

“Determinación Social de las Enfermedades Cardiovasculares en el Municipio de Puerto Rico, Caquetá, Colombia 2026”

Janeth Stella Arias Burgos¹, Gisela Franco Henao², Ana María Hurtado Afanador³

Forma de Citar: Arias Burgos, J. S. & Franco Henao, G. Hurtado Afanador, A.M. (2026). *Determinación social en salud de las enfermedades cardiovasculares en un corregimiento del municipio de Puerto Rico, Caquetá, Colombia, 2026*. Nombre de la revista, volumen(número), páginas. <https://doi.org/xxxxx>

RESUMEN

Objetivo. Analizar la configuración de los procesos de salud enfermedad relacionados con las enfermedades cardiovasculares (ECV) en Rionegro, corregimiento del municipio de Puerto Rico, Caquetá, Colombia.

Método. Se realizó un estudio cualitativo, interpretativo, con enfoque de determinación social de la salud y herramientas del método hermenéutico. Entre marzo y abril de 2026 se aplicaron ocho entrevistas semiestructuradas a actores comunitarios, líderes sociales, actores institucionales de orden Nacional, Departamental, Municipal, un análisis documental y 2 grupos focales, seleccionados mediante muestreo intencional. El corpus fue analizado mediante codificación deductiva, a partir de cuatro categorías previamente definidas, y codificación inductiva de contenidos no contemplados inicialmente, con apoyo de ATLAS.ti 26. Durante este proceso se configuró la categoría emergente transversal “conflicto armado y enfermedad cardiovascular”.

1

¹ Investigadora principal. Enfermera, Esp. Gerencia en servicios de salud

² investigadora secundario Enfermera, Esp. Gerencia y Auditoria

³ Co investigadora. Docente investigadora. Departamento de salud pública y epidemiología. Facultad de Ciencias de la Salud Pontificia Universidad Javeriana de Cali

Resultados.

El análisis de las políticas públicas orientadas a la prevención y control de las ECV contrastaron con una presencia estatal fragmentada y una atención predominantemente biomédica, centrada en el control clínico y la modificación de conductas individuales. Las condiciones materiales, las transformaciones productivas y alimentarias y las relaciones de género incidieron en los modos de vida. La organización social y las redes comunitarias emergieron como procesos protectores frente a la vulnerabilidad. A nivel singular, los saberes tradicionales, las creencias y las trayectorias de vida expresaron formas propias de comprender y enfrentar la enfermedad cardiovascular. El conflicto armado emergió como una categoría transversal que articuló los tres dominios de la determinación social: en el dominio general se relacionó con el control territorial y la presencia estatal centrada en la seguridad; en el particular, con transformaciones de los modos de vida, la movilidad y la organización comunitaria; y en el singular, con experiencias de miedo, estrés y respuestas corporales que los participantes relacionaron con su salud cardiovascular.

Conclusión. La configuración del proceso salud-enfermedad cardiovascular en Rionegro trasciende los factores de riesgo individuales y se relaciona con procesos históricos, territoriales, institucionales y comunitarios. Las limitaciones de la respuesta estatal y sanitaria profundizan condiciones de vulnerabilidad, mientras que la solidaridad, el apoyo mutuo, el liderazgo y las prácticas comunitarias constituyen recursos de protección. El abordaje de las enfermedades cardiovasculares requiere respuestas territoriales e integrales que reconozcan los modos de vida, la historia de conflicto y las capacidades colectivas de la comunidad.

Palabras clave: Determinación social de la salud, enfermedad cardiovascular, salud rural, inequidades en salud, conflicto armado, proceso salud enfermedad, procesos protectores y críticos.

INTRODUCCIÓN

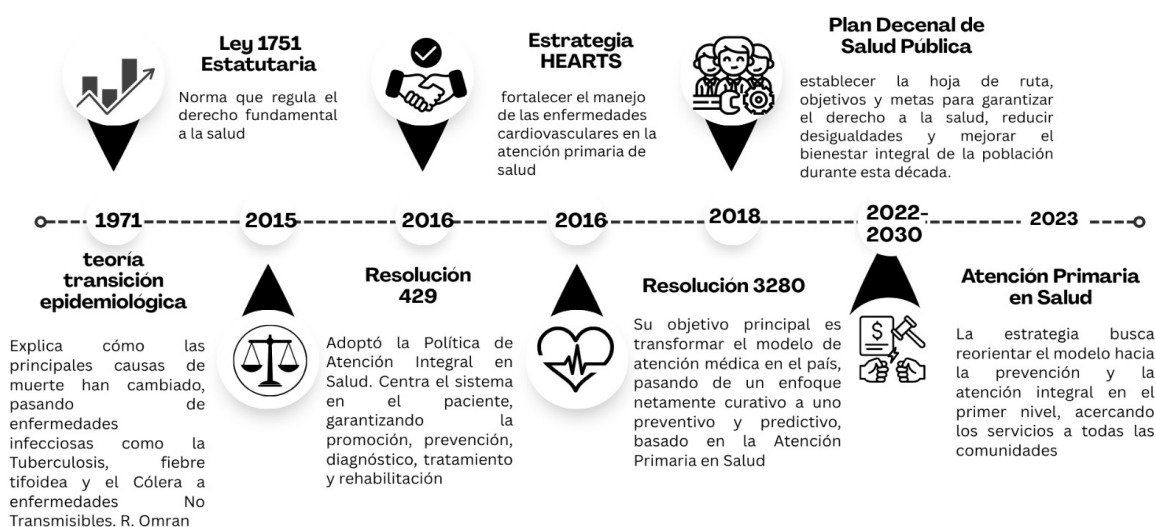
Las ECV constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial (1). Fueron responsables del 32% de las defunciones globales con 17,9 millones de muertes, de las cuales el 85% correspondió a cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares (2). Más del 75% de las muertes por ECV ocurren en países de ingresos bajos y medios. (1).

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) responsabiliza las ECV por dos millones de muertes anuales y reconoce la hipertensión arterial como uno de las principales condiciones que incrementan el riesgo de accidente cerebrovascular y falla cardíaca (3).

En Colombia, las ECV representaron el 17,79% de las consultas en 2024, con aumento en la adultez y vejez, la prevalencia de hipertensión pasó de 9,13% a 10,56% entre 2022 y 2023 con predominio de las enfermedades isquémicas del corazón y cerebrovasculares (4).

En Caquetá las ECV continúan siendo la principal causa de muerte entre 2005 y 2022 (5). En el municipio de Puerto Rico, también figuran entre las principales causas de mortalidad, con una tasa de 126,23 por 100.000 habitantes en 2023 (6). El corregimiento de Rionegro conformado por 28 veredas y aproximadamente 170 familias, presentan limitaciones en el acceso a servicios básicos y de salud, condiciones económicas precarias y una composición poblacional con diversidad étnica. Su trayectoria histórica también ha estado marcada por economías asociadas a los cultivos de uso ilícito y por la presencia de actores armados, procesos que han transformado las dinámicas económicas, sociales, ambientales y comunitarias. Estas particularidades hacen necesario analizar la salud cardiovascular desde una perspectiva territorial y no exclusivamente desde factores de riesgo individuales (7,8).

En Colombia se han implementado políticas, programas y estrategias orientadas a la prevención, detección y control de las ECV. La figura 1.



Fuente: Elaboración propia con base en Ley 1751 de 2015, Transición Epidemiológica, R.Omran, Resoluciones 429 de 2016 y 3280 de 2018, Estrategia HEARTS, Plan Decenal de Salud 2022-2031 y Estrategia "Mejor Atención para las ENT" (2023).



A pesar los avances alcanzados, persiste una comprensión parcial del proceso salud-enfermedad; La revisión de la literatura evidencia que las ECV han sido abordadas desde modelos biomédicos y epidemiológicos, centrados en la identificación de factores de riesgo, la cuantificación de la carga de enfermedad, la medición de la mortalidad y el análisis de asociaciones entre exposiciones individuales y desenlaces cardiovasculares. Investigaciones desarrolladas por Roth et al, You et al. ,Hernández et al, Alejo Pocoma et al y Cobo Rossell, Chamú Nicanor y Campos Arroyo, (9–11,11–14) responden a esta perspectiva, utilizando estudios de cohorte, metaanálisis y diseños observacionales para estimar el riesgo cardiovascular y explicar el fenómeno desde sus componentes biológicos e individuales.

Aunque los enfoques de riesgo y de Determinantes Sociales de la Salud (OMS/OPS) (15,16) han ampliado la comprensión de las ECV al incorporar factores sociales y contextuales, resultan insuficientes para explicar cómo las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y territoriales determinan los modos de vida de las comunidades y, a través de estos, el proceso salud-enfermedad (17). En esta misma línea, Laurell plantea que los perfiles epidemiológicos expresan formas específicas de organización social, producción y reproducción de la vida. En consecuencia, las diferencias en los patrones de enfermedad entre grupos y territorios no pueden explicarse únicamente por el desarrollo económico o la suma de factores de riesgo, sino por la manera en que los procesos sociales se materializan en la salud de las poblaciones (18).

En Rionegro, convergen desigualdades estructurales, conflicto armado, barreras de acceso a los servicios de salud y condiciones particulares de vida (7,8) (19,20). En ese contexto, la presente investigación se fundamenta en la perspectiva de la Determinación Social de la Salud de Jaime Breilh, la cual comprende el proceso salud-enfermedad como una expresión de la reproducción social, determinada por procesos históricos, económicos, políticos, culturales y ambientales que se articulan dialécticamente en los dominios general, particular y singular (21,22).

Esta perspectiva articula tres dominios: el general, comprende procesos económicos, políticos, institucionales, históricos y territoriales; el particular, referido a los procesos de reproducción social de los modos de vida; y el singular, que relacionado con saberes, creencias, prácticas individuales y trayectorias de vida. En la interacción de estos dominios se generan procesos protectores y deteriorantes que determinan las formas de vivir, enfermar y morir de las poblaciones.(23).

Desde esta perspectiva, Breilh y Almeida-Filho cuestionan las explicaciones causalistas que reducen el proceso salud-enfermedad a la suma de factores de riesgo y proponen comprenderlo desde una perspectiva dialéctica de la determinación social (24). En la misma línea Moreno señala, que esta

perspectiva integra dimensiones éticas, políticas y ambientales, fortaleciendo enfoques transdisciplinarios orientados a la equidad y la justicia social (25).

En este marco, la consolidación de la DSS en América Latina impulsó investigaciones sobre las relaciones entre economía, política y salud, así como los desafíos de este enfoque en contextos de desigualdad y reformas neoliberales (26). Asimismo, la organización de sistemas de salud basados en el aseguramiento evidenció tensiones entre modelos asistenciales centrados en atención curativa y estrategias preventivas, contradicciones entre las lógicas del mercado y el reconocimiento de la salud como derecho (23). Desde esta perspectiva, el territorio deja de entenderse como escenario de los eventos de salud para concebirse como una construcción social e histórica.

En este sentido, Breilh cuestiona la dicotomía entre lo urbano y lo rural, al plantear que ambos espacios forman parte de un mismo proceso de reproducción social atravesado por dinámicas económicas, políticas y ambientales (27). Esta concepción resulta pertinente para el corregimiento de Rionegro, donde la ruralidad, movilidad, economía local, presencia institucional y conflicto armado se articulan en la configuración del proceso salud-enfermedad.

Comprender estos procesos puede aportar elementos para orientar respuestas territoriales de promoción, prevención y atención cardiovascular que reconozcan las condiciones históricas, sociales y culturales del corregimiento, fortalezcan los procesos protectores comunitarios y eviten reducir la responsabilidad de la salud a las decisiones individuales.

A partir de este vacío, surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se configuran los procesos de salud-enfermedad relacionados con las enfermedades cardiovasculares en el corregimiento de Rionegro, municipio de Puerto Rico en el departamento de Caquetá, Colombia? El objetivo fue analizar la configuración de los procesos de salud enfermedad relacionados con las ECV en el corregimiento de Rionegro, Caquetá, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, interpretativo, con enfoque de Determinación Social de la Salud y método hermenéutico. Dirigido a comprender los procesos de salud-enfermedad cardiovascular, a partir de las condiciones históricas, sociales, económicas, culturales y territoriales del corregimiento



de Rionegro, así como de las experiencias de líderes comunitarios, actores sociales e institucionales vinculados con la salud en el territorio.

El estudio se desarrolló en Rionegro, corregimiento del municipio de Puerto Rico, departamento del Caquetá. Territorio rural conformado por 28 veredas, caracterizado por dispersión geográfica, limitaciones en el acceso a servicios sanitario y una trayectoria histórica marcada por transformaciones productivas y el conflicto armado. Estas características orientaron el diseño del trabajo de campo y la interpretación de los hallazgos.

Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional y su incorporación continuó hasta alcanzar la saturación de la información, entendido como el momento en que las entrevistas comenzaron a mostrar reiteración de contenidos y dejaron de aportar categorías sustantivamente nuevas para el análisis. Entre marzo y abril de 2026 se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a cuatro actores institucionales: uno del nivel Nacional (Enlace de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social), uno del nivel Departamental (Director de Salud Pública de la Secretaría de Salud del Caquetá) y dos del nivel Municipal (Gerente de la ESE Sor Teresa Adele y Coordinadora de la Ruta de Riesgo Cardiovascular de la Clínica el Doncello que presta servicios en el corregimiento de Rionegro); así mismo, se entrevistó dos actores comunitarios y dos líderes sociales. Del total de participantes, cinco fueron mujeres y tres hombres. En los dos grupos focales participaron diez actores comunitarios, siete mujeres y tres hombres. Los encuentros se desarrollaron en espacios que garantizaron las condiciones de privacidad. Con autorización de los participantes, las sesiones fueron grabadas en audio y transcritas textualmente.

El análisis se realizó con apoyo del software ATLAS. ti 26 mediante una estrategia deductivo-inductiva. inicialmente se efectuó una codificación deductiva sustentada en cuatro categorías analíticas: i) Procesos estructurales de la determinación social en la política pública de ECV, ii) Procesos de reproducción social de los modos de vida en el territorio, iii) respuesta social de los procesos colectivos de producción y vulnerabilidad en salud, iv) Experiencias y prácticas individuales.

Posteriormente se desarrolló codificación inductiva que permitió identificar la categoría emergente. Durante este proceso emergió la categoría transversal "*Conflicto Armado y Enfermedad Cardiovascular*", interpretada como un proceso trazador de los dominios general, particular y singular de la Determinación Social de la ECV.

(Figura 2). **Matriz analítica construida a partir de los dominios de la Determinación Social de la Salud de Breilh**

	OBJETIVO	DOMINIO	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	
1	Analizar las políticas públicas Nacionales, relacioandas con la prevención y control ECV	General	Procesos estructurales de determinación social en la política pública ECV	- Configuración presencia estatal en salud - Relación entre política pública en salud y su implementación en el territorio	5 Categoría Emergente Conflicto Armado y ECV
2	Analizar con el género,etnia y clase social configuran los *modos de vida colectivos	Particular	Procesos de reproducción social de los modos de vida en el territorio	Condiciones materiales, acceso a recursos, género, etnia y clase social	
3	Analizar la respuesta social en beneficio colectivo en el cuidado de la salud y prevención de ECV	Particular	Respuesta social de los procesos colectivos de producción y vulnerabilidad en salud	- Prácticas colectivas de cuidado y enfermedad - Organización social y dinámicas comunitarias	
4	Identificar las practicas y experiencias singulares en relación con ECV	Individual	Experiencias y prácticas individuales en salud	- Saberes, creencias costumbres y prácticas individuales en salud - trayectoria de vida y experiencia salud -enfermedad Cardiovascular	

Fuente: Elaboración propia

Se utilizaron guías diferenciadas para actores institucionales, actores comunitarios y líderes sociales, elaboradas de acuerdo con los objetivos específicos y las categorías analíticas iniciales. Los grupos focales exploraron experiencias colectivas relacionadas con los modos de vida, las prácticas de cuidado, la respuesta institucional y las condiciones territoriales vinculadas con la salud cardiovascular.

La credibilidad del análisis se fortaleció mediante la triangulación de técnicas y fuentes, al contrastar la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas, grupos focales y el análisis documental. Asimismo, se mantuvo una ruta de trazabilidad entre los fragmentos empíricos, los códigos y las categorías analíticas.

La investigación contó con aval del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, otorgado en diciembre de 2025, y se desarrolló conforme a los principios de la Resolución 8430 de 1993. Todos los participantes otorgaron consentimiento informado previo al inicio del estudio. Se garantizó la participación voluntaria, la confidencialidad



de la información y el anonimato mediante códigos alfanuméricos. Los registros de audio y las transcripciones permanecieron bajo acceso restringido del equipo investigador.

El análisis documental incluyó ocho documentos normativos orientados a la prevención y control de las ECV: una ley, tres resoluciones, tres estrategias y el Plan Decenal de Salud Pública, los cuales se describen en el anexo de la **Tabla1. Documentos normativos seleccionados para el análisis documental, según año y objetivo general.**

Año	Documento / Norma	Objetivo general o tema central
2015	Ley Estatutaria 1751 – Derecho fundamental a la salud	Garantizar el derecho fundamental a la salud, con enfoque de equidad y acceso universal.
2016	Resolución 429 – Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	Definir el modelo de atención integral centrado en el curso de vida, la equidad y la gestión del riesgo.
2016	Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)	Implementar estrategias de identificación, intervención y seguimiento de riesgos en salud, incluyendo riesgo cardiovascular.
2018	Resolución 3280 – Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Adoptar el MIAS y las RIAS, estructurando rutas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de ECV.
2021	Estrategia HEARTS en las Américas (OPS/MINSALUD)	Fortalecer el control de hipertensión y riesgo cardiovascular en atención primaria.
2022	Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022–2031	Establecer metas nacionales en promoción de la salud, prevención de ENT y control de ECV.
2023	Estrategia OPS “Mejor Atención para las ENT”	Mejorar la atención de ENT desde la APS con enfoque de equidad.
2024	Estrategia de Cooperación OPS–Colombia 2024–2026	Promover equidad en salud, actuar sobre DSS, fortalecer APS y reducir brechas urbano–rurales.
2024-2027	Plan Territorial Departamento de Caquetá “Obras y no Promesas”	Fortalecer la gestión integral de la salud en el territorio mediante acciones intersectoriales, participativas y con enfoque diferencial, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo y la garantía del derecho fundamental a la salud para mejorar el bienestar de la población.

Fuente: Elaboración propia

La información documental se organizó en una matriz de extracción que incluyó año, nivel territorial, objetivo, población destinataria, acciones propuestas, enfoque de atención, consideración de condiciones sociales y territoriales y mecanismos de implementación. Posteriormente, los contenidos se contrastaron con los hallazgos de las entrevistas y los grupos focales para identificar coincidencias, tensiones y vacíos entre la formulación de las políticas y su expresión en el territorio.

RESULTADOS

Los resultados se presentan según los dominios General, Particular y Singular de la Determinación Social de la Enfermedad Cardiovascular, las categorías y subcategorías de análisis. Posteriormente se presenta la categoría emergente transversal “*Conflicto Armado y Salud Cardiovascular*” que traza los hallazgos identificados en los tres dominios.

Dominio General

Procesos estructurales de Determinación Social de la Salud en las políticas públicas y respuestas institucionales relacionadas con las ECV

Configuración Presencia Estatal En Salud

Entre los procesos protectores, los participantes destacaron las acciones de Atención Primaria en Salud, los Equipos Básicos y Especializados de Salud y las jornadas extramurales desarrolladas en el marco de los planes de intervenciones colectivas. Los relatos describieron que estas estrategias incluyen el desplazamiento de equipos a zonas rurales y la participación de diferentes profesionales en la prestación de servicios de salud.



1. “Un plus que tiene Caquetá que se viene trabajando desde el año 2025 con propuesta 2024, pues ha estado con la resolución 2280 del 2024 y la resolución 697 que es la que permite realmente tener equipos especializados que más aún me complementan esos equipos básicos, entonces contar con un médico internista, contar con un médico familiar, que hagan atenciones en Puerto Rico no solo en la cabecera municipal sino rural, pues más aún tiene su atención complementaria y su atención resolutive y me permite disminuir esa carga de enfermedad.”

3. Rionegro por ser una de las cabeceras de Puerto Rico, uno de los centros poblados más grandes de Puerto Rico, por lo general tiene acciones de planes de intervenciones colectivas, tanto municipales como departamentales, adicional a esto también hay Atención primaria por APS”

2. “La ESE Sor Teresa Adele, si bien es una ESE pública, no es monopolio en todos los municipios, y en los municipios que no es monopolio, pues obviamente dependemos de la contratación que tenga las EAPB con nosotros, en municipios como Para Paujil y Doncello tenemos atención de toda la ruta de atención 3280 y ruta cardiovascular, en Rionegro y Cartagena del Chairá, estas atenciones de ruta cardiovascular las hace la Clínica, pues las privadas y nosotros nos enfocamos en la urgencia, morbilidad y en 3280.”

4. “La gerente me pregunto, cuántos usuarios teníamos para llevar los medicamentos, le dije 7 mil y piola y esa corrompida, dijo pues muy poquito personal” LiderA

De manera simultánea, los participantes describieron procesos críticos que limitan la continuidad de la atención, entre ellos la dependencia de los acuerdos contractuales entre las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios de salud, la insuficiencia de talento humano y la fragmentación de las intervenciones. Según los relatos, estas circunstancias favorecen una atención centrada principalmente en el control clínico de la enfermedad cardiovascular y dificultan la continuidad de las acciones de promoción, prevención y seguimiento de la población.

“Un auxiliar para la toma de laboratorios y para la toma de los electros. Eh, bueno, las últimas jornadas hemos sido dos auxiliares, una se encarga de laboratorios, otra se encarga de electros cuando es necesario; ahí está la población para pasar por psicología y por fisio, nos acompaña el fisio y nos acompaña la psicóloga” (RUTARCVC).

Los relatos también mostraron que la presencia institucional en el territorio ha estado marcada por la historia del conflicto armado. Los participantes señalaron que, durante muchos años, la presencia del Estado estuvo representada principalmente por acciones relacionadas con la seguridad y el control territorial. En este contexto, los participantes relacionaron la violencia, el desplazamiento y la presencia armada con afectaciones en los modos de vida, el bienestar emocional y la salud cardiovascular de la población



"el Estado no ha hecho presencia históricamente en la comunidad y la única presencia ha sido la presencia desde la seguridad, sí, y no una seguridad holística integral, sino una seguridad de las armas" LIDERS.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la presencia estatal es limitada para responder de manera continua a las condiciones estructurales que afectan la salud y los modos de vida de la población.

Relación Entre Política Pública En Salud Para ECV Y Su implementación En El Territorio.

El análisis de las políticas, normas y estrategias para la prevención y el control de las ECV evidencia una evolución hacia modelos que incorporan la Atención Primaria en Salud (APS), la gestión integral del riesgo, el enfoque de curso de vida, la promoción de la salud, la equidad y la acción intersectorial como principios orientadores. Estos instrumentos buscan fortalecer la detección temprana, el seguimiento oportuno y el control de los factores de riesgo cardiovascular, reconociendo que una implementación adecuada puede disminuir complicaciones, mejorar el acceso a los servicios y favorecer el cuidado de la salud de la población.

No obstante, al contrastar estos lineamientos con la realidad del corregimiento de Rionegro, se evidencia una brecha entre la formulación normativa y su implementación. Aunque las políticas proponen una atención integral, en el territorio las intervenciones se desarrollan de manera fragmentada, con escasa articulación entre los niveles del sistema de salud, dependencia de acuerdos contractuales entre las EPS y las instituciones prestadoras, limitada continuidad de la atención y poca adaptación a las condiciones geográficas y sociales del corregimiento. Esta situación reduce el alcance de las estrategias previstas por la normatividad y limita su impacto sobre la salud de la población.

“la dificultad con las EPS y más con esos eventos cardiovasculares, digamos que estamos hablando de una dificultad para los pacientes, no solamente desde Rionegro sino de todos lados. porque si no les entregan los medicamentos porque tenemos mucha entrega pendiente de medicamentos, para entonces que deben tener para su control” DEPARTAMENTALR

Tanto los actores institucionales y comunitarios identifican dificultades para garantizar la continuidad del cuidado, relacionadas con la falta de medicamentos, las barreras administrativas impuestas por las EPS, los problemas de comunicación y conectividad, la alta rotación del talento humano, la ausencia de farmacia, laboratorio y atención especializada en el corregimiento, y la necesidad de desplazarse a otros municipios para acceder a servicios de mayor complejidad. A ello se suma la



presencia de grupos armados dificulta la permanencia del personal de salud y afecta la prestación de los servicios.

“Entonces queda hasta algún tiempo descubierto sin médico el puesto de salud de Rionegro, Rionegro a veces se nos ha quedado sin médico porque pues no hay un médico que quiera ir a trabajar allá por el tema del orden público” MUNICIPALJ

Asimismo, expresan inconformidad con la atención de la ruta cardiovascular por la falta de privacidad durante las consultas, la repetición de fórmulas médicas y la escasa explicación de los resultados de laboratorio, situaciones que desmotivan la asistencia a los controles. Asimismo, perciben diferencias entre la atención de los regímenes subsidiado y contributivo, identificando mayores barreras para acceder a los servicios, especialmente entre quienes deben desplazarse fuera del territorio. Algunos pacientes, además, suspenden los medicamentos por la cantidad formulada o por dificultades para organizar su tratamiento.

“El puesto de salud es muy pequeño para hacer tanta cosa ahí, entonces que hacen ahí se meten la muchacha la que hace los electros, entonces empiezan, fulano, por ejemplo, Daniel Nieves, Luz Mery García, bueno entonces yo tengo que estarme quitando el brasier y todo porque don Daniel todavía no ha terminado de vestirse y eso es como a la carrera” LIEDRANZOLA.

“Vuelve y me formula lo que yo le diga, es que usted no me está formulando lo que usted cree que me sirve a mí, usted está formulando lo que yo le diga, entonces por eso yo no vengo casi” LIEDRA
“voy a contar esa experiencia con mi mamá, ella tenía una cita médica y le salió cuando ya se había muerto” COMUNITARIO.

Si bien el nivel departamental refiere desarrollar acciones de rectoría, asistencia técnica y seguimiento, los actores municipales y locales consideran insuficiente este acompañamiento, lo que refleja debilidades en la articulación institucional. En consecuencia, la respuesta institucional continúa condicionada por aspectos administrativos y financieros, con limitaciones en la calidad, la humanización y el acceso a los servicios de salud.

“No, señora hasta el momento no Las reuniones y capacitaciones que hemos tenido han sido con Asmetsalud pero municipales y departamentales no” RUTARCVC.

Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, estos hallazgos muestran que, aunque las estrategias de detección temprana, seguimiento y control de las ECV constituyen un aporte importante para el cuidado de la salud cuando se implementan de manera oportuna y continua son procesos protectores, sin embargo, su alcance sigue concentrándose principalmente en la identificación de factores de riesgo, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico de la enfermedad. Además, las acciones desarrolladas en el territorio se implementan de forma desarticulada y con limitada continuidad, priorizando el cumplimiento de actividades programáticas sin incorporar de manera sistemática el análisis de los contextos sociales, económicos, culturales y territoriales en los que las personas viven y que influyen tanto en la protección de la salud como en el desarrollo de las ECV, lo cual lo vuelve proceso deteriorante.

La presencia de grupos armados no solo dificulta la prestación de los servicios de salud y la permanencia del talento humano, sino que también genera incertidumbre, restringe la movilidad y limita las oportunidades de cuidado de la población. Estas condiciones favorecen la acumulación de vulnerabilidades que incrementan el riesgo de ECV, evidenciando que su prevención requiere fortalecer tanto la respuesta del sistema de salud como las condiciones territoriales que hacen posible una vida saludable.

Dominio Particular,

Proceso de reproducción social de los modos de vida en el territorio

Condiciones materiales, acceso a recursos, género, etnia y clase social.

Las condiciones materiales de vida de la población de Rionegro están determinadas por la clase social (lugar que ocupa una persona en una estructura económica), ante la crisis de la agricultura tradicional ocasionada por la falta de infraestructura vial, los altos costos de transporte y la pérdida de competitividad de los productores locales, muchas familias encontraron en los cultivos de coca una alternativa económica. Aunque esta actividad generó ingresos, no produjo mejoras sostenibles en las condiciones de vida y dejó afectaciones ambientales relacionadas con la disminución de la fertilidad del suelo y la reducción de la vegetación. Tras su erradicación, la población retornó a actividades como la agricultura, la ganadería, la producción lechera y el comercio local, desarrolladas en un contexto de informalidad laboral, ingresos inestables, jornadas extensas y escasas oportunidades de empleo.



“la gente también dejo de cultivar arroz precisamente por lo de la coca porque le daba más resultados, porque como decían Se decía que era mejor cargar en el Caquetá 1, 2, 3 kilos de coca que sacar 10 o 20 kilos de yuca o plátano, porque las vías tampoco las había” LIDERA

“Nosotros sufrimos por la fumiga, nos tocó volver a levantar esos cultivos, eso no eso da tristeza, es que todo eso me hizo recapacitar, ahora uno no tiene tanto, pero vive tranquilo, o por lo menos yo soy una de las que no tienen nada, pero con la familia mía nos la rebuscamos” LIDERA

“pues acá el 90%- 95% yo creería es trabajo informal o sea ninguno yo creería tienen una contratación fija que le paguen las prestaciones, lo de ley no, prácticamente es de palabra” GRUPOFA

Estas condiciones también limitan el acceso a recursos que favorecen el cuidado de la salud. La oferta de actividades de promoción de la salud, recreación y actividad física depende principalmente de iniciativas comunitarias, con escaso acompañamiento institucional. Asimismo, el acceso a los servicios de salud está condicionado por el mal estado de las vías, la limitada disponibilidad de transporte y los altos costos de desplazamiento hacia El Doncello, Puerto Rico o Florencia para reclamar medicamentos, acceder a exámenes o recibir atención especializada. Esta situación incrementa los gastos de las familias, obliga en algunos casos a permanecer fuera del territorio durante varios días y favorece prácticas como la automedicación.

“pues de aquí a Doncello como una, dos, tres horas, depende de que si encuentra transporte directo porque como uno tiene que salir hasta Doncello y de Doncello tomar otro transporte para Puerto Rico. El pasaje vale entre \$40.000 y \$50.000, como le digo, eso depende de la EPS donde le del servicio, si a usted le envían ecografía, radiografía entonces eso depende, pero eso lo envían a San Vicente, Puerto Rico o Florencia” GRUPOFY

Las dificultades también se evidencian en el acceso a servicios básicos y a la alimentación. La comunidad dispone de un sistema de alcantarillado rudimentario que descarga las aguas residuales al río Guayas, fuente utilizada para actividades domésticas, mientras que el acceso al agua depende de la capacidad económica de cada familia. De igual manera, la disponibilidad de frutas, verduras y otros alimentos está condicionada por el transporte desde otros municipios, y la producción agrícola se

destina principalmente al autoconsumo debido a los elevados costos de comercialización. Los participantes también describen una transición desde prácticas agrícolas basadas en compostaje hacia un mayor uso de fungicidas, percibido como un riesgo para la salud.

“Rionegro no cuenta con agua potable, lo mismo el alcantarillado, entonces eso es sumamente importante para la salud como tal la comunidad de Rionegro no cuenta con esos servicios entonces yo creo que este es uno de los más importantes y pues que influye mucho en la salud de nosotros los que vivimos acá” GRUPOFX

“En cuanto a eso de la fruta y verdura, considero que si digamos es algo que tiene problema porque pues en un corregimiento y como es lejano, pues digamos que hay muchas frutas y verduras que no se pueden conseguir, o se pueden conseguir una vez que otra, y pues muchas de las poblaciones campesinas no tienen el espacio no tienen la economía para adquirirlas, y las pocas que llegan a veces llegan en mal estado pues por lo mismo por el viaje, entonces en cuestión de eso considero que todavía hay precariedad para conseguir eso a unas frutas de calidad y pues la mayoría no hay” GRUPOFX

En relación con el género, los participantes identifican diferencias en las responsabilidades familiares, las prácticas de cuidado y los comportamientos relacionados con la salud. Las mujeres participan cada vez más en los procesos comunitarios y son percibidas como quienes muestran mayor preocupación por la alimentación, el cuidado propio y el de sus familias, mientras que entre los hombres se reporta una mayor frecuencia de consumo de alcohol y tabaco. Estas diferencias reflejan la influencia del género en la organización de la vida cotidiana y en las oportunidades para proteger la salud.

Respecto a la etnia, los participantes reconocen la presencia de comunidades afrodescendientes que conservan saberes ancestrales, prácticas de medicina tradicional y formas propias de organización comunitaria, entre ellas la partería tradicional. No obstante, los relatos evidencian tensiones entre estos conocimientos y el modelo biomédico, en el que los saberes comunitarios tienden a ser relegados frente al conocimiento técnico institucional.



“Y dejé, porque me dieron unos talleres de maternidad y comprendí que yo no debía de poner en riesgo la vida de mis compañeras, porque yo nunca le tomaba la tensión a una mujer, nunca, le daba una fiebre, la atendía con puras plantas, para hacer limpieza, pero entendí que podía haber un perjuicio grave” GRUPOFS.

Los resultados muestran que las condiciones materiales de vida configuran procesos tanto protectores como deteriorantes para las ECV. Las actividades agropecuarias, la producción de alimentos para el autoconsumo, la participación de las mujeres en el cuidado familiar y los saberes ancestrales de las comunidades afrodescendientes constituyen recursos que favorecen el cuidado de la salud. En contraste, la precariedad económica, las barreras para acceder a servicios básicos y de salud, las desigualdades de género, el consumo de tabaco y alcohol, y la persistencia del conflicto armado limitan las oportunidades para vivir saludablemente. Además de transformar las dinámicas económicas y sociales del territorio, el conflicto armado ha restringido el acceso a recursos esenciales y generado condiciones de incertidumbre que aumentan la vulnerabilidad de la población frente a las ECV.

Dominio Particular.

Respuesta social de los procesos colectivos de protección y generación de vulnerabilidad en salud.

Prácticas colectivas de cuidado y enfermedad

Los resultados describen diversas prácticas colectivas que favorecen el cuidado de la salud y el bienestar comunitario. La actividad física y recreativa se desarrolla principalmente a través de partidos de microfútbol y otros espacios deportivos, con una mayor participación de los hombres, mientras que la participación de las mujeres es menor, pese a la existencia de escenarios comunitarios para estas actividades. Asimismo, destacan iniciativas dirigidas a los adultos mayores que promueven la integración social, aunque su participación puede verse limitada por factores personales y culturales.

“También hay grupos de juego de microfútbol, sí. Pero allí entonces hay mayor competitividad que una actividad física como tal. El hacer ejercicios en conjunto, permite esa vinculación social, esa vinculación comunitaria. Y claro, eso ayuda a generar un bienestar tanto físico que trasciende un bienestar social y comunitario, que es el enfoque desde donde yo lo promuevo”. LIDERS



“Hacían reinados entre los adultos mayores y todo, les cuento que yo fui reina, en el primer reinado si, bueno y ya se siguió organizando el reinado y así, nos preparaban almuerzos, hacíamos dinámicas” COMUNIDADL

Las actividades culturales, recreativas, deportivas y religiosas, junto con los mercados campesinos y los encuentros en la caseta comunal, fortalecen los vínculos sociales, contribuyen a disminuir el estrés y favorecen el bienestar colectivo. Sin embargo, los participantes señalan que algunas iniciativas para hacer actividad física son esporádicas y han perdido continuidad debido a la falta de acompañamiento institucional. También refieren la desaparición de algunas tradiciones, como la celebración de la Virgen de los Navegantes, asociada al temor y las restricciones impuestas por la presencia de grupos armados en el territorio. De igual forma, la fe y las creencias religiosas son reconocidas como recursos que fortalecen el afrontamiento de las dificultades cotidianas.

“Del mercado campesino entonces usted va a encontrar muchos alimentos que se cultivan en el campo, hace 8 días trajeron quesos preparados por las mismas personas del campo, achiras, tortas de diferentes sabores, pero aquí las fiestas generalmente se dividen en fiestas culturales y bazares, donde hay fritos, baile y cerveza” GRUPOFY.

“La celebración a la Virgen de los Navegantes, por ejemplo, es una fiesta o una celebración religiosa que se perdió. No se ha vuelto a hacer durante muchos años. Por otro lado, las integraciones culturales, institución educativa, pueblo, y eso ha sido por el también una. Causa el conflicto armado Sí, porque esto ha llevado a que la comunidad prescinda de tanta reunión, por el riesgo que hay en la que puede haber por el conflicto” LIDERS

En cuanto a la alimentación, mencionan que la carne, el pollo y el pescado son relativamente accesibles, mientras que el consumo de frutas y verduras es bajo, aunque estos alimentos pueden conseguirse mediante encargos semanales. Además, se evidencia un mayor consumo de alimentos procesados, favorecido por las limitaciones económicas y su fácil acceso. Finalmente, los hallazgos muestran que el cuidado colectivo actúa como un proceso protector de la salud, sustentado en iniciativas lideradas por la propia comunidad e integrado con saberes tradicionales y ancestrales transmitidos entre generaciones, los cuales fortalecen la identidad cultural y complementan las estrategias comunitarias de cuidado.



“Digamos que las carnes y eso se consume harto digamos en comparación de la ciudad sigue siendo más económico adquirirlo en el pueblo, pero a muy por muy económico hay familias que no pueden comprar carne entonces les toca comprar salchichón o huevo, entonces depende mucho la economía de las personas para poder adquirir estos productos” GRUPOFX.

Las creencias religiosas en iglesias católicas o cristianas y la fe en Dios son identificadas por algunos entrevistados como prácticas que generan bienestar y fortalecen el afrontamiento de las dificultades cotidianas.

Organización Social Y Dinámicas Comunitarias.

Los participantes describen la solidaridad y el trabajo colectivo como características históricas de la comunidad de Rionegro, reflejadas en acciones conjuntas para el mantenimiento de las vías, la construcción de infraestructura comunitaria, como el antiguo centro de salud y la iglesia, y el apoyo mutuo en situaciones de enfermedad, duelo o dificultades económicas mediante donaciones, rifas y otras iniciativas solidarias.

“El antiguo centro de salud fueron construcciones comunitarias, donaciones de la misma comunidad, de ladrillos, de trabajo colectivo, de su experiencia y conocimiento en cómo levantar una pared, del maestro de obra de la misma comunidad”. LIDERS.

“yo considero que, si somos muy solidarios, por ejemplo, la persona que reciente se le quemó la casa, el mismo día le consiguieron, casa, ropa, por ejemplo, llegaban con mercado entonces cada librita de arroz, pero todo el mundo llegó para ayudar, porque ella se quedó sin nada por causa que se le quemó toda la casa” GRUPOF

“Fue rápido que la gente actúa, para que la gente acá es muy solidaria. Yo siempre digo en las reuniones que Rionegro es como una familia grande porque en el pueblo así peliemos, así le tuerza la trompa, pero le pasa algo y ya se olvidó todo,”. LIDERA.

Asimismo, destacan organizaciones comunitarias como la Asociación de Jóvenes por Rionegro (ASOJORIO), que impulsa procesos de liderazgo, proyectos culturales y productivos dirigidos a la población joven. El cuidado mutuo, el intercambio de información y la preocupación por el bienestar de los demás fortalecen las redes de apoyo y la cohesión social.



“Asociación de Jóvenes por Rionegro, y que como lema incluso tenemos con corazón, fe, creatividad y liderazgo, y que precisamente sin saberlo, el corazón estaba de primero en ese listado de cosas. Allí es lo que buscábamos: corazón, fe, creatividad, liderazgo” LIDER S.

Estas dinámicas constituyen factores protectores para la salud cardiovascular, al favorecer el apoyo social, el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento frente a las dificultades. Sin embargo, su alcance puede verse limitado por la precariedad laboral, las deficiencias del sistema de salud, el conflicto armado y la escasa presencia del Estado, condiciones que debilitan la organización comunitaria y aumentan la vulnerabilidad de la población.

Dominio singular

Experiencias y prácticas individuales en salud

Saberes, Creencias, Costumbres y Prácticas Individuales En Salud.

El uso de plantas medicinales cultivadas en sus huertas o compartidas entre vecinos como la primera opción para aliviar diferentes dolencias, incluyendo síntomas asociados a la hipertensión, los dolores menstruales y padecimientos reconocidos desde la cultura local, como “curar el cuajo” o “el espanto”. Estas prácticas, junto con los remedios caseros, los rezos, los sobadores, los baños tradicionales y los licuados caseros, hacen parte de los sistemas familiares y comunitarios de cuidado de la salud y de saberes ancestrales transmitidos entre generaciones. Algunas personas complementan estos conocimientos con los tratamientos médicos.

“Para mí por ejemplo mi mamá era una que nos decía, eso las plantas medicinales son muy curativas, después de que uno les ponga fe a las cosas a uno le sirven” COMUNIDADL

“Entonces esas son matas que tengo para el servicio de la humanidad. Aquí vienen muchos niños con susto es que el niño de noche usted se acuesta y eso le grita y se despierta llorando. Entonces para eso hay un medio de hacerle una curación para que al niño se le quite eso” GFS

Por otra parte, relacionan la salud con el equilibrio entre las dimensiones física, emocional, espiritual y social, resaltando la importancia del apoyo familiar, las buenas relaciones comunitarias y la



espiritualidad como recursos para mantener la salud, prevenir enfermedades y afrontar las dificultades. También reconocen como prácticas de cuidado la actividad física, las caminatas en entornos naturales y el consumo de alimentos cultivados localmente, como yuca, plátano, maíz, gallina de campo y pescado. Además, señalan que las mujeres suelen asumir un papel más activo en el cuidado de su propia salud y la de sus familias, mientras que la comunicación y el apoyo mutuo fortalecen el bienestar emocional.

“La familia es un factor importantísimo en cada uno de los integrantes de la comunidad en donde el hogar y la familia tiene asidero la posibilidad de bienestar del corazón, sí, yo creo que un hogar positivo, un hogar que permita, digamos, el diálogo, que la violencia no ocupe allí un espacio dentro de ese hogar y que en eso pues tenga unas posibilidades de resolución de conflictos muy positiva pues va a ser un primer factor de cuidado del corazón” LIDERS

"Cómo es que se llama esa matica que fuimos a buscar la vez pasada en el patio del profe Willian que es una bolita zapotica que es dijo que era para el azúcar, si un muchacho en Florencia la toma y él nos dijo que él mientras tomaba esa planta el azúcar le bajo, porque él se hace la prueba si, entonces él estaba muy contento y estaba gordísimo el muchacho que estuvo hasta la UCI en Neiva por el azúcar y él está muy contento con esa plantica y acá en Rionegro, más de una persona toma de eso" GFL

Las prácticas de protección desarrolladas durante los enfrentamientos armados también son reconocidas como formas de cuidado. Entre ellas, los participantes mencionan refugiarse debajo de las camas, rezar, expresar sus emociones mediante el llanto y acudir a imágenes y símbolos religiosos para afrontar las situaciones de riesgo.

Los saberes ancestrales y las prácticas de cuidado representan procesos protectores para las ECV, al fortalecer el bienestar físico, emocional, social y espiritual mediante el uso de plantas medicinales, la alimentación tradicional, la actividad física, la espiritualidad, el apoyo familiar y las redes comunitarias. Sin embargo, la persistencia del conflicto armado constituye un proceso deteriorante que debilita estas prácticas de cuidado y repercute negativamente en el bienestar.

Trayectorias De Vida Y Experiencias De Salud- Enfermedad

Las trayectorias de salud-enfermedad descritas estuvieron marcadas por el trabajo, las responsabilidades familiares, las condiciones económicas, las barreras de acceso a la atención y las



experiencias acumuladas en el territorio. Los relatos muestran que las prácticas de cuidado y las decisiones frente a la enfermedad se construyen a lo largo de la vida y no dependen exclusivamente de elecciones individuales.

También destacan el trabajo, el esfuerzo familiar y el apoyo moral como elementos que han favorecido la superación de dificultades y el mantenimiento de la salud. De igual manera, reconocen experiencias relacionadas con barreras en el acceso a servicios de salud y situaciones de atención médica que han tenido repercusiones importantes en la calidad de vida de algunas personas.

“El puesto de salud es muy pequeño para hacer tanta cosa ahí, entonces que hacen ahí se meten la muchacha la que hace los electros, entonces empiezan, fulano, por ejemplo, Daniel Nieves, Luz Mery García, bueno entonces yo tengo que estarme quitando el brasier y todo porque don Daniel todavía no ha terminado de vestirse y eso es como a la carrera” LIEDRANZOLA.

“Vuelve y me formula lo que yo le diga, es que usted no me está formulando lo que usted cree que me sirve a mí, usted está formulando lo que yo le diga, entonces por eso yo no vengo casi” LIEDRA
“voy a contar esa experiencia con mi mamá, ella tenía una cita médica y le salió cuando ya se había muerto” COMUNITARIOD

CATEGORÍA EMERGENTE.

Conflicto Armado y ECV

La presencia de grupos armados emerge como un tema transversal en los relatos de los participantes, evidenciando profundas afectaciones en la vida cotidiana de la comunidad, muchas de las cuales se han naturalizado con el tiempo. Los entrevistados describen cómo el control territorial ha condicionado el desplazamiento forzado, las características de las viviendas, la presentación personal y otras decisiones cotidianas, transformando las formas de vida, las dinámicas sociales y la organización comunitaria.

“Te puedo decir que más del 80% de la población tiene situaciones de salud mental, sea estrés, ansiedad, depresión o algún otro tipo de problemática, pero la gente no lo reconoce porque lo ha normalizado de cierta manera. Entonces han normalizado sentir miedo, han normalizado tener angustia por no contar con recursos diarios para garantizar su alimentación”. MUNICIPALJ.



Asimismo, relacionan las amenazas, los enfrentamientos, el desplazamiento y la incertidumbre con experiencias persistentes de miedo, zozobra, ansiedad, depresión, estrés, alteraciones del sueño, estado de alerta, inseguridad e indefensión, afectaciones que deterioran el bienestar emocional y que algunos participantes asocian con el agravamiento de problemas de salud, como la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

" En eso llegaron estas tanquetas y ejército, entonces pues ya los que se habían ido se fueron, pero ya la gente volvió a coger esa normalidad, entonces son cosas de que a uno lo alteran, por ejemplo yo, una cosa así, a mí me da ganas de trasbocar, me da ganas de orinar, me agarra como un desespero como una cosa, entonces eso lo altera a uno y le altera la tensión también. en estos días estamos acostados y cuando la balacera, pues cualquiera se asusta y pues, yo permanezco aquí sola, con Dios y la Virgen, y pues, Norby llamó a Daniel que vive ahí en frente y eso me llamó y me dijo abuela, ábrame la puerta que voy para allá, claro ya es como a uno le da moral, tranquilidad porque uno se siente protegido "COMUNITARIOD.

Esta categoría emergente atraviesa los tres dominios de la Determinación Social de la Salud. En el dominio general, el conflicto armado se expresa en el control territorial ejercido por los grupos armados y en la priorización histórica de la presencia militar sobre la inversión social; en el dominio particular, se refleja en la transformación de los modos de vida, la economía cocalera, la pérdida de festividades tradicionales y las restricciones a la movilidad y la organización comunitaria; y en el dominio singular, se manifiesta en síntomas físicos y afectaciones a la salud relacionadas por los propios participantes con el deterioro de la salud cardiovascular. Frente a este contexto, la comunidad ha construido prácticas de afrontamiento y apoyo mutuo como mecanismos de adaptación y cuidado colectivo ante condiciones estructurales persistentes y la limitada intervención del Estado.

Durante la observación de campo en el territorio, se registró la presencia constante de tanquetas junto a las viviendas y de personal militar en distintos puntos del casco urbano y a lo largo de las vías de acceso. En contraste con un entorno natural caracterizado por paisajes verdes y sonidos propios de la riqueza ambiental de la región, se percibe temor, asociado a la posibilidad latente de enfrentamientos armados.JH



DISCUSIÓN

Los hallazgos muestran que las categorías identificadas no operan de manera independiente, sino que conforman una red de relaciones que explica cómo se configura el proceso salud-enfermedad cardiovascular en Rionegro. Desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud propuesta por Breilh (23), los procesos estructurales, los modos de vida colectivos y las experiencias individuales interactúan de manera permanente, de tal forma que las transformaciones en uno de estos niveles repercuten sobre los demás.

En este contexto, la presencia estatal en salud constituye un elemento articulador de las demás categorías. Aunque existe un amplio marco normativo para la prevención y atención de las ECV, su implementación en el territorio continúa siendo fragmentada y poco adaptada a las condiciones sociales, culturales y geográficas de Rionegro. Esta situación coincide con lo planteado por Laurell (18) quien sostiene que la salud no depende únicamente de la oferta de servicios, sino de las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan y reproducen su vida cotidiana. De igual manera, Breilh (23) señala que las políticas públicas solo logran transformar la salud cuando intervienen sobre los procesos estructurales que producen desigualdad y no únicamente sobre los factores de riesgo individuales.

Las limitaciones en la implementación de las políticas públicas repercuten directamente sobre las condiciones materiales de vida. Las dificultades para acceder oportunamente a servicios de salud, agua potable, saneamiento, alimentación saludable, infraestructura y transporte refuerzan las desigualdades sociales y configuran diferentes escenarios de vulnerabilidad según la clase social, el género y las posibilidades económicas de cada familia. Estas condiciones, descritas también por Laurell (28), estas condiciones estructurales influyen sobre las prácticas individuales y colectivas de cuidado.

La comunidad desarrolla estrategias propias para proteger la salud mediante el uso de plantas medicinales, remedios tradicionales, prácticas religiosas, apoyo familiar, alimentación producida localmente y actividades comunitarias. Más que representar una sustitución de la atención médica, estos saberes constituyen formas de cuidado construidas históricamente que complementan los tratamientos biomédicos y fortalecen la capacidad comunitaria para afrontar la enfermedad. Como plantea Breilh (21), los conocimientos comunitarios hacen parte de los procesos de reproducción

social de la vida, mientras que autores como Berkman y Uchino (29) evidencian que el apoyo social y familiar ejerce efectos protectores sobre la salud cardiovascular.

Estas prácticas se fortalecen mediante las dinámicas de organización social existentes en el territorio. La solidaridad, la cooperación, la reciprocidad, las organizaciones comunitarias, los mercados campesinos, las festividades y los espacios de encuentro favorecen la cohesión social y generan recursos protectores para la salud. Derrett (30) plantea que las celebraciones comunitarias fortalecen la confianza y el bienestar colectivo, mientras que diversos estudios muestran que la cohesión social incrementa la capacidad de las comunidades para enfrentar condiciones adversas. Sin embargo, estos procesos comunitarios también dependen del contexto estructural y pueden debilitarse cuando persisten escenarios de exclusión social, fragmentación institucional o violencia.

En este sentido, el conflicto armado emerge como un proceso transversal que atraviesa todas las categorías identificadas. Su influencia no se limita a la seguridad, sino que modifica la presencia institucional, restringe la implementación de políticas públicas, transforma las condiciones materiales, altera las dinámicas económicas, limita la organización comunitaria y modifica las prácticas de cuidado desarrolladas por la población. Como documenta el Centro Nacional de Memoria Histórica, el conflicto armado transformó profundamente la vida cotidiana, la economía, las relaciones sociales y los procesos de salud-enfermedad en numerosos territorios rurales del país (31). Los participantes describen cómo el miedo, la incertidumbre, el desplazamiento, el control territorial y la pérdida de espacios comunitarios han configurado formas particulares de vivir, trabajar y relacionarse con el territorio. Estas experiencias también repercuten sobre la salud mental y el bienestar emocional, condiciones que la American Heart Association (32) reconoce como factores estrechamente relacionados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Las trayectorias de vida permiten comprender cómo todos estos procesos se acumulan a lo largo del tiempo. Las enfermedades cardiovasculares no aparecen como consecuencia de un único factor de riesgo, sino como el resultado de experiencias prolongadas de pobreza, conflicto armado, transformaciones productivas, desigualdades de género, barreras para acceder a servicios de salud y exposición continua a condiciones de incertidumbre. describen este fenómeno como la acumulación de exposiciones sociales durante el curso de vida, las cuales incrementan progresivamente el riesgo cardiovascular en la adultez.



De esta manera, los hallazgos evidencian que las categorías identificadas se potencian y transforman mutuamente. Una presencia estatal limitada dificulta la implementación efectiva de las políticas públicas, estas limitaciones profundizan las desigualdades materiales y sociales; dichas desigualdades condicionan los modos de vida, las prácticas de cuidado y las trayectorias de vida; mientras que el conflicto armado atraviesa todos estos procesos, amplificando las condiciones de vulnerabilidad. Al mismo tiempo, la organización social, los saberes tradicionales, la espiritualidad, la solidaridad y el apoyo familiar emergen como procesos protectores que fortalecen la resiliencia comunitaria y contribuyen a disminuir los efectos de estas desigualdades, aunque sin sustituir la responsabilidad del Estado en la garantía del derecho a la salud.

Alcances

Comprensión contextualizada de la salud cardiovascular en Rionegro. Interpretación de experiencias y sentidos desde los dominios general, particular y singular. Triangulación de actores y fuentes documentales.

Limitaciones

La selección intencional pudo dejar por fuera algunas voces y perspectivas del territorio. El acceso limitado a documentos locales restringió el análisis de la implementación territorial de las políticas.

Aportes a la Salud Pública.

Este enfoque fortalece la salud pública al superar una visión lineal del proceso salud-enfermedad y favorecer la comprensión de las realidades de cada territorio para orientar intervenciones más pertinentes, integrales y sostenibles, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las comunidades. Asimismo, esta investigación constituye una base para futuros estudios que profundicen en el análisis de las trayectorias de vida y su relación con las enfermedades cardiovasculares, incorporando aspectos como las condiciones laborales, la alimentación, el género y otros procesos sociales que, a lo largo del curso de vida, configuran procesos de vulnerabilidad y de protección para la salud cardiovascular.

CONCLUSIONES.

La determinación social de la salud permite comprender el proceso salud-enfermedad cardiovascular desde la interacción entre los dominios general, particular y singular, en los que la clase social, género



y etnia, junto con las formas de producción y reproducción de los modos de vida colectivos y estilo de vida individuales, configuran procesos protectores y deteriorantes que condicionan el proceso salud enfermedad

Estos resultados respaldan el planteamiento de Breilh de que la salud es un proceso históricamente determinado y socialmente producido. En Rionegro, las ECV se configuran por la interacción permanente entre procesos políticos, económicos, territoriales, culturales y comunitarios, más que por la suma de factores de riesgo individuales. Esta comprensión aporta una visión integral que orienta la formulación de intervenciones capaces de actuar sobre las causas estructurales de la enfermedad y de fortalecer los procesos protectores contruidos por la propia comunidad.

La existencia de políticas públicas y de un marco normativo para la atención de las ECV no garantiza, por sí sola, el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Su impacto depende de la capacidad para responder a las particularidades históricas, sociales, culturales y territoriales de las comunidades rurales, lo que plantea la necesidad de fortalecer enfoques de implementación con mayor pertinencia territorial e intersectorial.

Asimismo, la investigación permitió reconocer que las comunidades no son únicamente receptoras de intervenciones institucionales, sino actores que construyen respuestas propias frente a las condiciones que afectan su salud. Los saberes tradicionales, la organización comunitaria, la solidaridad, la espiritualidad y las redes de apoyo familiar representan recursos sociales que fortalecen el cuidado colectivo y constituyen capacidades que deben ser reconocidas e incorporadas en la formulación de políticas e intervenciones en salud.

El estudio también evidencia que el conflicto armado debe comprenderse como un proceso que trasciende la violencia directa y que continúa influyendo en las condiciones de vida, la organización social, el bienestar emocional y las oportunidades de acceso a recursos esenciales para la salud. En este sentido, su abordaje resulta indispensable para comprender las desigualdades en salud cardiovascular en territorios rurales afectados por violencia prolongada.

Esta investigación aporta evidencia sobre la utilidad de la Determinación Social de la Salud como marco analítico para comprender las ECV en contextos rurales colombianos. La articulación de los dominios general, particular y singular permitió identificar relaciones que difícilmente serían visibles desde modelos centrados exclusivamente en el individuo, ofreciendo elementos para orientar políticas



públicas e intervenciones que, además del control clínico de la enfermedad, actúen sobre las condiciones sociales, económicas, territoriales y comunitarias que configuran el proceso salud-enfermedad.

Agradecimientos. Agradezco a la Universidad, especialmente a la maestría en Salud pública por mostrarme otras formas de ver la salud, a la comunidad de Rionegro por abrirme sus corazones, a nuestra tutora por su paciencia y sabiduría y a mis compañeros de quienes aprendí mucho, a mi hija Sarita por su tiempo, amor y paciencia, a mi familia Toty que siempre me acompañan y a Dios y los ángeles que siempre están. Janeth Arias

Agradezco profundamente a Dios por permitirme culminar esta etapa. Mi más sincero agradecimiento a mi comunidad de Rionegro por depositar su confianza en este proceso y permitirme escuchar, comprender y dar voz a sus experiencias. Este trabajo es un reconocimiento a su historia, a sus modos de vida y a su compromiso con el cuidado de la salud en su comunidad. Expreso mi más profundo reconocimiento a nuestra coinvestigadora, la Dra. Ana Hurtado, por su excelencia académica. A mi familia Franco Henao y a Johan Sebastián Anturi, gracias por su amor, comprensión y apoyo incondicional. Gracias por ser mi mayor motivación, por sostenerme en los momentos de dificultad y por acompañarme con paciencia, confianza y cariño durante todo este proceso. Finalmente, agradezco a todos mis amigos y compañeros que, de una u otra manera, hicieron posible la realización de esta investigación y contribuyeron al cumplimiento de este sueño académico. Gisela Franco.

Conflicto de Intereses. Ninguno

Declaración. Para la elaboración de este documento se utilizó la IA ChatGPT (GPT-5.2 Thinking) para revisar coherencia de planteamientos propios, buscar bibliografía y revisar redacción.

REFERENCIAS

1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) [Internet]. [citado 14 de junio de 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [citado 20 de junio de 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
3. Hipertensión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2026 [citado 20 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
4. MSPS. ASIS Colombia [Internet]. 2024. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2024.pdf>
5. Análisis de Situación de Salud-ASIS Participativo 2023 - Gobernación del Caquetá [Internet]. [citado 20 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.caqueta.gov.co/observatorio-de-salud-publica/analisis-de-situacion-de-saludasis-participativo-2023>
6. Análisis de Situación de Salud-ASIS Participativo 2023 - Gobernación del Caquetá [Internet]. [citado 20 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.caqueta.gov.co/observatorio-de-salud-publica/analisis-de-situacion-de-saludasis-participativo-2023>
7. Carrillo González L. Consecuencias sociales del cultivo de la coca en comunidades afrocolombianas del Caquetá: Análisis de la relación entre la economía ilícita, las prácticas campesinas tradicionales y su papel en la seguridad alimentaria. *Agora USB*. 7 de enero de 2014;14(1):203. doi:10.21500/16578031.126
8. Godoy Gutiérrez RD. Caquetá, Putumayo y Guaviare: cultivos ilícitos y problemática socioeconómica. *Cuad Geogr Rev Colomb Geogr* [Internet]. 2001 [citado 14 de junio de 2026];10(1):77-89. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6581716>
9. Alejo Pocoma J, Tamayo Caballero C, Aguirre Tarquino V, Jemio Ortuño J, Navia Coarite V, Alejo Pocoma J, et al. PERFIL DE MORTALIDAD CAUSADAS POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, CIUDAD DE LA PAZ, PRIMER SEMESTRE 2017. *Cuad Hosp Clínicas* [Internet]. junio de 2025 [citado 30 de julio de 2026];66(1):57-66. Disponible en:



http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1652-67762025000100057&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. *J Am Coll Cardiol*. 22 de diciembre de 2020;76(25):2982-3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010 PubMed PMID: 33309175; PubMed Central PMCID: PMC7755038.
11. Consumo de pescado y prevalencia de enfermedades cardiovasculares en una población rural del interior de España: un estudio transversal en Barruelo de Santullán [Internet]. [citado 30 de julio de 2026]. Disponible en: <https://openaccess.uoc.edu/items/7f79122b-9044-49e6-b7d1-a611fca2d568>
12. Hernández JA, Therán JS, Dulcey LA, Gómez JA, Ochoa V, García CF. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud* [Internet]. 16 de junio de 2025 [citado 30 de julio de 2026]. Disponible en: <https://uhsalud.com>
13. You J, Hou J, Xie X, Xu R, You J, Hou J, et al. El consumo de alimentos ultraprocesados aumenta la posibilidad de tener enfermedades cardiovasculares: metaanálisis. *Nutr Hosp*. febrero de 2025;42(1):117-30. doi:10.20960/nh.05325
14. Chamú F. PERSPECTIVA CULTURAL, SOCIAL Y ECONÓMICA PARA EL SIGLO XXI.
15. García JJG. Medición del riesgo en epidemiología* Primera parte.
16. OMS. A conceptual framework for action on the social determinants of health: debates, policy & practice, case studies. Geneva: World Health Organization; 2010.
17. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial; 2003. 324 p.
18. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social.
19. Angelini C. Consideraciones sobre los cuidados en enfermedades crónicas desde la determinación social de la salud. *JMPHC J Manag Prim Health Care* ISSN 2179-6750. 7 de julio de 2022;14:e001. doi:10.14295/jmphc.v14.1180

20. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colect. 2 de abril de 2010;6(1):83. doi:10.18294/sc.2010.359
21. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) [Internet]. Revista Facultad Nacional de salud pública; 2013 [citado 9 de junio de 2026]. Disponible en: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
22. Vergara Quintero M del carmen. TRES CONCEPCIONES HISTÓRICAS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. 31 Agosto 2007 [Internet]. 28 de septiembre de 2007;12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>
23. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 12 de septiembre de 2013;31:13-27. doi:10.17533/udea.rfnsp.16637
24. Casallas-Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. diciembre de 2017;15(3):397-408. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123
25. Carmona-Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. Rev Cienc Salud. diciembre de 2020;18(SPE):66-82. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135
26. Abagaro CP, Flores AR, Muñoz CGM, Campos VID. Determinación Social de la Salud: algunas reflexiones a partir del trabajo académico en países latinoamericanos.
27. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colect. 2 de abril de 2010;6(1):83. doi:10.18294/sc.2010.359
28. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. Salud Probl [Internet]. [citado 29 de julio de 2026];(Especial):77-94. Disponible en: <https://saludproblemaoj.s.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/764>
29. Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. En: Berkman LF PhD, Kawachi I MD ,PhD, editores. Social Epidemiology [Internet]. Oxford



University Press; 2000 [citado 29 de julio de 2026]. p. 0. Disponible en:
<https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>
doi:10.1093/oso/9780195083316.003.0007

30. Derrett R. Making Sense of How Festivals Demonstrate a Community's Sense of Place. *Event Manag.* 1 de enero de 2003;8:49-58. doi:10.3727/152599503108751694
31. Comisión de la Verdad. Afectaciones y resistencias del pueblo Coreguaje en el conflicto armado [Internet]. 2021 [citado 9 de junio de 2026]. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=1kq3byPTA1k>
32. American Heart Association [Internet]. [citado 13 de junio de 2026]. Mental health is important to overall health, and heart disease prevention and treatment. Disponible en:
<https://newsroom.heart.org/news/mental-health-is-important-to-overall-health-and-heart-disease-prevention-and-treatment>