas en un 76% realizan un adecuado uso del servicio de urgencias pues reconocen que solo consultan cuando su estado de salud se encuentra grave, el 22% de los miembros de la asociación asiste por no disponibilidad de citas médicas, ya que como se mencionaba anteriormente el proceso para conseguir una cita por medicina general carece de facilidad para las mujeres pues el método efectivo para su consecución se hace de manera presencial atado a disponibilidad y a largas horas de espera en un horario específico para obtenerla, esto se relaciona con el 2% de las mujeres que desean que en una sola visita al servicio de urgencias pueda obtener todo lo necesario en una sola consulta.

Definición de Salud

Para esta variable y teniendo en cuenta las diversas respuestas que en cierto grado tenía relación se realizó una clasificación según el tipo de las respuestas quedando cinco categorías en las cuales las participantes definieron salud estas fueron: bienestar, ausencia de

enfermedad y asistencia médica. Autocuidado, salud como algo vital y salud como derecho a continuación se presenta la siguiente tabla.

Tabla 5.

Tabla de categoría según la percepción de definición de salud.

Categoría	Participantes	%	Relatos
Bienestar "Estar bien"	33	67,34 %	Para mí la salud es Estabilidad emocional y salud es vida
			Para mi salud es vivir bien, la salud es vivir bien por tener paz y tranquilidad, respirar aire sano, ir al manglar y respirar aire, vivir con el medio ambiente y tener lo necesario para no vivir intranquilo
			Es muy importante y bonita porque sirve para tener vida.
			La salud es la salud espiritual, mente sana, porque si uno se concientiza de su cuerpo tiene mejor salud
			Estar alentado estar bien y sentirse bien
			Comer sano vivir tranquilo y ser feliz
			Es tener una buena salud, sentirse bien
			Sentirse cómodo y sin enfermedades
			Es sentirme bien, salir a caminar, respirar el aire para sentirse bien
			Es estar bien no tener ningún tipo de enfermedad o problemas
			Sentirme bien
			Estar bien
			Es tener la cabeza fresca, relajarse y despejar la mente
			Sentirme bien
			Salud estar bien, física y moralmente
			Es vivir bien, que no le duela nada
			Estar alentado
			Sentirme bien
			Es estar una persona en estado físico bien y estar bien
			Salud es estar bien que se sienta bien
			Es estar bien estar alentado que no duela nada
			Estar bien no padecer de ningunas enfermedades
			salud es sentirse bien
			Que uno esté sano que tenga una buena salud
			Es que yo me sienta bien y pues tener una buena dieta para sentirse bien buena alimentación
			Que uno esté bien de salud, cuidarme mucho y cuidar a sus hijos
			es la condición física de bienestar en el ser humano
la salud es estar bien físicamente			
es estar bien, anímicamente			
estar bien, no sentir dolor			
Que uno se sienta bien y no se enferme			
Que uno se sienta bien			
Estar buen físicamente, saludable, libre de enfermedades			

Ausencia de enfermedad y asistencia medica	11	22,44 %	Para mí es mantener su cuerpo fuera de enfermedades, ir periódicamente al médico para ver cómo se encuentra el cuerpo por fuera y por dentro
			para. Mi salud es que si uno va a sacar cita lo atiendan bien que le digan que uno tiene
			Estar bien que uno vaya al médico y lo atienda que le den la cita cuando esta uno vivo y no muerto
			Salud es que uno vaya a sacar una cita y lo atiendan ahí mismo, si le manda un examen o una ecografía se lo han ahí mismo, pero acá es lo contrario si uno no tiene fiebre lo mandan para la casa
			Pues tener salud digna y buena atención
			La salud es vivir tranquilo no llevar la vida a la carrera no estrés
			Es prácticamente saber cómo está la persona ahí nos damos cuenta si estamos bien o mal
			Que uno se aliente porque si uno no se alienta no hay salud
			Es algo de que nosotros tenemos el deber de estar sanos buscar el médico
			Salud es tener una estabilidad normal que no dependa de medicamentos que no haya ninguna dolencia, buena capacidad física competente
Salud es cuando uno está enfermo va al médico y lo atienden			
Autocuidado	2	4,08%	Salud es cuidarse tener precaución con los elementos, comer saludable
			Cuidarse
Algo vital	2	4,08%	Teniendo salud, lo tengo todo.
			Algo necesario para la vida, cuando hay salud uno puede estar bien y tranquilo con la salud afectado nadie vive tranquilo
Derecho	1	2,04%	Para mi salud es un derecho que tenemos como seres humanos que debe ser cumplido para poder vivir

Nota: Autoría propia.

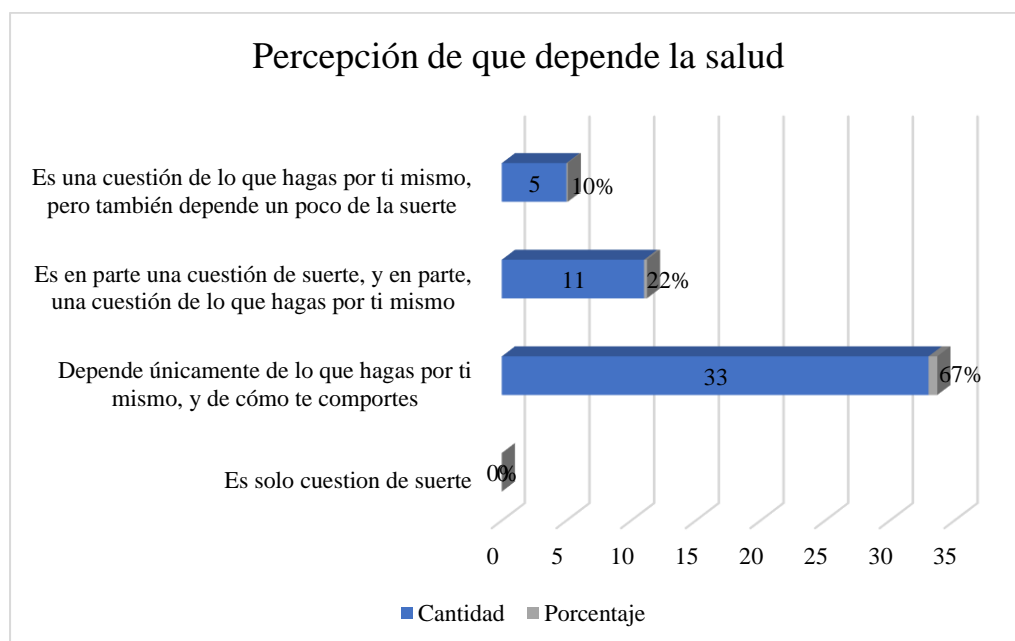
Si bien la organización mundial de la salud (OMS) en su declaración de Alma Ata definió la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, las mujeres de la asociación indicaron que salud es *“sentirse bien o estar bien”* con mayor descripción en total 67% de las encuestadas hicieron alusión a la salud como *“vivir bien, la salud es vivir bien por tener paz y tranquilidad, respirar aire sano, ir al manglar y respirar aire, vivir con el medio ambiente”*.

Mientras que el 22% de las encuestadas de la asociación definió salud como aquello relacionado a la asistencia médica y algunas de sus respuestas fueron: *“Salud es que uno vaya a sacar una cita y lo atiendan ahí mismo, si le manda un examen o una ecografía se lo han ahí mismo, pero acá es lo contrario si uno no tiene fiebre lo mandan para la casa”*, *“Estar bien que uno vaya allá médico y lo atienda que le den la cita cuando esta uno vivo y no muerto”* refirieron la encuestadas.

Del total de la población 11 de las 49 mujeres definieron la salud como estar libre de enfermedad y para ello se necesita ir al médico lo cual está directamente relacionado a tener

“salud digna y buena atención”. 4% de las asociadas manifestaron que salud era cuidarse mientras que el otro 4% asociaron la salud con la vida y tan solo el 2 % definió salud como derecho “*Para mi salud es un derecho que tenemos como seres humanos que debe ser cumplido para poder vivir*”, indicó una de las participantes.

Gráfica 3. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según la percepción de que depende la salud.



Fuente: Presente investigación

N: 49

Al analizar la variable percepción de que depende la salud y las diferentes opciones. De las 49 participantes, el 67% refirió que depende únicamente de lo que hagas por ti mismo y de cómo te comportes, equivalente a 33 personas que es más de la mitad de las encuestadas; llama la atención que el 22% de las asociadas respondieron que la salud depende en parte cuestión de suerte y en parte una cuestión de lo que hagas por ti mismo, dejando en parte las cuestiones de salud al azar

Caracterizaciones prácticas de autocuidado

Para el cumplimiento del segundo objetivo específico: describir las competencias sobre prácticas de autocuidado en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de las mujeres pertenecientes a la **Asociación Raíces del Manglar**, se realizaron las siguientes gráficas

Ejercicio físico.

Tabla 6

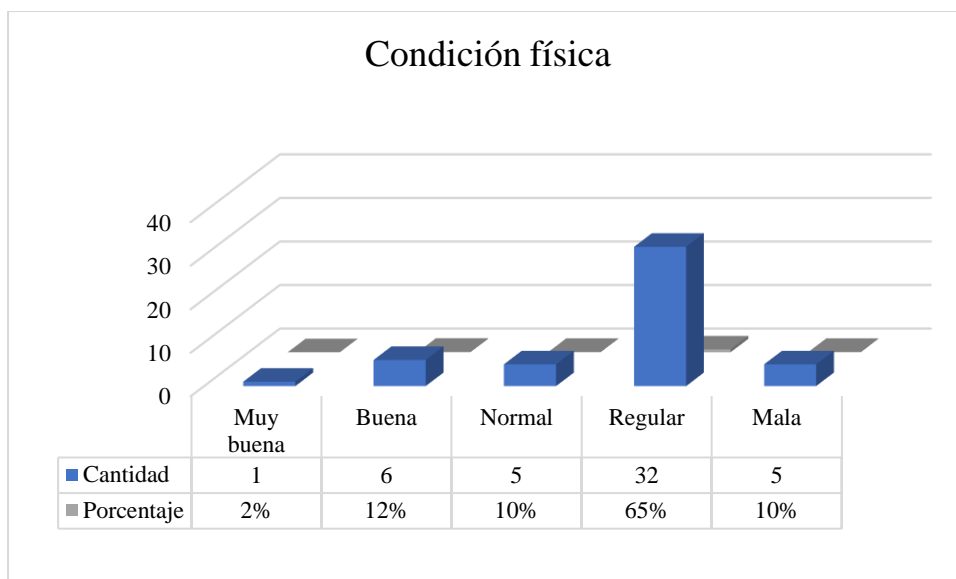
Tabla. Ejercicio físico

Variable	Descripción
Ejercicio físico	
Media hora a la semana	4 (8%)
Menor a 2 horas a la semana	3 (6%)
De 2 a 3 horas a la semana	11 (12%)
De 4 a 5 horas a la semana	7 (14%)
De 5 a 6 horas a la semana	3 (6%)
Mayor a 6 horas a la semana	7 (14%)
Ninguna	14 (29%)

Nota: Autoría propia.

En la tabla 6 se aprecia cuantas horas suele practicar ejercicio físico a la semana como práctica de autocuidado, la mayoría describía que hacer los quehaceres de la casa era su ejercicio, sin embargo, al dar la claridad de que significaba realizar ejercicio el 29% manifestó que no practicaba ejercicio físico y solo el 8% realiza media hora de ejercicio a la semana y un 6% menor a 2 horas a la semana; por otro lado, el 22% de las encuestadas indicó realizar ejercicio de 2 a 3 horas a la semana, equivalente 11 personas; además se encontró que un 14% de las mujeres realizaba ejercicio de 4 a 5 horas a la semana y otro 14% más de 6 horas a la semana.

Gráfica 4. Caracterización de las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de las mujeres concheras de la Asociación Raíces del Manglar del municipio de San Andrés de Tumaco- Nariño en el 2022, según su condición física.



Fuente: Presente investigación

N: 49

En la gráfica 4 se evidencia que el 65% de los miembros de la asociación perciben su condición física como regular lo cual es coherente con la pregunta antecesora frente al poco ejercicio físico que realizan, seguido de un 10% de mujeres que consideran su salud como mala y otro 10% la consideraron como normal, además un 12% refirió su condición física como buena y solo el 2% persona como muy buena.

Frente a las variables referentes al consumo de tabaco el 90% de las encuestadas no fuma y el 10% lo hizo alguna vez en su vida, pero en la actualidad ninguna de las asociadas fuma. Dentro de los resultados se encontró que el 49% de las asociadas no realizan una dieta alimentaria equivalente a 24 personas y el 39 % de las participantes refieren realizar una dieta por enfermedad o problemas en salud y solo un 12 % equivalente a 6 personas realizan una dieta para perder peso diferente a un problema de salud.

Tabla 7

Tabla. Consumo de frutas y verduras.

Variable	Descriptivo	
	Consumo de frutas	Consumo de verduras
Todos los días	9 (18%)	16 (36%)
1 día a la semana	18 (37%)	15 (31%)
De 1 a 3 días a la semana	17 (35%)	14 (29%)

Nunca	5 (10%)	4 (8%)
--------------	---------	--------

Nota: Autoría propia.

Del total de la población encuestada el 72% consume mínimo una vez a la semana fruta sin embargo el 35% lo hace hasta 3 veces a la semana y el 18% del total de las mujeres encuestadas lo hace todos los días, y tan solo el 10% no consume frutas.

El 92% de las asociadas consumen verduras de manera habitual en su alimentación diaria, el 31% lo hace una vez a la semana el 29% lo hace entre 1 a 3 días a la semana y el 36% los hace todos los días, tan solo el 8% manifiesta no consumir verduras nunca.

Tabla 8

Tabla. Enfermedades crónicas y su vinculación al programa de pacientes crónicos.

Variable	Descriptivo	
	Enfermedades crónicas (HTA, DM)	Programa paciente crónico
Si	18 (37%)	15 (31%)
No	31(63%)	3 (6%)
No aplica	-	31 (63%)

Nota: Autoría propia.

De las 49 mujeres encuestadas a la pregunta si padece alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial o diabetes mellitus, se identificó que el 63% refirió no sufrir o haber sido diagnosticada frente a esas dos patologías y el 37% que equivale a 18 personas mencionaron padecer HTA o DM, sin embargo, en la encuesta dirigida se identificó posible subregistro de la población diagnosticada con enfermedad cardiovascular o metabólica

A partir de lo anterior, en donde 18 mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus de las cuales 15 personas mencionaron haber sido remitidas al programa de pacientes crónicos, sin embargo, 3 de las diagnosticadas con dichas patologías no estaban en el programa y manifestaron tomar el medicamento de vez en cuando, evidenciando aparentemente baja adherencia al tratamiento

Caracterización de comportamientos de riesgo

Para el cumplimiento del tercer objetivo específico: describir los comportamientos de riesgos para la salud de los miembros de la **Asociación Raíces del Manglar**, se tuvieron en cuenta las siguientes respuestas

Practica de autocuidado tradicional

Las 49 encuestadas mencionaron que usaban plantas medicinales para aliviar alguna dolencia entre las respuestas más recurrentes mencionaron: *“tomo agua de yerbabuena para el dolor de barriga”* otra participante indico el uso de, : *“Hierba mora sirve para aliviar cualquier dolor”*, esta planta a la cual le llaman mata ratón si bien la mencionaron como planta tradicional para aliviar cualquier dolor, la toman en infusión o también indicaron se realizan baños con la planta para cualquier tipo de dolencia.

De las encuestadas, 47 miembros afirmaron el uso de diferentes plantas como limoncillo, hoja de mango, hierba de golondrina, planta espíritu santo, manzanilla, hoja de menta, así mismo dentro de estas 47 mujeres 4 mencionaron el consumo de frutas para aliviar dolores como *“limón para bajar el azúcar”* otra participante relato: *“Para el dolor de huesos tomo jugos calientes de naranja”* así mismo otra de las encuestadas usa : *“Agüita de tomate de chonto para el colesterol”*, finalmente una mujer dijo: *“Borojó para los dolores del cuerpo, para desinflamar la muela”*.

Tan solo el 2 % de las encuestadas mencionaron no usar plantas tradicionales sino tomar pastillas, pues no usaban plantas medicinales para el alivio de dolencias pues manifestaban mayor confianza en la medicina occidental y la no creencia en las plantas curativas.

Partería tradicional

Mas que la partería como práctica, los miembros de la asociación reconocen a las parteras como patrimonio de su cultura, *“no lo dejaron los ancestros porque es algo que no*

hace daño”, “Es una cultura gracias a las parteras muchas mujeres han podido dar a luz sin necesidad de algún medico” “Es algo tradicional ya que anteriormente no iban a medico entonces iban donde la partera y tenía bebé en casa”.

Si bien las parteras son reconocidas por esta asociación de raíces afro, y lo entiende como una tradición de la región pacífica, el 100% de las participantes reconocen que se ha perdido la tradición que muy poco se práctica hoy día.

Frente a las parteras y las nuevas generaciones mencionan que *“se ha perdido la tradición”* reconocen la importancia de que se cultive el aprendizaje de la partería en la actualidad ya que *“ Me parece que antes se tenían los hijos normal”* en la actualidad perciben que las mujeres gestantes tienen más problemas con su embarazo y sienten como obligatorio los controles ligados a cesáreas, *“Mis hijos los tuve con partera, donde yo estaba no había médico lo tratan bien a uno y saben lo que hacen, los médicos solo quieren cortarle a uno”.*

En diferentes expresiones mencionan que es importante que se expanda el conocimiento de la partería sobre todo en la ruralidad donde los centros médicos son muy apartados y las parteras por amor a su oficio salvan vidas *“creo que si es importante para la gente del campo que no hay tanta salud que los jóvenes aprendan”.*

Música Tradicional.

Frente al tema de la música tradicional se observó respuestas con mayor agrado en las mujeres adultas y mayores pues al hablar de tema su expresión facial cambio agradablemente al mencionar que la música tradicional especialmente los canticos las aliviaba, las hace sentirse mejor, y les quita las malas energías. *“me transmite paz, alegría y me lleva a una dimensión como fuera de este mundo es algo increíble, soñador, mágico”* refirió una de las encuestadas

Entre las diferentes respuestas se encontró que la música la reconocen como algo propio y único de la cultura afro pacífica. Asociada refirió: *“la música me hace sentir amor por la tierra por sus raíces” “me hace recordar que los negros los afro como más*

espontáneos, nosotros enseñamos nuestras tradiciones, en cambio los indígenas no, los negros hemos sido más abiertos”.

Aunque con menor exposición a la música tradicional las mujeres jóvenes también la perciben como algo positivo y pues en general todas las mujeres de la asociación son cercanas a los canticos, cuando realizan la labor de conchar en el manglar pues realizan canticos. Respecto a ello una participante dijo: *“Es muy importante porque cuando van al manglar cantan y se relajan, contentas y mantienen alegres y activas”.*

Dentro de las respuestas con cierta frecuencia hacen referencia a los arrullos y cantos en los velorios, lo recuerdan como algo positivo y tradicional *“Me gusta los arrullos, ayudar en cantos en velorios”, “Yo me amanecía en los velorios cantando ese baile currulao, hay vea ahora cuando escucho me da armonía, la canción de antes no se compara con las de ahora”* lo relataron dos asociadas.

9 Discusión

Caracterizar las competencias comunitarias para el cuidado de la salud de los miembros pertenecientes a la Asociación Raíces del Manglar, permite comprender que la salud para las mujeres que se dedican a la extracción de piangua está asociada al sentirse en equilibrio mental, físico, ambiental y social. Sin embargo, se destaca que cuando sienten dolor físico y no cuentan con la atención médica idónea, sienten deterioro o mala salud. De allí que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad requieran la comprensión e integración de la cultura como categoría mediadora en la salud pública (Sarmiento & Montañez, 2016).

Es por ello y desde el punto de vista sociodemográfico donde el 96% de las asociadas se identifica afrodescendientes, de las cuales el 37% presentan hábitos sedentarios con ninguna o menos de media hora de ejercicio físico, en comparación con la definición de tiempo de actividad física que designa la Organización Mundial de la salud en "adultos de 18

a 64 años que son de 150 a 300 minutos para la prevención de enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes" (OMS, Actividad física, 2022).

En contraste con lo que menciona CEPAL, a cerca de la disminución de la prevalencia de enfermedades transmisibles y aumento de las enfermedades crónica no transmisibles (ECNT), donde la población afrodescendiente no es ajena a estos cambios, lo cual genera preocupación, especialmente por las barreras de acceso a los servicios de detección precoz y tratamiento oportuno; encontrando disparidades étnico- racial en la prevalencia de hipertensión arterial (CEPAL, 2021). De igual manera, como se evidenció, de las 49 participantes, solo 18 personas han sido diagnosticadas para hipertensión arterial o diabetes mellitus; por otro lado, las que mencionaron no tener esta patología refirieron cifras tensionales elevadas durante citas médicas sin que les hayan hecho un seguimiento o un diagnóstico de este, por tanto, se identifica un déficit de detección precoz en enfermedades no transmisibles tal como lo indica CEPAL, además se identificó baja adherencia al tratamiento lo que conlleva a complicaciones cardiovasculares y el aumento de la morbi - mortalidad.

Respecto a la ingesta de frutas y verduras se identificó que el 10% de las asociadas no consumía frutas, el 37% consumía 1 día a la semana y el 35% de 1 a 3 días a la semana, evidenciando consumos inadecuados de frutas; por otro lado la ingesta de verduras en las participantes estuvo en el 31% de 1 día a la semana, el 14% de 1 a 3 días a la semana y el 8% refirió nunca consumir verduras, constatando que existe una deficiente ingesta de frutas y verduras; donde se identifica que esta población no cumple con la recomendación de la OMS la cual define una ingesta de frutas y hortaliza de al menos 400 gr que equivalen a 5 porciones al día, para prevenir enfermedades transmisibles como diabetes, cardiopatías, enfermedad cerebrovascular y cáncer (OMS, Alimentación Sana , 2018).

En contraste a lo anterior, se hizo una comparación con el estudio de Smith, L. & colaboradores a cerca del envejecimiento global y la salud de los adultos, donde reportan en términos generales que el 67.2% tenía un consumo inadecuado de frutas y verduras y lo asocian con una alta probabilidad de diabetes (Smith, y otros, 2022). Si bien, los resultados frente al consumo de frutas y verduras son similares a los indicados por las mujeres de las

Asociación Raíces del Manglar, cabe mencionar que el estudio de Smith, L. & colaboradores el tamaño muestral es mayor respecto al de esta investigación. Es de anotar que ambos estudios se realizaron en una población con ingresos bajos y medianos, el cual reflejan su baja ingesta alimentaria en relación con sus bajos ingresos económicos.

En cuanto al uso de los servicios de urgencias, el 76% de las encuestadas realizan un adecuado uso del servicio de urgencias pues reconocen que solo consultan cuando su estado de salud se encuentra grave, el 22% de los miembros de la asociación asiste por no disponibilidad de citas médicas, debido a los tiempos de asignación de citas que en promedio esta de 19 días, esto se relaciona con el 2% de las mujeres que desea que en una sola visita obtener todo lo necesario en una sola consulta.

A diferencia de lo anterior, en el estudio de Molano y otros, donde determinan los motivos que tienen las personas para hacer uso del servicio de urgencias, clasificándolos en 5 grupos: factores demográficos y epidemiológicos, quienes ocupan el segundo lugar de consultas adultos mayores por morbilidad cardiovascular, socioeconómicos, aspectos inherentes al modelo de atención, factores culturales e infraestructura, deduciendo que realizan un inadecuado uso de los servicios de urgencias, dado que la mayoría de las causas pudieron ser resueltas en otros niveles de atención en salud (Félix Molano, y otros, 2016).

En los resultados antes descritos se encontró que las mujeres concheras del pacifico afrodescendientes representadas en la Asociación Raíces del Manglar de Tumaco Nariño de una u otra manera relacionan la salud directamente con la vida teniendo en cuenta que la apropian como derecho y aunque únicamente una de las encuestadas textualmente dijo que la salud era un derecho, el cien por ciento de las encuestadas perciben la salud con el estar bien relacionado con la vida.

En ese sentido el vivir bien que manifiesta esta comunidad se relaciona con el Buen Vivir, entendida como una filosofía de vida que orientan la cotidianidad y apuestas de supervivencia y resistencia de cada uno de los pueblos originarios, haciendo referencia a la vida en comunidad, al bien común, a la preservación del equilibrio y la armonía entre todo lo que existe, especialmente con la naturaleza, que pretende recuperar los saberes y tradiciones perdidos tras el proceso de colonización del que -más allá de las independencias- no han logrado desprenderse (Cifuentes, 2018).

En contraste con el artículo de Aalbers y colaboradores donde se menciona la relación de la música como efecto terapéutico en el manejo de la depresión y mejora en el estado de ánimo en la salud mental, se resaltan los saberes tradicionales y el uso de música tradicional, el currulao y los canticos de las asociadas que de alguna manera les permite sentirse bien ya que esto mejora su estado de ánimo y contribuye a la salud mental. Según la revisión del grupo Cochrane de 2017 se concluyó que aun obteniendo evidencia moderada o baja sugieren el uso de la musicoterapia como adición a la atención estándar, esta mejora el estado global y el estado mental (incluidos los síntomas negativos y generales) (Aalbers, y otros, 2017).

Por lo anterior se destaca que la salud para las asociadas se define en bienestar, entendido como estar bien en el ámbito físico, mental que es equiparable con la tranquilidad de estar a gusto en casa o en el desarrollo común de sus actividades diarias, así mismo esta comunidad afro entraña una cosmovisión cercana al significado de la vida, de la muerte, del bienestar, la gastronomía y la salud como referente espiritual de unión con la naturaleza, (Giraldo & López, 2019); es de entenderse estas afirmaciones puesto que las mujeres de este estudio se encuentran en un punto de equilibrio frente al conflicto interno, por ende, se entiende la relación que ellas hacen frente al concepto de salud, con la cosmovisión de vida y estar bien.

10 Conclusiones

A partir del análisis de las variables sociodemográficas se concluye que existe una población entre los 18 y 76 años, quienes parcialmente culminaron los estudios, disminuyendo las oportunidades laborales. Las asociadas realizan esta labor como medio de sustento, destacando sus orígenes afrodescendientes, nacidas en diferentes municipios que se vieron forzadas a migrar a Tumaco por la violencia interna del país.

De acuerdo con las variables en derechos en salud, se concluye que más de la mitad de las asociadas considera su salud regular y que existen tiempos muy demorados para la asignación de citas por medicina general, lo cual conlleva a disminuir su calidad de vida en salud, a la automedicación y uso de la medicina tradicional antes que a la medicina occidental.

Frente a las prácticas de autocuidado se identificó que las mujeres con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus, estaban vinculadas al programa de pacientes crónicos y solo tres indicaron que no lo estaban. Por otro lado, esta población reconoce las propiedades de las plantas que las rodea como elemento para la prevención de enfermedades y alivio de sus dolencias. En cuanto a la salud mental las mujeres describieron en las encuestas que la música tradicional les disminuye el estrés y les da energía para su actividad laboral.

Se identificó tres comportamientos de riesgo, el primero asociado al desistimiento de las consultas por medicina general dado por barreras en la oportunidad en la atención, el segundo comportamiento de riesgo está asociado a la partería tradicional donde las encuestadas describieron temor en la asistencia médica por partos ligado a cesáreas. Este concepto pone en riesgo a las gestantes y neonatos lo cual puede repercutir en el ascenso de la mortalidad materno perinatal, y el tercer comportamiento de riesgo se asocia al sedentarismo dado por baja adherencia al ejercicio físico incrementando el aumento de peso, siendo esto un factor de riesgo cardiovascular lo cual aumenta la probabilidad de desarrollar una ECNT.

11 Recomendaciones

Se recomienda realizar un nuevo estudio descriptivo transversal con una muestra significativa donde se involucren diferentes comunidades afrodescendientes del municipio de Tumaco Nariño, ya que el presente estudio presenta limitaciones poblacionales al haber sido aplicado con una población de 49 personas por tanto los resultados no se pueden generalizar a nivel municipal.

Se recomienda para futuros estudios y/o intervenciones comunitarias fortalecer el concepto de salud y la relación directa que tiene sobre el autocuidado. Así mismo, se

recomienda a las instituciones de salud fortalecer la tamización de riesgo cardiovascular y metabólico.

12 Referencias bibliográficas

- Aalbers, S., L, F.-P., RE, F., M, S., JCF, K., AC, V., . . . C., C. X. (2017). Musicoterapia para la depresión. *Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. doi:10.1002/14651858.CD004517.pub3.
- Abramo, L., Cecchini, S., & Ullmann, H. (2022). Enfrentar las desigualdades en Salud en América Latina: el rol de la protección social. *Scielo Ciencia & Saúde Coletiva*, 1-12.
- ACNUR. (Junio de 2012). Situación en Colombia: Afrodescendientes. Recuperado el 3 de Febrero de 2023, de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2013/SituacionColombia_Afrodescendientes_junio2012.pdf?view=1
- Aguilar, L. (1993). Estudio introductorio: 3. La definición de los problemas públicos. En L. Aguilar, *Problemas públicos y agenda de gobierno*. (págs. 51-71.).
- Aragón, W. M. (2015). Manuel Zapata Olivella, Un Legado Intercultural. *Editorial Universidad del Cauca*.
- Castillo, R. (2020). Análisis del impacto de las políticas sociales implementadas para la reducción de la pobreza en el pacífico sur Colombiano (municipio de Tumaco 1991-2016)). *Repositorio Universidad Nacional*.
- CEPAL. (2021). Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: Retos para la inclusión. Síntesis. *Documentos de Proyectos (LC/TS.2021/26)*, 27. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46870/S2000929_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cifuentes, T. S. (2018). Estudio de caso: Comité de integración social del catatumbo Cisca. *Buen vivir en Colombia, una apuesta de vida desde el campesinado Catatumbero*.
- Colciencias. (02 de 03 de 2022). *Legado web de colciencias*. Obtenido de https://legadoweb.minciencias.gov.co/programa_estrategia/apropiacion-social-del-conocimiento
- Collen, W. (2016). *La Amazonía y la Agenda 2030*. Panamá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Cortes, J. C., & Marquinez, C. D. (2019). *Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales- ASIS*. Tumaco.

- Cuesta, Á., & González, E. (2004). Modernización, y territorio: El caso de la asociación de concheras Nariño. Asconar municipio de Tumaco. *Repository Universidad Nacional de Colombia*, 103- 123.
- Delgado, M., Walteros, W., Espinosa, S., Lucero, C., & Roldan. (2010). *Pianguando-estrategias para el manejo de la piangua*. Cali- Colombia: INVEMAR, ASCONAR, WWF Colombia, Universidad del Valle, UAESPNN – PNN Sanquianga.
- Edelmira Castillo, M. L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, Vol 34 N° 3. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- EEOC. (04 de 06 de 2022). *Comisión para la igualdad de oportunidades en el empleo*. Obtenido de <https://www.eeoc.gov/es/discriminacion-sistematica#:~:text=La%20discriminaci%C3%B3n%20sist%C3%A9mica%20comprende%20un,empresa%20o%20un%20%C3%A1rea%20geogr%C3%A1fica>.
- Fabio, J. L., Gofín, R., & Gofín, J. (2020). Análisis del modelo de atención en salud Cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1- 18.
- FAO. (2017). Strengthening sector policies for better food security and nutrition results: Social protection. Obtenido de <https://www.fao.org/3/I7216E/I7216E.pdf>
- Félix Molano, G., Claudia Mylena Escobar, G., María Angélica García, V., Paola Andrea Salazar, M., Laura Camila Mejía, V., & Wilson Giovanni Jiménez, B. (30 de Junio de 2016). Motivos de uso de los servicios de urgencia. *Acta Odontológica Colombiana*, págs. 1-14. Recuperado el 13 de Enero de 2023, de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/61344/58854-297978-1-PB.pdf?sequence=1>
- Fráncula-Zaninovic, S., & Nola, I. A. (2018). Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev.*, 14(3):153-163. doi:10.2174/1573403X14666180222102312. PMID: 29473518; PMCID: PMC6131408.
- Freire, P. (s.f.). El Rol del Trabajador social en el proceso del cambio. En FEPAD, *Concepción y metodología de la educación popular* (pág. 293).
- G, V. F., Barreto, Y., & López, L. (2017). Empoderamiento de líderes comunitarias afrocolombianas desde la Atención Primaria de Salud. *Avances enfermería*. doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.54986>
- Gergen, K. J., & Gergen, M. (2011). El impacto de la construcción social. En K. J. Gergen, & M. Gergen, *Reflexiones sobre la construcción social* (pág. 9).
- Giraldo, A. F. (2019). Relación global- local, territorialidad, paz y desigualdades en salud. *Facultad Nacional de Salud Pública "Hector Abad Gomez", Vol. 37 Suplemento N.º 1*, 21-28.
- Giraldo, D. Y., & López, R. J. (2019). La partería tradicional afro del Pacífico Colombiano como patrimonio cultural y la importancia de sus prácticas de comunicación.

- Gómez, D. (2014). Las enfermedades de la pobreza. *Experimenta*, 12-15.
- González, R. R., & Santaya, L. M. (2007). Intervenir desde la cultura: reflexiones útiles para el trabajo social; María T. Rodríguez Wong. *Revista Psicológica científica*.
- Hernández, E. (03 de 2022). *Diagnóstico comunitario*. Bogota.
- Hernández, E. H., Lemus, F. L., Munuera, C. C., Beltrán, D. O., Hoyos, C. L., & Hernández, G. R. (2017). Building Community Capacity in Leadership for Primary Health Care in Colombia. *Revista salud pública*.
- Herrera, I. P., Gil, J. C., Quintana, & Arenas, B. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-10.
- Hook, J. N. (2017). Explorar su identidad cultural. *Asociación Americana de Psicología*.
- Infomed. (24 de 05 de 2020). *Vigilancia en salud Pública*. Obtenido de <https://temas.sld.cu/vigilanciaensalud/tag/colombia/>
- INS, M. (21- 27 de 03 de 2021). *Boletín epidemiológico semanal*. Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_12.pdf
- Irigoin, M., & Vargas, F. (2002). Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones zen en el Sector Salud. *Oficina Internacional del Trabajo - CINTERFOR*, pág. 14.
- Knudson-Ospina, A., Barreto-Zorza, Y. M., Castillo, C. F., Y. Mosquera, L., Apráez-Ippolito, G., Olaya-Másmela, L. A., & Piamba, A. H. (2019). Estrategias para la eliminación de malaria : una perspectiva afro-colombiana. *SciELO Revista de salud pública*, 9-16. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.76210>
- Lamus, F., Correal, C., & Hernández, E. H. (2015). Construcción de entornos saludables en el marco de la Atención Primaria en Salud: el caso de la enseñanza de Salud Comunitaria en el Programa de Medicina de la Universidad de la Sabana. *Revista Salud Uninorte*.
- Leal, C. (1998). Manglares y economía extractiva: sobre como algunos de los recursos que utilizan los habitantes del manglar en el Pacífico Colombiano se convierte en dinero y como este se aleja.. *Geografía humana de Colombia: Loz Afrocolombianos*. Santa fé de Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura Hispánica.
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington, DC.
- López Gómez, E. (2016). ENTORNO AL CONCEPTO DE COMPETENCIA: UN ANÁLISIS DE FUENTES. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 20(1),311-322. Recuperado el 24 de Junio de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56745576016>

- Lucas Breda, K., Groot, K., & Towle, A. (2013). EL DESARROLLO DE HUMILDAD CULTURAL MEDIANTE EL APRENDIZAJE SERVICIO CRÍTICO. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 35-46. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200004>
- Martínez, M. L., Garzón, E. m., & Gavilán, M. Á. (09 de 03 de 2017). *Instituto Nacional de Salud*. Obtenido de Cartilla de participación ciudadana: <https://www.ins.gov.co/Transparencia/Documents/CARTILLA%20PARTICIPACION%20CIUDADANA%20INS.pdf>
- Matamoros, H. G.-P. (2013). Capítulo 4. El problema de definir el problema de políticas públicas. En *Conocimiento para ilustrar la toma de decisiones de política pública* (págs. Pàgs. 95-139). Universidad Externado de Colombia.
- Melo, J. T., & Santander, J. (06 de Noviembre de 2013). Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y Ciudadanía. Bogotá, Colombia. Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf
- Minciencias. (02 de Marzo de 2022). *Legado web de Colciencias*. Obtenido de https://legadoweb.minciencias.gov.co/programa_estrategia/apropiaci-n-social-del-conocimiento
- MinSalud. (4 de Octubre de 1993). Recuperado el 05 de 08 de 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- MinSalud. (01 de Abril de 2022). Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención en salud para personas con riesgo o presencia de alteraciones cardiovascular- metabólicas manifiestas. Colombia.
- MinSalud, & Social, P. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- MinSalud, p. s. (30 de Julio de 2021). *Ministerio de salud/ biblioteca digital*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/presentacion-pdsp-etapa-diagnostico-2022-2031.pdf>
- MinSalud, Social, P., demografía, D. d., & pública, g. d. (Octubre de 2020). *Ministerio de salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>
- Olga L. Murillo -Palacios, C. P. (2018). Malaria complicada en el Chocó: hallazgos clínicos y comparación de datos con el sistema de vigilancia. *SciELO Salud Pública*, <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n1.50077>.
- OMS. (31 de Agosto de 2018). Alimentación Sana . *Organizacion Mundial de la Salud*.
- OMS. (5 de Octubre de 2022). Actividad física. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de Enero de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- OPS. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington D.C.
- Pardo, H. I., Cecilia, G. J., & Arenas, Q. B. (2018). Una mirada de la salud desde la participación social. *Revista Cubana de medicina general integral*, 40- 49.
- Pineda, V. C., & Ortiz, J. I. (9 de Octubre de 2018). Relación de posición de posturas forzadas con la aparición de problemas musculoesqueléticos en los concheros durante la extracción de concha en el manglar de limones, provincia de Esmeraldas, Ecuador. *Revista de Ciencias de Seguridad y Defensa Vol IV 2019*.
- Portilla, E. &. (1997). Algunos aspectos biológicos - pesqueros de la piangua (*Anadara tuberculosa* y *Anadara similis*) realizada con asociación de concheras de N ariño (ASCONAR) en la ensenada de Tumaco. Informe Técnico. Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Instituto Nacional de pesca y acuicultura.
- Richard A. Powell, H. M. (1996). Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 8, Issue 5, Pages 499–504. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/8.5.499>
- Rodríguez Zambrano, H. (2007). El paradigma de las competencias hacia la educación superior. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y Reflexión*, XV(1), 145-165. Recuperado el 21 de Julio de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90915108>
- Romeo Cepero, D. V. (2007). Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(3). Recuperado el 11 de abril de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300013&lng=es&tlng=es.
- Romero, M. C., Paternina, Y. M., & Cassiani, G. S. (2016). IDENTIDAD CULTURAL: EJE CENTRAL EN LA SOCIALIZACION DE LA INFANCIA EN LA INSTITUCION EDUCATIVA BERTHA GEDEON. *Repositorio Universidad de Cartagena*, 1- 87.
- Roth, A. N. (2002). Formulación, evaluación e implementación de políticas públicas.
- Sabana, U. d. (2020). *Ciclo de la salud comunitaria basada en IAP y APOC*.
- Sarmiento, J. C., & Montañez, R. S. (2016). Acceso a atención médica de mujeres m. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 30- 49.
- Significados.com. (04 de 06 de 2022). "Descolonización". Obtenido de <https://www.significados.com/descolonizacion/>
- Smith, L., López Sánchez, G. F., Veronese, N., Soysal, P., Oh, H., Barnett, Y., . . . & Koyanagi, A. (2022). Fruit and Vegetable Intake and Non-Communicable Diseases among Adults Aged ≥ 50 Years in Low- and Middle-Income Countries. *The journal of nutrition, health & aging*, 26(11), 1003–1009. doi:<https://doi.org/10.1007/s12603-022-1855-z>
- Social, M. d., Educación, M. d., ICBF, & DDS, D. (03 de Diciembre de 2007). *MinEducación*. Obtenido de Conpes 109:

https://www.mineduacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_conpes_109.pdf

- Taborda, J. E., Tello, E. J., & Mena, V. (2021). Características biopsicosociales y condiciones ambientales de la población afrodescendiente latinoamericana asociadas con la alta prevalencia de hipertensión arterial en este grupo humano. *Repositorio institucional Universidad de Antioquia*, 49. Obtenido de <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/23850>
- Vásquez, M. (2002). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. En R. F. Silva, *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pág. 43).
- World Medical Association, 1. c.-B.-V., & wma@wma.net. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of American Medical Association (JAMA)*. , JAMA. 2013; 310 (20): 2191–2194. doi: 10.1001 / jama.2013.281053.
- Zuluaga, A., Mary, L., & Romo Morales, G. ((2017).). La agenda pública en sus teorías y aproximaciones metodológicas. Una clasificación alternativa. *Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública*, XV(26),13-35, 24. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96052974002>