

# Sobre una propuesta de popularización del derecho a la salud con comunidades rurales<sup>1</sup>.

## A proposal about the popularization to the right of health with rural communities

**SANDRA PATRICIA DUQUE QUINTERO**

*Abogada, Doctora en Educación. Profesora vinculada a la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.*

*spatricia.duque@udea.edu.co*

*Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Universidad de Antioquia . Calle 67 No 53-108, Bloque 14, Ciudad Universitaria, Medellín, Colombia.*

**MARTA LUCIA QUINTERO QUINTERO**

*Licenciada en Geografía e Historia, Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora vinculada a la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.*

*marta.quintero@udea.edu.co*

**DERFREY ANTONIO DUQUE QUINTERO**

*Ingeniero electrónico, Doctor en Ingeniería. Investigador Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: duque.derfrey@gmail.com*

### Para citar este artículo

Sandra Patricia Duque Quintero et al (2016).. Sobre una propuesta de popularización del derecho a la salud con comunidades rurales. Justicia Juris, 12(2), 33-42

**Recibido:** Junio 25 de 2016

**Aceptado:** Agosto 15 de 2016

DOI: <http://dx.doi.org/10.15665/rj.v12i2.1009>

### RESUMEN

*Este artículo de reflexión tiene como objetivos definir el derecho a la salud como un derecho fundamental, caracterizar la dinámica poblacional de la comunidad rural y diseñar una propuesta educativa que permita plantear alternativas a los problemas que viven cotidianamente las comunidades rurales en torno al derecho a la salud. La investigación es cualitativa con utilización de métodos y técnicas de tipo teórico y empírico. Se aplicó una muestra de 145 habitantes rurales del Municipio de Abraque-Antioquia, y entrevistas a personal administrativo del municipio. Se concluye que la propuesta educativa diseñada para popularizar el derecho fundamental a la salud, es un aporte en relación al empoderamiento de las comunidades en cuanto se parte de procesos formativos enraizados en los contextos y comprometidos con el ideal de una vida digna para todos. Se evidencia que ni el acceso a la seguridad social ni el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para las comunidades campesinas es un asunto relevante en la agenda estatal. Se plantea la*

<sup>1</sup> Este artículo es producto de la investigación “Sobre una propuesta didáctica para la popularización del derecho a la seguridad social en entornos rurales”. Investigación inscrita ante el Comité para el Desarrollo de la Investigación- CODI- de la Universidad de Antioquia.

*necesidad de avanzar en estudios que problematicen desde el punto de vista de la salud, del derecho y de la educación, aspectos relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida en el sector rural, como lo es el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.*

**Palabras Clave:** *estrategia, popularización del derecho, población rural, derecho a la salud, educación.*

#### ABSTRACT

*This reflection paper aims to define the right of health as a fundamental right as well as characterizing the population dynamics of the rural community in Colombia. It tries to design an educational proposal that allows to set some alternatives to the problems faced daily in rural communities around the right of Health. This research is qualitative with use of methods and techniques of theoretical and empirical. Interviews were applied to a sample of 145 rural inhabitants of the Municipality of Abraqué, Antioquia and to some administrative staff of the municipality. It was concluded that the educational proposal designed to popularize the fundamental right of health is a contribution in relation to community empowerment as it is part of learning processes rooted in contexts and committed to the ideal of a dignified life for all. It is evident that neither access to social security and the effective enjoyment of the fundamental right to health for rural communities is an important issue on the state agenda. The need for progress in studies that problematize from the point of view of health, law and education, relevant to improving the quality of life in rural areas arises, as is the effective enjoyment of the fundamental right health.*

**KeyWords:** *strategy, popularizing the law, rural population, the right of health, education.*

## 1. Introducción

La salud en la Constitución Política colombiana de 1991 se configuró bajo la forma de un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado, pero también como un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional. Así, se consagra la protección de todas las personas a tener acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Siguiendo a la OMS, la jurisprudencia constitucional ha señalado que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social para una persona (Corte Constitucional, 2008)

Si bien se reconoce que la salud ha sido un componente en la agenda estatal colombiana, es claro que la concepción de esta, ha sufrido transformaciones y reformas notorias que responden a los cambios en el modelo de desarrollo del país. Para la década de los 90's se da el posicionamiento del modelo neoliberal, manifestándose en todas las esferas del desarrollo incluyendo el rediseño de la política social y la política de seguridad social del país. Al sistema fundamentarse en el libre mercado, se impone un gran desafío a los ciudadanos y sus familias que se ven perturbados por la dicotomía teoría y práctica, pues la constitución nacional de 1991 presenta la salud como un derecho, pero en la realidad es un servicio más que debe generar rentabilidad económica y que obedece a las leyes de oferta y demanda y en donde es reiterada su vulneración,

especialmente para las clases menos favorecidas de la población.

A pesar de que el derecho a la salud se basa en los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, años después de promulgada la Constitución Política, la cobertura para todos en salud no se ha logrado, además de la falta de cobertura universal para acceder a la atención en salud, hay un descenso en los indicadores como el de vacunación, el aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y el incremento de patologías como dengue, leishmaniosis y fiebre amarilla (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

¿Y cómo se refleja el panorama del derecho a la salud en entornos rurales? En términos de desarrollo humano, las comunidades rurales enfrentan por lo menos cinco grandes dificultades: (a) el acceso a la tierra, que le impide obtener un ingreso digno; (b) el acceso al crédito, que afecta sus posibilidades de salir de la pobreza; (c) la escasa asistencia técnica, que limita su acceso al conocimiento y la obtención de mejores resultados productivos; (d) las amenazas contra su vida y sus derechos fundamentales, que ponen en riesgo el núcleo esencial del disfrute de una vida larga y saludable; y, (e) la deficiencia de su participación política y la fragmentación de su acción colectiva, lo que impide que su voz y reivindicaciones sean atendidas por el sistema político (Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

El actual modelo de desarrollo económico, ha contribuido a agravar este problema y a profundizar la brecha entre ricos y pobres, según informe de la Contraloría General de la República, la pobreza rural, asociada a la variable ingreso, muestra que cerca del 79,7% de la población rural no recibe ingresos suficientes para una canasta de mínimos, por lo cual, se localiza por debajo de la línea de pobreza. Pero más grave aún poco menos de la mitad, el 45,9% de la población pobre rural se ubica en la categoría de indigente, esto es, en pobreza extrema. La pobreza rural se manifiesta principalmente en la falta de acceso a servicios de salud, educación, seguridad social y servicios públicos eficientes, es muy limitado el número de trabajadores rurales pobres que están vinculados a los organismos de seguridad social, principalmente en fondos pensionales. Al no ser cotizantes del sistema tampoco tienen derecho a pensión y es por ello que en el sector rural no hay edad de retiro (Contraloría General de la República, 2012).

Respecto a la dimensión de salud, si bien ya no hay brechas significativas en afiliación entre la zona rural y urbana, existen grandes diferencias en acceso, uso y calidad de los servicios entre cabeceras y población dispersa. Las principales razones por las cuales los habitantes rurales tienen un acceso más limitado son la distancia a los centros de salud, los altos costos asociados a ello y que la oferta no responde a la emergente composición demográfica de los hogares rurales (participaciones relativamente altas de jóvenes y adultos mayores y menor proporción de adultos en edades productivas). El predominio de prácticas informales de trabajo, implica que el sistema pensional y de riesgos laborales es casi inoperante en las zonas rurales y otros tienen un desarrollo precario, como el acceso a los servicios de las Cajas de Compensación. Los avances en la seguridad social integral, son todavía muy precarios debido al vínculo de la seguridad social en Colombia con el empleo formal (Misión para la Transformación del Campo, 2015).

Ante este panorama de desprotección, se deben promover propuestas que posibiliten el cumplimiento de los derechos fundamentales, máxime si se trata de aquellos ligados a la vida y a la dignidad humana, como lo es la salud. Desde esta perspectiva popularizar el derecho a la salud, esto es llevar el lenguaje jurídico a un lenguaje común o cotidiano para que pueda ser comprendido por las comunidades rurales, se configura en una propuesta educativa que puede posibilitar transformación social y empoderamiento. En este sentido, la exploración en entornos rurales es un punto de partida para dilucidar problemáticas

de la población en torno a la seguridad social, servicios de salud, condiciones medio ambientales, infraestructura vial, subsistencia del grupo familiar y educación, que son importantes porque permiten diseñar propuestas educativas con un papel más activo de las comunidades.

### **Metodología**

La investigación es cualitativa y se utilizaron métodos de tipo teórico y empírico (Sierra y Álvarez de Sayas, 1998). De los primeros se abordaron el histórico y lógico: que permitieron dilucidar la tendencia jurisprudencial en torno al derecho a la salud como un derecho fundamental. El dialéctico: en la determinación de las relaciones entre problemáticas y habitantes, develándose una necesidad de planeamiento en el sector rural. El sistémico-estructural: en el establecimiento del derecho a la salud como derecho fundamental para las comunidades rurales, visto como un todo. Y el de análisis y síntesis: en la precisión de la propuesta educativa para comunidades rurales sobre el derecho fundamental a la salud. De tipo empírico se utilizó la observación para el reconocimiento del territorio rural, y como técnicas la encuesta y la entrevista para develar las problemáticas poblacionales. La muestra para la encuesta estuvo constituida por 145 habitantes rurales del municipio de Abriaquí-Antioquia, pertenecientes a 5 veredas: La Antigua, Potreros, Timotea, Corcovado y Las Juntas, en las que se indagó por aspectos como acceso a la seguridad social, servicios de salud, condiciones medio ambientales, infraestructura vial, subsistencia del grupo familiar y educación. En cada una de las veredas se encuestaron 29 personas, con la característica de ser población campesina con permanencia durante toda la vida en la vereda. También se entrevistó al alcalde, a la enfermera, al personero, a la secretaria general de la institución educativa urbana, a dos docentes: uno de una institución educativa urbana y otro de una rural. Se indagó acerca del conocimiento de la situación actual de la población en aspectos como acceso a la seguridad social, servicios de salud, condiciones medio ambientales, infraestructura vial, subsistencia campesina y educación, lo cual dilucidó algunas problemáticas específicas que se presentan en la población rural, ahondando en el derecho a la salud. Para el análisis de las encuestas se realizó un análisis de estadística descriptiva utilizando el paquete estadístico SAS (2001) y Excel.

### **Resultados**

**Análisis de la salud como un derecho humano fundamental.**

La salud ha sido reconocida como derecho humano fundamental en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Código Iberoamericano de Seguridad Social, precisando que la salud no implica solo la atención médica, dado que es un concepto amplio desde su comprensión como derecho.

En este sentido, la Observación General N°14 realizada por el Comité Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que 'la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos'. Igualmente se señala que existe un concepto más amplio de lo que comporta el derecho a la salud, pues, desde esta perspectiva el derecho abarca los principales factores determinantes de la salud, esto es, no sólo la atención de salud oportuna y apropiada sino también el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000). Observa el Comité igualmente que el concepto del "más alto nivel posible de salud" contemplado por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas como las socioeconómicas esenciales de la persona (Asamblea General de la ONU, 1966).

Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" señala en su artículo 10 que con respecto al derecho a la salud:

"1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta

al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables" (Organización de Estados Americanos, 1988).

Por otro lado, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en el párrafo I de la Declaración de Alma Ata, de Septiembre de 1978, señala que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS-UNICEF, 1978).

En este orden de ideas, el derecho a la salud por su relación directa con la dignidad humana, por ser universal, inherente a la persona humana, irrenunciable, por entrañar libertades y derechos, por su esencialidad en la materialización de una vida digna y con calidad, por ser un derecho integral e integrador de otros derechos y condiciones vitales, por tener una dimensión individual, pero también una dimensión colectiva, es un derecho fundamental y como derecho fundamental debe ser objeto de todas y cada una de las garantías constitucionales y legales previstas para tal tipo de derechos en el ordenamiento jurídico (Gañan, 2011).

En este sentido, la Corte Constitucional en sentencia T-016 de 2007 reconoció el carácter fundamental de todos los derechos sin diferenciar si se trata de derechos políticos, civiles, sociales, económicos o culturales (Corte Constitucional, 2007), observando una clara concepción en la jurisprudencia de esta Corte acerca del carácter de derecho fundamental de la salud que envuelve un contenido prestacional. Partiendo de este presupuesto, le corresponde al Estado garantizar a los ciudadanos la prestación de la salud en condiciones que lleven consigo la dignidad humana.

En sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional

señaló que el derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. En tal sentido, definió el derecho a la salud como un derecho complejo, el cual demanda del Estado una variedad de acciones y omisiones para su cumplimiento. La salud es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. No hacerlo conduce a que se presenta un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, la Corte en esta sentencia resalta que el derecho a la salud también se encuentra respaldado en el 'principio de igualdad en una sociedad', es decir, el grado de salud que puede ser reclamado por toda persona de forma inmediata al Estado, es la protección de un mínimo vital, por fuera del cual, el deterioro orgánico impide una vida normal. Por tanto, señala la Corte que lograr un aumento de la cobertura del sistema de salud es un imperativo, sobre todo en los grupos más pobres de la población colombiana que han tenido una deficiente protección entre los cuales se considera a los indigentes, los trabajadores de bajos ingresos del sector informal y los campesinos (Corte Constitucional, 2008).

La sentencia C-313 de 2014, mediante la cual se hace un control constitucional al Proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.", no ignora la concepción del derecho a la salud, la cual, según se advierte, supera la idea de ausencia de enfermedad como sinónimo de salud para extender y priorizar como objetivo del sistema la promoción y prevención de la enfermedad, que impulse estilos de vida saludables en la población; a un sistema de salud universal y digno para todos (Corte Constitucional, 2014).

En conclusión, el derecho a la salud es un derecho fundamental y tutelable, que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. Así las cosas, en un Estado como el colombiano, en donde gran parte de las personas se encuentran viviendo en la pobreza o por debajo del margen de pobreza -en la indigencia- el papel que le corresponde realizar al Estado es enorme. La salud es un derecho fundamental y es, además, un servicio público así sea prestado por particulares. Las entidades prestadoras de salud deben garantizarlo en todas sus facetas preventiva, reparadora y mitigadora y habrán de hacerlo de manera integral, en lo que hace relación con los aspectos físico, funcional, psíquico, emocional y

social a todas las personas del territorio nacional, incluidas por tanto las comunidades rurales.

#### **- Caracterización de la dinámica poblacional de la comunidad rural de cinco veredas del Municipio de Abriaquí-Antioquia.**

Se parte del concepto de dinámica poblacional, estudiado por la demo geografía, entendido como el proceso cotidiano de vida y actividad de una población que genera saberes, sentires y haceres propios para su conservación y mantenimiento de la vida. Lo rural se entiende como el complemento de lo urbano (Quintero y Duque, 2008).

Otro aspecto importante a considerar en la dinámica poblacional rural son las veredas, que se entienden como parte de la realidad de los habitantes, en los que se posibilita la vida y el desenvolvimiento de procesos de reconocimiento y apropiación de ese ámbito. La vereda es una subdivisión territorial del municipio colombiano. Cuenta con una dinámica propia de conservación y mantenimiento de la vida desde el punto de vista holístico. Así, los entornos veredales estudiados fueron: La Antigua, Potreros, Timotea, Corcovado y Las Juntas, del municipio de Abriaquí, en el departamento de Antioquia, Colombia. El acercamiento a las comunidades mediante el trabajo de campo dilucidaron las problemáticas con más relevancia para la población estudiada, esto es:

- acceso a la seguridad social: En cuanto al acceso a la seguridad social se encontró que muchos de los encuestados no han cotizado a Administradoras de Fondos de Pensiones, Empresas Promotoras de Salud o Administradoras de Riesgos Laborales, esto se debe a que los habitantes del municipio se dedican principalmente a la agricultura, que es un trabajo independiente o dentro del denominado sector informal de la economía. Es preocupante el poco conocimiento del régimen pensional y de la existencia de un régimen subsidiado al cual podrían acceder. En cuanto a la salud, hay afiliación en la mayoría de los encuestados al régimen subsidiado pero es innegable la falta de recursos de la comunidad para el desplazamiento a las instituciones prestadoras de salud y las barreras de acceso a un tratamiento eficaz y continuo de las personas. Hay desconocimiento y no afiliación generalizado al sistema de riesgos laborales.

Sobre la afiliación a salud, se halló que notablemente la población encuestada pertenece al régimen subsidiado 72%, sólo un 10% de la población al contributivo y un 18 % pertenece a la categoría

población pobre no asegurada. Entre las razones aducidas en cuanto al servicio prestado por la EPS se responde que “hay un mal servicio porque: en ocasiones no hay médico, ni medicinas, tiene una mala atención, tiene un regular servicio porque se demoran en dar las citas”. De los encuestados, el 18 % de la población conoce algún mecanismo jurídico para la protección de su derecho fundamental a la salud y el 82% de la población no conoce ningún mecanismo para su protección.

Son pocas las personas encuestadas que están afiliadas al sistema general de pensiones, no obstante de los encuestados el 6 % está afiliado a Colpensiones, el 4% a fondos privados y a ninguno 60%, el 30% de las personas no respondieron a la pregunta por desconocer que es un fondo pensional. Sobre el régimen subsidiado pensional, los encuestados no conocen el régimen en un 90% y no responden a la pregunta por desconocimiento de que es un régimen subsidiado un 10%. El desconocimiento y no afiliación al sistema general de pensiones es preocupante ya que no se piensa en un sustento que en caso de invalidez, vejez o muerte garantice una vida en condiciones dignas para el campesino y su familia. En cuanto a la afiliación y la cotización del aporte al sistema general de pensiones, la mayoría de los habitantes no han cotizado por desconocimiento y por carencia de recursos económicos.

A pesar de trabajar y correr riesgos laborales, la mayoría de la población encuestada no está afiliada a ninguna administradora de riesgos laborales, así, no están afiliados el 90% y tan solo el 10% está afiliado.

- *Servicios de salud en el municipio:* La entrevista con la enfermera dilucido que las personas de las veredas son atendidas en salud en el hospital de primer grado: E.S.E Hospital Nuevo Horizonte y que los casos graves se remiten al Municipio de Santa Fe de Antioquia con el agravante de que es una vía en condiciones precarias que incide en la vida de las personas al no darse tratamiento oportuno a las enfermedades o urgencias médicas. Asimismo, señala la enfermera la ausencia de puestos de salud en las veredas y corregimiento del municipio. Por ejemplo, en el corregimiento de La Antigua, no se cuenta con equipamientos de emergencia. No hay puestos ni centros de salud en la zona rural. De esto se colige que se requiere en el mediano y largo plazo la creación de puestos de salud en puntos estratégicos de las veredas más alejadas del casco urbano, en el corregimiento de La Antigua y en la zona urbana un hospital de un nivel mayor en el que se puedan atender los casos

urgentes con calidad y salvaguarda del derecho fundamental a la salud.

- *Condiciones medioambientales:* Peligro de las reservas naturales de las aguas del río Abriaqui, de sus quebradas y nacimientos: De la información obtenida de los diferentes entrevistados y de los encuestados, encontramos que los ecosistemas estratégicos de las reservas de agua natural están en riesgo. La micro cuenca de la Herradura es receptor de todas las aguas residuales, puesto que la población considera que el pozo séptico es un problema por su mantenimiento y por sus olores. Otros afluentes presentan una contaminación preocupante debido a los excrementos de la ganadería y por la explotación de minería que adelanta su fase de exploración en las veredas que limitan con el municipio de Giraldo.

El plan de ordenamiento territorial por su parte sugiere que es urgente la construcción de senderos ecológicos en la vereda el Diamante, la quebrada San Pedro, parque lineal sobre el Río Herradura, los cerros tutelares. Proyectos que pueden ser importantes para hacer frente a la pérdida de identidad de los habitantes con sus patrimonios históricos y naturales.

-*Infraestructura vial:* Uno de los problemas más comunes mencionados por los habitantes es el asunto del transporte. Se refieren a la baja conectividad del municipio con los otros municipios de la Subregión y Medellín, las vías terciarias están descuidadas y las que comunican con los municipios de Cañasgordas y Frontino se encuentran en estado deplorable. Existe una imposibilidad para la pavimentación de las vías terciarias en las veredas y el mejoramiento de la franja vial que conecta a la cabecera con Frontino. Los campesinos expresan sus dificultades para trasportar los productos (principalmente granadillas y leche), hacer compras y comunicarse por las distancias y tiempos que tienen que recorrer, dependiendo solo del carro lechero que pasa una vez al día en una de las veredas.

- *Subsistencia del grupo familiar:* la fuente de la economía campesina es la agricultura y la ganadería a pequeña escala y de manera aun rudimentaria, se encuentran suelos de cultivo con deterioro y pobreza de nutrientes. Esto hace que se dé una demanda de insumos agrícolas que compensen las pérdidas en la productividad en el caso del cultivo de la granadilla. A lo anterior se agrega el incremento de los costos en la comercialización de los productos por el transporte. Hay dificultades de la población para hacer llegar sus productos a la cabecera municipal por el estado de las vías.

Otro elemento que incide en la subsistencia del grupo familiar, es el precio del litro de leche para los pequeños ganaderos, que no supera los mil pesos y que no compensa el costo-beneficio en la producción.

-*Aspecto educativo*: De los encuestados encontramos personas analfabetas en un 10%, esto es preocupante, porque aunque la población encuestada es mayor de 20 años, deberían ofrecerse posibilidades de alfabetización a la población. El nivel educativo más alto alcanzado por la población de Abriaquí, mayoritariamente es la primaria con un 49%, seguido por la secundaria 38%, técnica 3%, no se evidencian entre los encuestados, personas que alcanzan un nivel universitario o un posgrado. Los centros educativos rurales como el de la vereda La Timotea, requiere mejoramiento. Se considera que los niños y jóvenes necesitan depositar las esperanzas en la educación y en la Cultura, para tener otras oportunidades en la vida.

De esta manera, luego de caracterizar la dinámica poblacional de la comunidad rural de las cinco veredas del Municipio de Abriaquí-Antioquia, se evidenció la necesidad de programas relacionados con Salud, medio ambiente y educación, que aporten al mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Así, se diseñó una propuesta de popularización del derecho a la salud para la educación y empoderamiento de las comunidades rurales.

#### **- Diseño de una propuesta educativa para la popularización del derecho fundamental a la Salud en entornos rurales:**

Se parte de la idea que es necesario que las comunidades participen en procesos de toma de conciencia y en el ejercicio de acciones que protejan sus garantías constitucionales. Sin embargo, esto no es posible si las comunidades no conocen sus derechos y si no existe una popularización, esto es, una traducción de ese lenguaje jurídico a un lenguaje sencillo que pueda ser comprendido y apropiado por cualquier ciudadano.

Si bien es cierto que la exploración en entornos rurales caracteriza los entornos rurales y sus problemáticas más sentidas, solo es un punto de partida, ya que es fundamental que las comunidades participen de procesos en la toma de conciencia y en el ejercicio de acciones que protejan sus derechos. Por lo cual, una propuesta de popularización en estos entornos, pretende como estrategia educativa, una apropiación por parte de los actores sociales de sus derechos y un interés intrínseco por protegerlos.

Es así, como esta propuesta educativa para popularizar el derecho fundamental a la salud, consideran tres ejes fundamentales: El primero de ellos, *los contenidos jurídicos que serán objeto de popularización*, teniendo en cuenta que estos son productos de un proceso social, que obedecen a un contexto histórico-cultural en el cual han sido producidos y desde el cual es posible comprenderlos. En segundo lugar, los sujetos popularizadores, como conocedores de un aspecto del saber jurídico que se pretende poner en comunicación con la comunidad. Y por último las comunidades rurales, con las cuales se pretende realizar procesos de popularización del derecho, que solo son posibles a partir del establecimiento de una comunicación dialógica mediante el reconocimiento del universo vocabular de las comunidades y el proceso de prealimentación (Duque, González y Quintero, 2012).

Sobre el reconocimiento del universo vocabular es importante anotar que consiste en recoger los vocablos típicos del pueblo, esto es, sus expresiones particulares, vocablos ligados a la experiencia de los grupos, de los que el educador forma parte. Así, las palabras generadoras del dialogo deben salir de este estudio y no de una selección previamente hecha. Es decir, la clave es percibir y partir de los sectores populares y sus necesidades, con el objeto de que puedan vivir adecuadamente un proceso de apropiación y producción de significados que los dignifique efectivamente. Conocer al otro, al interlocutor, a su universo vocabular, es también conocer su campo de significación, desde el cual el otro se comunica (Freire, 1973), aspecto clave en cuanto al desarrollo de procesos de popularización del derecho.

La prealimentación, por su parte, es una puesta en práctica del reconocimiento del universo vocabular. Su propósito es recoger las experiencias, necesidades y aspiraciones de la comunidad. Dos cuestiones clave se señalan, la primera, que no se trata solo de reflejar o reproducir mecánicamente a la comunidad, sus percepciones y sus visiones de la realidad; la segunda, que el autorreconocimiento de la comunidad en los mensajes, permite problematizar y analizar críticamente los problemas cotidianos (Kaplún, 1996).

En este orden de ideas, se diseñó la propuesta educativa a partir de cuatro momentos:

- a. **Motivación** (caracterización del entorno rural): A partir de la identificación del entorno rural, las investigadoras inician un diálogo con la comunidad sobre temáticas atinentes a

las problemáticas identificadas en las veredas La Antigua, Potreros, Timotea, Corcovado y Las Juntas, con el fin de reflexionar sobre la importancia de generar propuestas de solución a las mismas y el papel que puede desempeñar un campesino como ciudadano que puede ejercer su derecho fundamental a la salud.

**b. Creación.** En este momento se diseña una propuesta educativa a partir de las problemáticas identificadas con las comunidades. Desde los problemas más prioritarios identificados en esta investigación, como fueron: población no afiliada al sistema de seguridad social en salud, el desconocimiento de la salud como un derecho fundamental y el desconocimiento de los mecanismos de protección a la salud, se definen los contenidos importantes para poner en conversación con la comunidad de campesinos.

**c. Vivencia.** Luego de la creación, se llevan a la práctica las mismas. En este momento se abre el diálogo a partir del reconocimiento del universo vocabular, es decir, de recoger los vocablos típicos sobre el tema a poner en conversación con la comunidad, porque se parte de la idea de que las palabras generadoras del diálogo no deben salir de tecnicismos o lecturas de normas, doctrina o jurisprudencia. Además, en la aplicación de la propuesta, siempre se debe utilizar la prealimentación para comprender el pensamiento de la comunidad en torno a las problemáticas a tratar, esto es, sus preocupaciones, expectativas, conocimientos y desconocimientos de las comunidades.

**d. Evaluación.** Se valora con las comunidades la vivencia y qué tanto se apropiaron de los saberes compartidos en la experiencia de popularización. Este momento tiene la función fundamental de comunicación con los demás, de entablar un diálogo a partir de las experiencias vividas con la comunidad.

La idea fue entonces, a partir de la realidad de la comunidad campesina del municipio de Abriaquí (Antioquia), veredas La Antigua, Potreros, Timotea, Corcovado y Las Juntas, popularizar el cómo ejercer el derecho a la salud, que implicó un proceso educativo que se ocupó de la relación de la comunidad con sus problemáticas atinentes al derecho fundamental a la salud. Esa búsqueda de los problemas que se experimentan en la realidad y de la interpretación que los sujetos hicieron de ellos, avaló una motivación por parte de las comunidades rurales en este proceso educativo.

## Conclusiones

La desatención de la salud de las comunidades rurales es producto de la ausencia de una política de salud rural en el país. La carencia de recursos humanos, infraestructura para la salud en el campo, así como la falta de saneamiento ambiental son situaciones comunes. En el país desde lo institucional (Ministerio y entes territoriales) no hay una estrategia de trabajo con la comunidad, y sus planes y programas son generalmente para las ciudades. Igualmente, se privilegia una atención asistencial hospitalaria y no preventiva promocional. Otro aspecto a considerar es la contaminación del medio ambiente que afecta la salud, ya que con el pretexto del desarrollo, se lleva a cabo la explotación de los recursos naturales alterando el equilibrio ecológico. Ante este panorama, es una necesidad inminente potenciar el rol de las organizaciones comunitarias para mejorar las condiciones de salud en las comunidades rurales y por ende contribuir a su desarrollo integral.

Es importante anotar que el sistema de salud vigente no fue diseñado teniendo en cuenta las particularidades de las poblaciones rurales y los riesgos a los que se enfrentan, razón por la cual en estas zonas hoy existe, como se describió, un alto porcentaje de la población del campo desprovista de herramientas que permitan proteger sus ingresos y reducir su vulnerabilidad. También ha faltado información y análisis acerca de quiénes son los habitantes rurales, cómo están conformadas sus familias, cuáles son las actividades productivas a las que se dedican y cuál es la dinámica particular de los mercados en los que se insertan. Entender y analizar la evolución de las poblaciones rurales y los principales efectos de tendencias demográficas, tales como la fecundidad, la mortalidad y la migración, permite identificar las necesidades de protección de acuerdo con su ciclo de vida.

Una de las debilidades del sistema de seguridad social, radica en su incapacidad de adaptarse a las realidades, por estar ligado casi exclusivamente al mercado laboral formal. Esto excluye un enorme porcentaje de personas que requieren la protección pero que no hacen parte de este segmento del mercado laboral, por lo que es necesario caracterizar las comunidades rurales para el diseño de estrategias apropiadas. Desde la perspectiva de la protección de los derechos fundamentales, el objetivo primordial es brindar niveles mínimos de protección al conjunto de la ciudadanía.

La investigación realizada permitió identificar

también la falta de estudios en el entorno rural y en popularización de derechos. La vereda es un tema que ha sido poco explorado en el ámbito de países que la adoptaron como entidad político-administrativa, además, se pudo evidenciar, que ni el acceso a la seguridad social ni el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para las comunidades campesinas es un asunto relevante en la agenda estatal. Se plantea entonces, la necesidad en el país de avanzar en estudios que problematicen no solo desde el punto de vista del área de la salud, o del derecho, sino también desde lo educativo, aspectos relevantes para el mejoramiento de la calidad de vida en el sector rural como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

comunidades campesinas de una reivindicación actual y futura, que tiene que ver con la construcción y consolidación de lo público, lo colectivo y lo comunitario. Nada más cercano a la realidad en la perspectiva de protección de los derechos humanos y de concreción de los mismos, que la de impulsar propuestas como la que se desarrolló en esta investigación, que impulsen el goce pleno del derecho fundamental a la salud. Es de esta forma como el lenguaje técnico de los derechos y sus mecanismos de protección, poco comprensibles por un ciudadano rural, debe ser llevado a un lenguaje comprensible para que puedan ser conocidos y ejercidos plenamente en aras de abrir caminos de comprensión que logren transformar y empoderar las comunidades rurales.

Se plantea igualmente la necesidad que tienen las



## Referencias

- Asamblea General de la ONU (1966). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Washington D.C: ONU. Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. Acceso el 20 de junio de 2016.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH). Observación General No 14 de 2000, Washington D.C: ONU. Disponible en <http://www.derechos.org/nizkor/ley/doc/obgen1.html#disfrute>. Acceso el 20 de junio de 2016.
- Contraloría General de la República (2012). Modelo, política e institucionalidad agropecuaria y rural. Análisis y perspectiva desde la Contraloría General de la República, Contraloría Delegada Sector Agropecuario. Bogotá: Contraloría General de la República.
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia C-313 de 2014. Bogotá: La Corte.
- Corte Constitucional de Colombia (2007). Sentencia T-016 de 2007. Bogotá: La Corte.
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia T-760 de 2008. Bogotá: La Corte.
- Duque Quintero, S et al (2012). La popularización del derecho en el consultorio jurídico: una apuesta por una educación jurídica con relevancia social. *Revista Estudios de Derecho*; 154: 287-300.
- Freire, P (1973). ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural, México: Siglo XXI.
- Gañan, J (2011). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Revista Estudios de Derecho*; 151: 188-212.
- Kaplún, M (1996). El comunicador popular. Buenos Aires: Lumen-Humanitas.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Indicadores sociodemográficos. Cálculo con base en la encuesta nacional de Hogares del DANE. Situación de Salud en Colombia. Indicadores Básicos. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Misión para la Transformación del Campo (2015). La Protección Social de la Población Rural (Informe para la Misión para la Transformación del Campo). Bogotá D.C.

OMS-UNICEF (1978). "Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978". Ginebra: OMS.

Organización de los Estados Americanos (1988). Departamento de Derecho Internacional, "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Washington D.C: OEA. Disponible en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>. Acceso el 20 de febrero de 2015.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). Colombia rural. Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá: INDH-PNUD, septiembre.

Quintero, M., y Duque, S (2008). Una investigación sobre la utilización del entorno vivencial de los educandos en los estudios de demografía y geografía de la población. Revista Uni-pluri/versidad; 8, 2: 1-15.

Sierra, V. & Álvarez de Zayas, C (1998). Metodología de la investigación científica. La Habana: Universidad de la Habana.