



La configuración sociocultural de la enfermedad desde el lente de una comunidad rural en Colombia

The sociocultural configuration of the disease from the lens of a rural community in Colombia

A configuração sociocultural da doença sob a ótica de uma comunidade rural na Colômbia

Nydia Nina Valencia Jiménez¹, Concepción Amador Ahumada² & Keyda María Morinson López³

¹Magíster en Educación. Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2414-2276>; Correo electrónico: nnvalencia@correo.unicordoba.edu.co

²Magister en Enfermería, Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. <https://orcid.org/0000-0002-0008-3374>; Correo electrónico: conceamador@yahoo.es.

³Enfermera. Universidad de Córdoba (Colombia), Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Orcid:<https://orcid.org/0000-0001-5024-4706>; Correo electrónico: keydmor15@gmail.com. Moro Gutiérrez^{1*}, Marta González Fernández-Conde²

***Correspondencia:** Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería. Universidad de Córdoba (Colombia). Código Postal 230002430.

Correo electrónico de contacto: nnvalencia@correo.unicordoba.edu.co

Cómo citar este artículo: Valencia Jiménez, N.N., Amador Ahumada, C. & Morinson López, K.M.^a (2023). La configuración sociocultural de la enfermedad desde el lente de una comunidad rural en Colombia. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 27(67).<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.20225>

Received: 30/07/2023

Accepted: 07/09/2023.



Copyright: © 2023. Remitido por los autores para publicación en acceso abierto bajo los términos y condiciones de Creative Commons Attribution (CC/BY) license.

Abstract: The purpose of the study was to understand the sociocultural configurations about diseases of a group of peasants in Córdoba, Colombia, through a micro-ethnographic design and the application of semi-structured interviews, conversations and observations to 20 members of the community, between October 2020 and March 2021. The interviews were transcribed and organized in matrices for their categorization and analysis using Bardin technique. The disease is conceived from two constructions: being sick is not being able to work and being sick is restlessness and anguish; Both configurations are built from the link between the opportunities to work and do activities from daily life, but they are altered by problems in the provision of the health service. It is concluded that the sociocultural configuration of the diseases overcomes the vision of physical imbalance because it is perceived into daily life activities, the ways of living, and the solidarity networks woven by the peasants as a strategy against the negligence of the state ineffectiveness of health system in Colombian rural areas.



Keywords: Rural population; disease; cultural characteristics.

Resumen: El propósito del estudio fue comprender las configuraciones socioculturales sobre las enfermedades construidas por un grupo de campesinos en el Departamento de Córdoba, Colombia, mediante un diseño micro etnográfico y la aplicación de entrevistas semiestructuradas, conversaciones y observaciones a 20 miembros de la comunidad, entre octubre de 2020 y marzo de 2021. Las entrevistas fueron transcritas, organizadas en matrices y procesadas para su posterior organización, categorización y análisis con apoyo de la técnica de Bardin. Se develan dos construcciones para concebir la enfermedad: estar enfermo es no poder trabajar y estar enfermo es intranquilidad y angustia; ambas configuraciones se construyen a partir del vínculo con las oportunidades para trabajar y realizar acciones de la vida cotidiana, pero están permeadas por el déficit en la prestación del servicio de salud y las dificultades para acceder a este. Se concluye que la configuración sociocultural de las enfermedades supera la visión de desequilibrio físico del individuo al enunciarse en el ámbito de las prácticas cotidianas, los modos de vivir y las redes de solidaridad tejidas por los campesinos como estrategia de resistencia ante el olvido estatal y la ineficacia de los abordajes del sector salud en zonas rurales colombianas.

Palabras clave: Población rural; enfermedad; características culturales

Resumo: O objetivo do estudo foi compreender as configurações socioculturais sobre doenças de um grupo de camponeses em Córdoba, Colômbia, por meio de um desenho microetnográfico e da aplicação de entrevistas semiestructuradas, conversas e observações a 20 membros da comunidade, entre outubro 2020 e março de 2021. As entrevistas foram transcritas e organizadas em matrizes para sua categorização e análise pela técnica de Bardin. A doença é concebida a partir de duas construções: estar doente é não poder trabalhar e estar doente é inquietação e angústia; Ambas as configurações são construídas a partir da ligação entre as oportunidades de trabalho e de realização das atividades do cotidiano, mas são alteradas por problemas na prestação do serviço de saúde. Conclui-se que a configuração sociocultural das doenças supera a visão do desequilíbrio físico, pois é percebida nas atividades do cotidiano, nos modos de viver e nas redes solidárias tecidas pelos camponeses como estratégia contra o descaso do Estado inefetividade da saúde sistema nas áreas rurais colombianas.

Palavras-chave: População rural; doença; características culturais.

INTRODUCCIÓN

La presencia de enfermedades en la especie humana trasciende épocas y tiempos sociales, constituyéndose en un núcleo discursivo provocador



en diferentes disciplinas y perspectivas teóricas. Desde la mirada occidental, con fundamento en el funcionalismo estas son enunciadas como una anomalía o desviación de la salud, y, por ende, su abordaje se inscribe a partir de adoptarlas como unidades independientes del organismo o como contracara de la salud, la cual erige los lineamientos para la atención y el cuidado haciendo énfasis en los diagnósticos, tecnologías y mediciones a partir de patrones normales y medidas correctivas para alcanzar los niveles de satisfacción ((Arriscado y Louvison, 2020, Gómez-Arias, 2018).

Por su parte, en Oriente, las enfermedades se expresan como una discordancia del orden natural o un trastorno de la energía vital de las personas, asumiéndose como un componente intrínseco de estas; por ello, son configuradas en el ámbito cultural como formas de ser particulares haciéndose necesario implementar acciones con propósitos diferenciados para mitigar o impedir que sus efectos tengan mayor impacto en la salud del sujeto. A partir de este planteo, se trasciende la mirada medicalizada e instrumentalista para incluir dimensiones psicosociales y todas aquellas construcciones culturales expresadas en los modos de vivir de personas, familias y comunidades (Viniestra-Velásquez, 2017).

En este marco de tensiones, pensar la enfermedad en clave cultural es trasegar una ruta de cuidado orientada al fomento de la autonomía para la toma de decisiones frente a qué hacer cuando emergen situaciones que alteran la energía vital del sujeto; asimismo, es explorar las alternativas y oportunidades para mantener dicho equilibrio en función de lo que las personas son, creen o hacen, en especial, de poder implementar las acciones de cuidado coherentes con la cultura sin detrimento de sus condiciones de salud. Todo lo anterior, desde la perspectiva de Olarte (2018), implica pensar en el concepto de libertad como capacidad de las personas para el auto cuidado de su salud, sin los nudos agobiantes de las instituciones, al tratar estas de normalizar la vida en todas sus dimensiones que ha traído consigo el desconocimiento del cuerpo y la fractura entre la condición biológica con las emociones, sentimientos humanos y configuraciones del orden sociocultural.



En este sentido, el concepto de enfermedad no se puede desligar de las condiciones de vida y el contexto, al asumirse que su abordaje ha de responder a una lógica dialéctica que mantiene la visión de interconectividad entre lo individual y colectivo; sin embargo, como lo enuncia Breilh (2013), no se trata de asumir la dinámica interpretativa en un ir y venir, entre lo particular y lo colectivo, sino situar esta realidad en un campo de acción que integre las simbologías fruto de la interacción del sujeto con la naturaleza, pero además, con la cultura. Con ello, la interrogación oportuna de estas construcciones socioculturales resulta de interés para la salud colectiva, al promover todo un movimiento de recuperación de las formas de vivir, sentir, actuar y pensar, en especial en aquellos grupos con mayor vulnerabilidad social como los son las poblaciones rurales.

La familia rural representa realidades humanas diversas y complejas caracterizadas por atributos como la solidaridad, trabajo en equipo, visión colectiva del trabajo (Páez, et al, 2016); así como también, construyen redes de apoyo para el cuidado de la salud sustentadas en los saberes populares contruidos en el marco de sus interacciones sociales, históricas y culturales. Sin embargo, el abandono estatal de la población rural colombiana se hace evidente en los rezagos en materia educativa, social, y en especial sanitaria, que quiebran la efectividad de un modelo de salud enmarcado en principios de diversidad, integralidad, inclusión social pero cuya aplicabilidad excluye las condiciones de vida de los campesinos y no logra satisfacer las necesidades sanitarias ni generar cambios en la dinámica de salud de estos (Rodríguez y Benavides, 2016).

Existen contextos rurales cuyas trayectorias históricas, sociales, culturales provocan lenguajes interpretativos diversos por la complejidad de los vínculos que se establecen, como es el caso del Departamento de Córdoba, ubicado en la costa Caribe de Colombia. La familia rural cordobesa no cuenta con oportunidades para su desarrollo integral porque carecen de garantías para el ejercicio pleno de sus derechos y libertades humanas, con especial énfasis en la limitación de posibilidades para acceder al trabajo, educación, seguridad alimentaria y vivir la vida que aspiran tener (Ortega,



Puello y Valencia, 2014); así como también, la vulnerabilidad de la población a sufrir enfermedades y accidentes vinculados a las precarias condiciones de trabajo, actividades laborales de alto riesgo, analfabetismo que potencian escenarios de exclusión social en otros ámbitos de la vida (Puello, Ortega y Valencia, 2013). Por otra parte, la ubicación geográfica de algunas comunidades y la dificultad de acceso, así como la falta de priorización de las políticas públicas son barreras frente a la obtención de servicios de salud óptimos, lo cual resulta ser una condición obligante en la toma de decisiones para la resolución empírica de sus enfermedades.

Ante la situación problemática anterior surgió el siguiente objetivo: comprender las configuraciones socioculturales sobre las enfermedades construidas por un grupo de campesinos en el Departamento de Córdoba, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación cualitativa con aproximación micro etnográfica realizada en el Departamento de Córdoba, Colombia, entre octubre de 2020 y marzo de 2021. Los sujetos de estudio fueron un grupo de campesinos residentes en uno de los corregimientos del ente territorial, elegidos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, quienes cumplieron los criterios de inclusión establecidos en el estudio: >40 años, ser nativos del corregimiento y residentes desde su nacimiento sin cambios de residencia en ninguna de las etapas de su vida. La muestra correspondió a 20 campesinos con los cuales se alcanzó el punto de saturación teórica.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada diseñada por las investigadoras y refinada por un panel de cuatro expertos en el tema. El protocolo de entrevista consta de 13 preguntas divididas entre los ítems correspondientes a los aspectos sociodemográficos y aquellos concernientes a las representaciones o configuraciones sobre la enfermedad. De igual manera, se sostuvo conversaciones informales con la población rural y se registró observaciones durante todo el trabajo de campo.



El proceso de recolección de la información se hizo posible aún en época de pandemia por Covid-19, gracias a una de las investigadoras, la cual es residente en este corregimiento; esto permitió facilidad en el acceso a la población y la realización de las entrevistas bajo todos los protocolos de bioseguridad establecidos por los entes gubernamentales. La recolección inició con una explicación a los participantes acerca de los objetivos y propósitos de la investigación. Posterior a esto, se hizo lectura y firma del consentimiento informado.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 30 a 50 minutos, las cuales fueron grabadas con autorización de los participantes y transcritas en un documento Word para su organización e identificación de categorías y subcategorías, para su posterior análisis teniendo en cuenta las expresiones emitidas de interés para la investigación. La interpretación de los datos se fundamentó en la perspectiva de Bardin, autor que propone analizar los contenidos a partir de la organizar, categorizar y definir el núcleo analítico del texto, para lo cual se inicia con la lectura y comprensión de las entrevistas estableciendo tipologías de los datos a partir de encontrar similitudes, divergencias o encontrar opiniones cruzadas. Cada grupo de categorías se organizó en matrices resaltándose los códigos in vivo y las subcategorías.

Los aspectos éticos y legales se encuentran contemplados en la Resolución 8430 de 1993 priorizando el bienestar de los sujetos de estudio, garantizando el respeto por ellos, su comunidad y su cultura. También se contempló los lineamientos de la Ley 911 del 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. La investigación se sometió a la evaluación por parte del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, unidad encargada de verificar los posibles sesgos del estudio y las estrategias de control definidas por las investigadoras con antelación al trabajo de campo.

RESULTADOS



Los participantes de esta investigación son habitantes de un corregimiento del Departamento de Córdoba – Colombia, ubicado en la región del bajo Sinú. Esta población se encuentra ubicada en la margen izquierda del río Sinú, a aproximadamente 12 kilómetros del casco urbano municipal y a 45 minutos de la capital cordobesa. La edad de los participantes se ubicó entre 40 y 81 años, de los cuales 13 fueron mujeres y 7 hombres, con nivel socioeconómico bajo, donde la totalidad de las mujeres refirieron ser amas de casa y la mayoría de los hombres manifestó ser agricultor o trabajador de oficios varios.

Los hallazgos se centraron en la categoría: **Estar enfermo es vivir limitado**, la cual se desagregó a partir de dos subcategorías: **Estar enfermo es no poder trabajar** y **Estar enfermo es intranquilidad y angustia**

Las construcciones sobre la enfermedad que realizan los campesinos superan el nivel biológico cuando estos la consideran como una limitación para el ejercicio de sus actividades cotidianas, en particular, las labores de subsistencia y aquellas actuaciones propias de su vida, como quedó expresado en sus narrativas:

“...Una persona enferma, sin salud no tiene el mismo ánimo, las mismas energías para trabajar ni para desarrollar sus actividades cotidianas” E7

“...Una enfermedad si afecta mi vida cotidiana, ya que cuando uno está enfermo esta decaído, sin energía y no realizo las actividades de mi diario vivir” E12

“...No me deja trabajar” E19

“...Todo lo que le dé a uno es malo, porque no podé trabaja... no está bien... así que no se consigue el trabajo” E5

“...No puedo trabajar y así se dificulta todo” E6

Asimismo, los participantes conectan la enfermedad con limitaciones para producir de forma óptima o sentir transformaciones a nivel del ser, las



cuales se traducen en una sensación de cambios en lo que habitualmente están acostumbrados a realizar.

“...Una persona cuando está enferma ya no se siente óptima, es un día que se pierde de trabajo” E7

“...Con una enfermedad en el cuerpo uno se desvanece” E4

“...La enfermedad no permite ser uno mismo, todo cambia” E10

“...Hay enfermedades como la gripa que todos la hemos vivido en algún momento, pero lo que si me preocupa es fracturarme un brazo o una pierna, o afectarme en los ojos, porque imagínese eso te quita enseguida el trabajo, y ahí mismo la vida” E5

Los entrevistados asumen la enfermedad como un estado de intranquilidad y angustia, expresado en sus narrativas a partir de dos dispositivos discursivos, el primero la configura en un nivel emocional:

“...Muchas cosas porque de todas maneras la salud es la que uno lucha por tenerla y ya desde que uno esté enfermo esta intranquilo” E5

“...Me siento muy preocupada, porque aja uno enfermo no es el mismo” E8

“...Se tensiona uno hay angustia” E15

“...Es preocupación, entro en un total estrés” E9

El segundo grupo de respuestas profundiza en los vínculos del estado de intranquilidad con las dificultades que enfrentan para recibir la atención médica:



“...En caso de... de que nos enfermemos tenemos dificultad principalmente para la atención médica, o sea, que es poco oportuna, porque no... no tenemos al alcance principalmente lo que son los centros de salud o un hospital”. E10

“...Claro, da intranquilidad enfermarse porque los servicios de salud no están cerca. Mire usted, el médico presta sus servicios cada 8 días” E11

“...Depende la parte donde uno reside, así será el temor a enfermarnos, porque no tener acceso a un medicamento a un puesto de salud o no poder acudir a un médico, es angustiante, especialmente por las dificultades en la vía en el transporte eso es lo que le dificulta” E12

“...Centros hospitalarios a largas distancias” E16

“...Vivir en una zona rural no se cuenta con un médico los 7 días de la semana y las 24 horas del día, y en caso de emergencia, nos toca trasladarnos a otros lugares y toca cruzar el río” E19

A partir de lo anterior, los campesinos entrevistados manifiestan que estas limitaciones propician las oportunidades de ayudarse mutuamente, de encontrar formas populares de enfrentar las enfermedades y desarrollar habilidades para el tratamiento primario en casa:

“...Las enfermedades en mi familia se asumen con mucha responsabilidad, participando todos los miembros de la familia velando siempre por la recuperación del familiar” E15

“...Lo que hacemos en la familia cuando alguien está enfermo es ayudarlo brindarle lo que el necesite y si es necesario llevarlo al médico se lleva, pero primero se le brinda atención en la casa” E13



“...El apoyo viene de la ayuda que le den a uno y del afecto que le tomen durante la enfermedad que tenga. Muchos uhhh... ahora con el Covid las bebidas de eucalipto, el orégano, eh... la flor de la manzanilla... todos esos son elementos que tomábamos para la salud”. E17

“...Se toma el consejo de uno y del otro para que lo oriente, porque a veces uno no tiene las capacidades que tienen sus papas o sus abuelos con respecto a esas enfermedades y ellos tienen mucha experiencia” E16

DISCUSIÓN

Las configuraciones de la población campesina sobre la enfermedad se enuncian desde el ser, estar, hacer y convivir cuando expresan que estar enfermo es no poder realizar las actividades de la vida cotidiana, trabajar, sentir cambios en su yo o angustiarse ante la imposibilidad de no contar con servicios de salud cercanos. Esta enunciación acerca de qué es una enfermedad, no es más que el reflejo de los vínculos establecidos por las personas entre reconocerse como sujetos biológicos y el contexto donde se desarrollan, al interpretarse en sus discursos que esta no es asimilada directamente con una patología o un deterioro de la salud, sino como una limitación para sus actuaciones en diferentes ámbitos de la vida cotidiana.

En concordancia con lo anterior, el lugar de co-residencia fundamenta las trayectorias biográficas y colectivas mediante la configuración de los vínculos entre el yo/tú/nosotros potenciando los diferentes sentidos y significados vitales que los sujetos asignan a diversas categorías (Palacio, 2020), entre las que se encuentra la salud y la enfermedad, lo cual guarda relación con los planteamientos de Olarte (2018), para quien el contexto social, el lugar de residencia, las condiciones socioeconómicas y las ideologías de las personas son clave al momento de configurar las realidades y construir aprendizajes en el campo de la salud.



Una manera de interrogar las realidades campesinas es situarse desde la perspectiva de los vínculos entre el sujeto y el contexto sociocultural, que permite el tránsito entre el sentir a un nivel biológico a la multiplicidad de tejidos conceptuales, simbólicos y discursivos que emplazan la categoría salud y enfermedad; el campesino dimensiona la enfermedad como un continuum entre estar bien (salud) y la habilidad de trabajar y sostener su familia, porque desde sus perspectiva, el hecho de poder ejercer sus actividades implica reconocerse como un sujeto saludable y armonioso consigo mismo, con el otro y el entorno.

La interdependencia entre salud y trabajo es un punto central en este análisis, cuando la población campesina enuncia la enfermedad como señal de preocupación y angustia, en especial porque no cuentan con servicios de salud cercanos y no disponen de recursos económicos para subsanar una situación que los aleje de sus posibilidades de subsistencia. Esta configuración expresa la toma de conciencia del campesino frente a su existencia y las posibilidades que tienen para sobrevivir y resistir ante las inclemencias propias del deterioro de la salud, así como a las condiciones de vida limitantes para obtener servicios eficientes de salud, porque disponer de un profesional de la salud cada 8 días y enfrentar riesgos como “atravesar un río” con un familiar enfermo para lograr acceder a una institución de salud, es casi que ver a través de un espejo, las realidades de gran parte de la población rural colombiana.

Gran parte de la población rural en Colombia se enfrenta a las barreras de acceso y las condiciones de los servicios sanitarios, en particular las de tipo administrativo y económicas (Bran, et al, 2018), lo cual entrelaza giros conceptuales con la adopción de formas de concebir el proceso de salud enfermedad enunciado desde lo curativo y vinculado estrictamente con la capacidad laboral; este lugar de enunciación, está en conexión con los patrones narrativos de otros grupos rurales en diferentes partes del mundo, que de acuerdo con Gozzer (2020), se inscriben en la tendencia de configurar las enfermedades como un proceso natural inevitable que cuando altera la vida cotidiana y sus ritmos de trabajo, obligan a la búsqueda de la atención médica; de ahí, que la construcción de estrategias enmarcadas en la promoción



y mantenimiento de la salud deben ser un bastión de las políticas públicas rurales.

A manera de precisión, las notas y conversaciones informales con la población rural no solo muestra la vulnerabilidad de un grupo de campesinos ante el abandono estatal, sino que problematiza el sentido frente a la construcción sociocultural de la enfermedad; en primer lugar, no se trata de un asunto de no querer vincularse a los programas de promoción y mantenimiento de la salud que ofrece el Estado colombiano o desconocer la importancia de los mismos; se trata de un asunto de desamparo, al no contar con los recursos para asistir a este tipo de controles de forma regular o en el caso de las personas mayores campesinos de esta región colombiana el tener que continuar en labores productivas más allá de lo que sus condiciones de salud les permite, por la mera subsistencia (Ortega, Puello y Valencia, 2014).

Este nudo analítico se sitúa desde la perspectiva de empoderamiento, porque el campesino es un ser dotado de capacidades excepcionales que, ante la imposibilidad de disponer de servicios de salud permanente, esta población crea sus mecanismos de resistencia al desarrollar aprendizajes en la acción; es decir, en la práctica de la vida misma. Es de interés resaltar las voces de los campesinos cuando expresan los sentimientos de apoyo, ayuda mutua, cuidado primario de la salud, reconocimiento de los saberes ancestrales y la configuración colectiva del cuidado que trasciende la familia para situarse en el plano comunitario, lo cual rechaza aquellas perspectivas que enuncia la desaparición del campesino, porque antes por el contrario, la población rural da muestras de resistencia ante las diversas crisis que enfrentan al crear mecanismos para la restauración de la salud desde posturas colectivas y empleando de primera mano los productos naturales destinados para tales fines (Uribe e Hidalgo, 2021).

CONCLUSIONES



La noción de enfermedad se configura en el lente campesino como un proceso vinculado a las actividades de la vida cotidiana, el cual genera traumas para producir el sustento necesario para la subsistencia familiar. Este lugar de enunciación, refuerza las visiones colectivas de enmarcar el proceso de salud enfermedad en un plano natural y curativo donde se minimiza las opciones de promoción y mantenimiento de la salud; no obstante, la adopción de este tipo de posturas muestra vínculos con las barreras de acceso y las condiciones de los servicios sanitarios, que, según los participantes, es precario y aislado de sus realidades contextuales.

La población rural posee atributos para el cuidado de la salud contruidos en la solidaridad, ayuda y las redes colectivas cuando establecen estrategias de aprendizaje a partir de los saberes de los adultos mayores y el uso de plantas medicinales como primer dispensario natural; de esta manera, el campesino resiste el abandono estatal y produce lenguajes y prácticas acordes a sus realidades, haciéndose necesario la documentación de estas, para reorientar los programas de promoción y mantenimiento de la salud de estas comunidades.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses entre los autores.

BIBLIOGRAFÍA

Arriscado Nunez, J. y Louvinson, M. (2020). Epistemologias do Sul e descolonização da saúde: por uma ecologia de cuidados na saúde coletiva. *Saúde e sociedade*, 29 (3). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200563>

Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud*, 25 (2), 29-38. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n2/0121-7577-hpsal-25-02-00029.pdf>



- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 31(1), S13-S27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
- Gómez-Arias, RD. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 36(1), 64-102. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/335873>
- Gozzer Infante, E. (2020). *Salud rural en Latinoamérica en tiempos de la Covid-19*. Perú: Institutos de Estudios Peruano
- Olarte, M.R. (2018). Salud y enfermedad, dos construcciones culturales. *Revista Biosalud*, 17(1), 67-79. <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.7>.
- Ortega Montes, J.E., Puello Alcocer, E.C. y Valencia Jiménez, N.N. (2014). Pobreza rural y políticas neoliberales: un caso por resolver en Montería- Córdoba (Colombia). *Investigación & Desarrollo*, 22(2), 214-236. <https://www.redalyc.org/pdf/268/26832007004.pdf>
- Páez Martínez, R.M., Idárraga, M.V., Gutiérrez Ríos, M.Y. y Ramírez Orozco, M. (2016). *La familia rural. Sus formas de diálogo en la construcción de paz en Colombia*. Colombia: Universidad de la Salle y CLACSO. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20161017104231/La_familia_rural.pdf
- Palacio Valencia, M.C. (2020). *La familia. Meditaciones sociológicas en tiempos ambiguos*. Medellín: Sílabo Editores.
- Puello, E., Ortega, J. y Valencia N. (2013). Factores sociales asociados a la salud de los trabajadores informales agrícolas de la ciudad de Montería - Córdoba, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 15(2), 103 – 112. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v15n2/v15n2a02.pdf>
- Rodríguez-Triana, D, R. y Benavides-Piracón, J.A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (3), 359-371. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Uribe Castro, H. e Hidalgo Gutiérrez, L.H. (2021). *Campesinos de los Andes caucanos. Entre descampesinización y recampesinización en el Roble, Timbío*. Cali: Universidad Autónoma de Occidente
- Viniegra-Velásquez, L. (2017). El orden cultural, la enfermedad y el cuidado de la salud. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 397-406. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.06.002>