Documento Final

Modelo de salud propio e intercultural

“La salud soñada de los pueblos indígenas de Chocó, un tejido de vida y armonía ancestral”

Territorios indígenas de los Departamentos del Chocó filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor

Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor:
María Paulina Lorduy Lema – Coordinadora técnica
Jonathan Jiménez Tovar – Coordinador Político
Equipo técnico:
Erika Alexandra Mateus Gaviria
Luis Felipe Lora Tovar
Lida Yomarly Gualdrón Torres
María Evalina Iságama
Carlos Alberto Yagari Panchi
Mauricio Rodríguez Cruz
Jenny Andrea Álvarez Ruiz
José Sucre Chipiaje
Luis Ángel Gindrama Manyoma
Farle Danilo Chamorro Casama
Luz Nelly Quiceno
Danny Luz Izabaré Papelito
Ewer Miguel Rodríguez Gómez
Lilia Edith Linares Agga
Alberciano Cabrera Isarama
Christiand Abraham Pedroza
Marco Leonardo Parga
Luis Joaquin Conde

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D.C., Colombia
Diciembre de 2025

Dedicatoria

Este documento se consagra como ofrenda viva a los pueblos indígenas de Colombia, guardianes de la salud, la palabra y el territorio. Nace desde los ríos del Chocó, donde las sabedoras y sabedores, han sostenido el cuidado con dignidad, resistencia y memoria.

Se dedica a nuestra Mayora Miryam Chamorro, raíz espiritual de este proceso, protectora de la vida y guía silenciosa de cada decisión. A las autoridades tradicionales indígenas, quienes han tejido su modelo propio con firmeza y ternura. A los jóvenes y dinamizadores, porque heredarán este preciado legado.

Cada eje aquí esbozado es tambor, es canto, es camino. Cada línea desarrollada es una minga de pensamiento, una casa de saber, una ruta de protección. Que este documento no se guarde en estanterías, sino en nuestros corazones. Que se lea en lengua propia, se valide en asamblea, y se active como medicina viva.

Que el SISPI se viva como lo que es, un sistema, como acto de gobierno propio, como territorio en armonía. Que este modelo de salud propia e intercultural no sea solo política pública, sino ceremonia cotidiana. Que este texto sea semilla de continuidad, escudo frente al olvido, y abrazo fraternal para quienes aún esperan cuidado.

Agradecimientos

A las comunidades indígenas de Chocó

Doctor Federico Villegas, Médico, Magister en salud colectiva

Doctor José Mauricio Hernández, Médico y Antropólogo

Doctor Sergio Durán, Médico Salubrista

Doctor Julián Calvo, Asesor de la Comisión de Salud, Gobierno mayor

Enfermera, Milena Altamirano, Contratista Comisión de Salud, Gobierno Mayor

Contenido

Dedicatoria 2
Listado De Siglas 7
Introducción 10
Justificación 15
Marco Teórico 19
La Realidad De La Salud En Los Territorios Indígenas 22
Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI 24
Marco Normativo Y Jurisprudencial 29
Objetivo General 42
Objetivos Específicos 42
Alcance 44
Antecedentes 45
Antecedentes generales del proceso 48
Fase I 2022 49
Fase 2 – 2025 50
Desafíos y Limitaciones 56
Fases Del Proceso De Diseño 59
El proceso del diseño del modelo se desarrolló en dos fases: 59
Fase I – Contexto general del pueblo indígena 59
Caracterización sociocultural 60
Chocó. 74
Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional 79
En coherencia con el SISPI, se establecen como lineamientos prioritarios: 220
Fase II: Construcción de contenidos y plan de acción para la implementación del SISPI 238

Componente de cuidado de salud propia e intercultural 238
Eje De Planeación 245
Eje De Implementación 247
..... 248
Eje De Evaluación 250
Eje De Coordinación 252
Componente de Sabiduría ancestral 257
Componente Político Organizativo 271
Componente De Formación, Capacitación, Generación Y Uso Del Conocimiento En Salud 288
Componente de administración y gestión 297
Propuesta Costos Modelo SISPI Chocó 327
Desarrollo financiero por criterio y por departamento 329
Marco Metodológico 348
Fases 349
Fases estratégicas 349
Estrategias por componente del SISPI 350
Técnicas e instrumentos transversales 350
Población 351
Los Planes de Vida como Instrumentos de Planificación Estratégica 353
Perspectiva de Mediano y Largo Plazo (Fases) 354
Plan de trabajo y cronograma 355
Seguimiento y monitoreo 359
Archivo y Custodia de la Información 360
Reporte de Resultados y Avances 360
Recomendaciones 363

Conclusiones 371
Componente Sabiduría ancestral 371
Componente Cuidado de salud propia e intercultural 372
Componente Político – organizativo 375
Componente Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud 377
Componente Administración y gestión 379
Referencias bibliográficas 380
Anexos 396
Cartografía 396
Chocó 396
Marco Conceptual 404
Listado de tablas 414
Listado de Imágenes y gráficos 419

Listado De Siglas

AICO – Autoridades Indígenas de Colombia.

AISO – Autoridades Indígenas de Suroccidente de Colombia.

ANT – Agencia Nacional de Tierras.

APS – Atención Primaria en Salud.

ARS – Administradoras de Régimen Subsidiado.

ASIS – Análisis de la Situación de Salud.

CRIC – Consejo Regional Indígena del Cauca.

CIT – Confederación Indígena Tairona.

CPC – Constitución Política de Colombia.

CLPI – Consentimiento Libre, Previo e Informado.

CUPS – Clasificación Única de Procedimientos en Salud.

DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

DSS – Determinantes Sociales de la Salud.

ECNT – Enfermedades crónicas no transmisibles.

EDA – Enfermedad Diarreica Aguda.

ENT – Enfermedades No Transmisibles.

EPS – Entidad Promotora de Salud.

EPSI – Entidad Promotora de Salud Indígena.

ICA – Instituto Colombiano Agropecuario.

InfoSISPI – Sistema de Información en Salud Indígena.

INS – Instituto Nacional de Salud.

IPS – Institución Prestadora de Servicios de Salud.

IPSI – Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena.

IRA – Infección Respiratoria Aguda.

IVC – Inspección, Vigilancia y Control.

MSPS – Ministerio de Salud y Protección Social.

MPC – Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas

MSPI – Modelo de Salud Propio e Intercultural.

NBI – Necesidades Básicas Insatisfechas.

ONIC – Organización Nacional Indígena de Colombia.

OPIAC – Organización Nacional de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana.

OPS/PAHO – Organización Panamericana de Salud

PDSP – Plan Decenal de Salud Pública.

PND – Plan Nacional de Desarrollo.

POSS – Plan obligatorio de Salud Subsidiado.

PTSPI – Planes Territoriales de Salud Propia e Intercultural.

R/CR – Referencia y Contrarreferencia Intercultural.

RIPS – Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

RISS – Redes Integradas de Servicios de Salud.

SENA – Servicio Nacional de Aprendizaje.

SGRL – Sistema General de Riesgos Laborales.

SGSSS – Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SNS – Superintendencia Nacional de Salud.

SISPI – Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

SISPRO – Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

SIVIGILA – Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

SRC – Sistema de Referencias y Contrarreferencias

SSD – Secretaría de Salud Departamental.

TIC – Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

UFI – Unidad de Financiamiento Indígena.

UPC – Unidad de Pago por Capitación.

Introducción

En un país donde la diversidad cultural es también fuente de sabiduría y sanación, el fortalecimiento de los sistemas de salud propios de los pueblos indígenas se convierte en un compromiso ético, político y humano. Este propósito se concreta en el marco del Decreto Ley 0480 de 2025, que reconoce al Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como una apuesta del Estado colombiano para garantizar el derecho a la salud desde los principios de autonomía, respeto y complementariedad. Más que una política pública, el SISPI representa un reconocimiento histórico al valor de los saberes ancestrales, a la fuerza espiritual de los pueblos y a la necesidad de construir relaciones más equilibradas entre la medicina tradicional y la medicina occidental.

Este documento técnico ha sido formulado con el propósito de contextualizar, analizar y fortalecer el modelo de salud indígena propia e intercultural en Chocó, especialmente de aquellas comunidades afectadas por el conflicto armado y por las profundas brechas estructurales en salud. Su objetivo es ofrecer una comprensión integral de los fundamentos teóricos, normativos, organizativos y espirituales que sustentan el SISPI, así como presentar los avances, desafíos y lineamientos metodológicos necesarios para su implementación efectiva en los territorios. De este modo, este informe permite comprender por qué surge este proceso, qué se busca con su desarrollo y cuáles son las bases conceptuales y comunitarias que orientan su construcción.

El papel de la medicina ancestral adquiere aún más peso cuando según el Perfil de Salud de la Población Indígena del Ministerio de Salud (2016), los pueblos indígenas enfrentan mayores desigualdades en indicadores de salud materna,

mortalidad infantil, enfermedades infectocontagiosas y acceso a servicios básicos de salud.

Además, el contexto del conflicto armado en Colombia ha profundizado las brechas de salud en los territorios indígenas. Las comunidades han sido objeto de desplazamientos forzados, confinamientos, pérdidas territoriales, violencias indirectas y directas e interrupciones de las dinámicas comunitarias. Estudios señalan que ese impacto trae consigo cargas significativas sobre la salud mental, con alta prevalencia de trastornos postraumáticos en poblaciones vulnerables, como lo afirma Andrade & Jiménez (2023),

> Las consecuencias, a nivel individual y comunitario, conllevan secuelas destructivas sobre el tejido étnico y cultural de estos grupos y los sumerge en un estado de desubicación que los conduce a la inserción abrupta en entornos urbanos y de miseria que les son completamente ajenos y están marcados por la ruptura de sus pautas culturales, así como por situaciones de hambre, problemas de salud, entre otros.

Es por eso que el SISPI se concibe como un sistema integral que une dos formas de entender y cuidar la vida: la ancestral, que se basa en el equilibrio con la naturaleza, el territorio y los espíritus, y la institucional, que aporta herramientas técnicas, científicas y de gestión. Su propósito no es reemplazar una por otra, sino permitir el encuentro y el diálogo entre ambas, de manera que las comunidades indígenas puedan ejercer plenamente su derecho a una salud digna, culturalmente pertinente y espiritualmente armoniosa.

En este marco, el componente de Sabiduría Ancestral ocupa un lugar esencial. Es el corazón espiritual del modelo, porque desde allí se transmiten los

conocimientos, valores y prácticas que han guiado durante siglos la curación y la armonización de los pueblos. La sabiduría de los jaibanás, parteras, yerbateros y sabedores refleja una comprensión profunda de la vida y de la salud como un estado de equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio. En este componente, sanar no significa solo eliminar el dolor o la enfermedad, sino restablecer la armonía con la Madre Tierra y con las fuerzas que habitan el mundo espiritual.

El componente Político–Organizativo, por su parte, da forma al ejercicio del autogobierno en salud. A través de él, las comunidades definen cómo se toman las decisiones, quienes ejercen la autoridad, cómo se articulan con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cómo se preserva la autonomía en la gestión de los procesos. Este componente es el reflejo de una gobernanza viva y participativa, construida colectivamente por autoridades, sabedores, mujeres, jóvenes y mayores. Su propósito es garantizar que las decisiones sobre la salud de los pueblos indígenas nazcan desde los territorios y respondan a sus propias realidades, respetando las estructuras de autoridad y los valores culturales que las sustentan.

El componente de Administración y Gestión fortalece la capacidad de los pueblos indígenas para administrar sus propios recursos, planear sus acciones y garantizar la sostenibilidad del modelo. A través de la creación del Fondo de Administración del SISPI, las comunidades adquieren herramientas para manejar sus recursos con transparencia, control social y pertinencia cultural. No se trata solo de manejar fondos, sino de hacerlo desde los principios de reciprocidad y equilibrio que rigen la vida comunitaria. De este modo, la gestión se convierte también en un

acto de autonomía y dignidad.

El componente de Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento busca garantizar que los saberes no se pierdan, sino que se transmitan y se fortalezcan. Este proceso integra la enseñanza ancestral con los conocimientos técnicos y científicos, formando promotores, parteras, sabedores y jóvenes que asuman el compromiso de cuidar la vida desde su identidad y su cultura. En territorios como Chocó, marcados por el conflicto armado y la pérdida de referentes culturales, este componente se convierte en una herramienta de reconstrucción del tejido comunitario y de resistencia cultural. Aprender sobre salud propia es también aprender a sanar la memoria colectiva y a reconectar con las raíces.

El componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural, permite comprender las realidades, los desafíos y las fortalezas de cada pueblo. A través del diálogo con las comunidades, se identifican las prácticas de sanación, los determinantes sociales de la salud y las barreras que enfrentan para acceder a los servicios. Este ejercicio combina la información técnica con la palabra viva de las comunidades, logrando un diagnóstico integral que no solo mide indicadores, sino que escucha voces, reconoce experiencias y da sentido a los datos desde lo humano y lo espiritual.

Cada uno de estos cinco componentes forma parte de una estructura integral que busca hacer del SISPI un sistema vivo, enraizado en los territorios y guiado por los valores de la interculturalidad, la espiritualidad y la reciprocidad. Más allá de su dimensión técnica, este modelo propone una nueva forma de entender la salud: como un proceso que vincula el cuerpo, el territorio, la comunidad y la memoria.

Es así como este documento técnico recoge el trabajo construido entre la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor y el Ministerio de Salud y Protección Social, fruto de los acuerdos y del esfuerzo conjunto para dar inicio a la contextualización de un modelo de salud indígena propio e intercultural. Su elaboración se sustenta en herramientas técnicas y metodológicas diseñadas para fortalecer la comunicación con las comunidades, desde enfoques de género, diferencial y de derechos. También incorpora estrategias lúdicas y pedagógicas utilizadas durante las jornadas presenciales en los territorios priorizados, orientadas a consolidar modelos de salud más cercanos, respetuosos y coherentes con las realidades locales.

Más que un registro técnico, este documento representa una apuesta política, cultural y espiritual por validar la palabra de las parteras, los médicos tradicionales y las autoridades espirituales. Es un testimonio del conocimiento vivo de los pueblos, de su resistencia frente al olvido y de su capacidad de reinventar la vida desde la memoria.

Justificación

La construcción del Modelo de Salud Indígena del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI para los territorios del Chocó nace de una necesidad histórica profundamente demostrada por la experiencia de los pueblos y por la evidencia institucional y comunitaria. Los indicadores de mortalidad materna e infantil, la persistencia de enfermedades prevenibles, la desnutrición crónica en niñas y niños, el impacto emocional del conflicto armado, el confinamiento forzado y la pérdida progresiva del conocimiento ancestral muestran con claridad que existe un problema real, urgente y estructural que debe ser atendido. Esta situación no es un hallazgo reciente: los sabedores, las autoridades tradicionales, las parteras y los líderes espirituales llevan décadas advirtiendo que la desarmonía del territorio y el debilitamiento cultural están afectando gravemente la salud integral de sus comunidades. Por ello, intervenir no es solo importante: es imprescindible para evitar que continúen profundizándose estas afectaciones que comprometen la vida, la memoria y la continuidad cultural de los pueblos.

Para las comunidades indígenas, la salud no es únicamente la ausencia de enfermedad, es equilibrio en la relación espiritual con los ancestros, armonía con los ríos, los bosques y la Madre Tierra. Cuando este equilibrio se quiebra, bien sea por la violencia, por el abandono institucional, por la pérdida de prácticas ceremoniales o por el deterioro ambiental, lo que se afecta no es solo el cuerpo: se perjudica el espíritu, el territorio y el tejido comunitario. Por ello, el SISPI no propone una intervención superficial ni una copia del modelo occidental, sino un proceso profundo de restauración de la armonía que integra prácticas ancestrales, saberes espirituales y servicios de salud formal en una misma visión. Esto responde a la

necesidad de que la solución sea realmente efectiva y transformadora, pues la experiencia ha demostrado que las respuestas exclusivamente biomédicas resultan insuficientes ante realidades culturales, espirituales y territoriales profundamente complejas.

Las comunidades, desde su palabra y su experiencia, han expresado que este modelo sí resolverá los principales vacíos en la atención, siempre que se reconozca a los sabedores y médicos tradicionales como actores centrales del cuidado. Al fortalecer sus roles y articularlos con las instituciones, el SISPI permitirá rutas de atención más cercanas, respetuosas y coherentes con la cosmovisión indígena. Esto beneficiará a toda la población: las familias recibirán acompañamiento espiritual y preventivo; las mujeres gestantes contarán con una partería fortalecida y con instituciones adaptadas al enfoque intercultural; los jóvenes tendrán oportunidades de formación propia sin necesidad de migrar y las autoridades contarán con herramientas reales para ejercer la gobernanza autónoma de la salud. Para el Estado, los beneficios se traducirán en mayor cobertura efectiva, reducción de barreras geográficas y culturales, mejor respuesta en salud pública y fortalecimiento de la relación con los pueblos indígenas.

Destinar esfuerzos a este proyecto es fundamental porque la salud indígena es un patrimonio vivo que se expresa en la lengua, en las ceremonias, en el uso medicinal de las plantas, en los cantos, y en las prácticas espirituales que mantienen el equilibrio del territorio. Su debilitamiento no solo vulnera derechos: amenaza la existencia misma de los pueblos. La pérdida del conocimiento ancestral no puede revertirse fácilmente, cuando desaparece un médico ancestral sin posibilidad de transmisión, se pierde una parte irrepetible de la memoria del mundo.

Por esta razón, el SISPI es también una acción de salvaguarda cultural y espiritual, en cumplimiento de compromisos normativos como el Convenio 2157 de 2025, las obligaciones del SGSSS y los principios constitucionales de participación, autonomía y gobierno propio.

Este proyecto aporta soluciones concretas porque parte de la voz directa de las comunidades y de un proceso de participación real, que incluye el consentimiento previo, libre e informado. Las estrategias propuestas, entre las que se encuentran fortalecer la transmisión intergeneracional, revitalizar la lengua, crear escuelas propias, reconocer a los sabedores, adaptar la atención primaria, mejorar los sistemas de referencia y complementariedad, y garantizar la participación comunitaria, son adecuadas porque nacen del análisis comunitario y no de interpretaciones externas. El modelo recoge los itinerarios de sanación, los ciclos de vida, los rituales de armonización y los roles tradicionales para integrarlos con la estructura institucional de salud. Es decir, propone rutas claras basadas en la complementariedad entre sistemas, reconociendo que ambos pueden caminar juntos sin imponerse uno sobre otro.

No intervenir significaría permitir que continúe un deterioro silencioso pero devastador: aumento de la mortalidad evitable, debilitamiento de la partería y de la medicina tradicional, desaparición de plantas sagradas, pérdida de ceremonias y prácticas espirituales, ruptura del tejido comunitario, profundización de la desconfianza institucional, crisis psicosocial creciente, migración forzada de jóvenes y un progresivo vaciamiento cultural. También implicaría un mayor desgaste para el sistema de salud, que tendría que responder a emergencias cada vez más graves y costosas, sin entender las causas profundas del desequilibrio.

En su dimensión simbólica, este modelo reconoce que la salud indígena es un tejido vivo que une a las personas con el territorio, con la Madre Tierra, con los espíritus protectores, con las montañas, los ríos, las semillas y la memoria de los ancestros. Cada pueblo tiene una Ley de Origen que orienta su caminar y define cómo debe cuidarse para permanecer en equilibrio. El SISPI, al fortalecer la medicina ancestral y promover un diálogo respetuoso con la medicina occidental, se convierte en un instrumento de pervivencia, un acto de protección del territorio y un camino para asegurar que los pueblos sigan existiendo con dignidad.

Marco Teórico

La sabiduría ancestral es el corazón espiritual y operativo de los sistemas de salud de los pueblos indígenas. En Chocó, los conocimientos transmitidos por mayores, sabedores, parteras y autoridades tradicionales se entienden como la base de la prevención, la armonización y la curación, así como del equilibrio entre cuerpo, comunidad y territorio. Esta perspectiva coincide con la posición de la OMS sobre la medicina tradicional,

> Como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (Cruz et al., 2022).

Mientras que la UNESCO, destaca el valor de la medicina tradicional como un patrimonio cultural inmaterial afirmando que,

> El patrimonio cultural no se limita a monumentos y colecciones de objetos, sino que comprende también tradiciones o expresiones vivas heredadas de nuestros antepasados y transmitidas a nuestros descendientes, como tradiciones orales, artes del espectáculo, usos sociales, rituales, actos festivos, conocimientos y prácticas relativos a la naturaleza y el universo, y saberes y técnicas vinculados a la artesanía tradicional.

> Eyzaguirre (2016) expresa que desde 1978 la OMS viene impulsando la promoción, integración y articulación de la medicina tradicional en las políticas oficiales de salud, sobre todo a nivel de la atención primaria y en países considerados subdesarrollados de África, Asia y América. En este último continente los avances son desiguales y las limitaciones son muchas.

Estas definiciones respaldan la comprensión de la sabiduría indígena como un sistema vivo que articula dimensiones espirituales, territoriales y sociales en la construcción de salud.

En esta misma línea, Aguilar & Peña (2020), sostienen que la importancia de la medicina tradicional radica en su representatividad, "los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias indígenas de diferentes culturas, explicables o no, utilizadas en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales".

También Aguilar & Peña (2020) mencionan que,

> Mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, claro está, para combatir enfermedades propias de sus comunidades y no para las traídas desde Europa, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

Igualmente, existe un conjunto de normas que orientan y garantizan el derecho a la salud de los pueblos indígenas, tanto desde sus sistemas propios como desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Entre ellas destaca la Resolución 1841 de 2013, que obliga al Estado a incorporar el enfoque

étnico en el SGSSS y el Decreto 1973 de 2013, mediante el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas. Esta instancia tiene como función central “orientar, formular y contribuir a la construcción e implementación de las políticas públicas de salud de los pueblos indígenas, con la participación de la comunidad y sus autoridades en las diferentes instancias de decisión y estructuras organizativas autónomas, en el marco de la construcción del SISPI”.

Asimismo, la Constitución Política de Colombia de 1991, en sus artículos 7, 8, 49, 70 y 330, establece la protección de la diversidad étnica y cultural, así como el derecho de los pueblos indígenas a regirse por sus normas, usos y costumbres. Este principio de autonomía y autogobierno constituye el fundamento jurídico y político del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incorporado al ordenamiento colombiano mediante la Ley 21 de 1991, fortalece este marco al exigir que los Estados garanticen la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación, implementación y evaluación de los programas que les conciernen, asegurando el respeto por sus instituciones, valores y sistemas propios de organización.

Por su parte, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) reconoce el derecho de estos pueblos a preservar y fortalecer sus instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, así como a participar plena y libremente, cuando así lo decidan, en la vida política, económica y social del Estado.

En el ámbito nacional, el Decreto 1953 de 2014 establece el régimen especial

para la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas, mientras que el Decreto 0480 de 2025 reglamenta la política pública del SISPI, definiendo sus lineamientos técnicos, administrativos y operativos para una implementación progresiva y concertada.

Estos instrumentos jurídicos reafirman que la salud indígena es un derecho colectivo, cultural y territorial, estrechamente ligado a la espiritualidad y al equilibrio comunitario. Asimismo, reconocen que los pueblos indígenas tienen el derecho a definir, organizar y gestionar sus propios sistemas de salud en articulación y coordinación con el Estado.

La Realidad De La Salud En Los Territorios Indígenas

El papel de la medicina ancestral adquiere mayor relevancia al considerar que, según el Perfil de Salud de la Población Indígena del Ministerio de Salud (2016), los pueblos indígenas presentan profundas desigualdades en indicadores como salud materna, mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades infectocontagiosas y acceso a servicios de salud básicos.

A esto se suma que el conflicto armado en Colombia ha intensificado las brechas de salud en los territorios indígenas, generando desplazamientos forzados, confinamientos, pérdida de territorios, diversas formas de violencia e interrupciones en las dinámicas comunitarias. Investigaciones recientes advierten que estas afectaciones se traducen en importantes cargas sobre la salud mental, con alta prevalencia de síntomas y trastornos postraumáticos en poblaciones altamente vulnerables, como lo señalan Andrade y Jiménez (2023),

> Las consecuencias, a nivel individual y comunitario, conllevan secuelas destructivas sobre el tejido étnico y cultural de estos grupos y los sumerge en

un estado de desubicación que los conduce a la inserción abrupta en entornos urbanos y de miseria que les son completamente ajenos y están marcados por la ruptura de sus pautas culturales, así como por situaciones de hambre, problemas de salud, entre otros.

Esta realidad también es señalada por un informe técnico del Instituto Nacional de Salud (INS, 2017), el cual evidencia que el conflicto armado tiene efectos directos sobre la salud, mostrando que el hostigamiento permanente y las restricciones al acceso a los servicios en zonas afectadas generan incrementos en la morbilidad y mortalidad que, en condiciones normales, serían evitables.

A su vez, un informe de la Organización Panamericana de la Salud PAHO (2009), asegura que,

Las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud de los pueblos indígenas. El sesgo hacia la medicina e intervención occidental puede ser ofensivo o inapropiado para los profesionales de la medicina tradicional. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, y la comunicación deficiente entre los prestadores y los clientes en todos los niveles comprometen el acceso a una atención de calidad. Es más, los indígenas son a menudo discriminados en los centros de salud por el personal no indígena y tanto el temor como la desconfianza causados por las actitudes y los comportamientos de los trabajadores sanitarios impiden que estos busquen la atención de salud que necesitan.

En este contexto, el Chocó se consolidan como territorios donde los

problemas de salud de los pueblos indígenas adquieren una gravedad particular, situación que también se refleja en las estadísticas nacionales de mortalidad materna. De acuerdo con el Informe Epidemiológico Nacional del Instituto Nacional de Salud INS (octubre –diciembre de 2023), entre 2018 y 2022 la razón de mortalidad materna en población indígena alcanzó 125,1 por cada 100.000 nacidos vivos, cifra que es 3,3 veces mayor que la registrada en la población no indígena (38,1 por 100.000). El reporte también señala que departamentos como La Guajira, Chocó figuran entre los que más muertes maternas notificaron durante ese período.

Asimismo, otro informe del INS (2021) evidencia desigualdades profundas en mortalidad infantil: entre 2016 y 2018, las defunciones de niños y niñas indígenas menores de cinco años representaron el 9,1 % del total nacional (2.414 casos), predominando muertes por enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales y complicaciones del período perinatal.

En el Chocó, estas brechas persisten y se expresan en altos índices de mortalidad maternoinfantil, asociados a barreras geográficas, baja infraestructura, precariedad en la oferta de servicios y limitaciones en la cobertura institucional. A ello se suman la alta prevalencia de desnutrición infantil, enfermedades como malaria, tuberculosis y parasitosis, y afectaciones psicosociales derivadas del conflicto armado y la minería ilegal.

Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI

El Decreto 1953 de 2014, en su artículo 74, expresa que el SISPI.

Es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho

Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

Asimismo, que,

El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el presente decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten.

Este Sistema entiende la salud como un proceso vivo que se nutre del territorio, de las plantas, del agua, de la espiritualidad y de la vida en comunidad. Para los pueblos indígenas, estar bien no se reduce al cuerpo, por el contrario, es sentir que todo está en equilibrio, que la relación con lo sagrado, con las personas y con la naturaleza fluye en armonía.

La Resolución 050 de 2021 recuerda que reconocer la diversidad étnica es aceptar que cada pueblo tiene su propia manera de comprender y cuidar la salud y la enfermedad. Esa forma particular de ver el mundo nace de su cosmovisión, de su cosmogonía y de su Ley de Origen, que orientan no solo sus prácticas de cuidado, sino también su forma de caminar la vida y de habitar el territorio.

Bajo este paradigma, la medicina ancestral constituye el núcleo del modelo de salud indígena como lo enuncia el Decreto 0480 de 2025 en el artículo 6, literal e, “es la ciencia ancestral y el conjunto de conocimientos y prácticas milenarios de los pueblos indígenas para la protección, el buen vivir y cuidado de la salud y la vida de

la persona, la familia, la comunidad y el territorio", y orienta un diálogo respetuoso con la parte intercultural. No obstante, como señalan Hernández et al. (2021), la implementación efectiva de la interculturalidad en salud, no solo "requiere de un personal sensibilizado y capacitado en este modelo de atención, sino que además se necesitan otros elementos como programas de atención y servicios de salud basados en los requerimientos específicos de cada comunidad".

Esta complementariedad, prevista en el Decreto Ley 0480 de 2025, reconoce la legitimidad de los sistemas médicos indígenas y su autoridad espiritual para guiar procesos de cuidado, armonización y atención como lo menciona el artículo 6, literal h,

> Las autoridades tradicionales en salud o como lo denomine cada pueblo, son quienes sostienen los principios organizadores de los pueblos indígenas y armonizan las relaciones con el entorno y el territorio, orientan los destinos de sus comunidades y actúan como mediadores entre la madre naturaleza y los individuos de la comunidad; orientan los procesos de salud indígena propia, guiando, aconsejando, promoviendo, legitimando, liderando, gestionando y fortaleciendo los procesos de salud basados en los conocimientos medicinales ancestrales.

Garzón et al. (2025) aclara que,

> Como resultado de la implementación del SISPI, se busca que los territorios indígenas asuman la competencia de prestar servicios de salud en forma directa, a través de sus estructuras propias, en complementariedad y de acuerdo con las regulaciones del SGSSS y sus formas propias del cuidado, así como la planificación y administración del sistema en su territorio. Para

esto, se deben desarrollar cinco componentes: (a) sabiduría ancestral (fortalecer las prácticas culturales de cada pueblo); (b) políticoorganizativo (orientar la implementación integral del sistema); (c) formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud (fomentar la formación integral de los actores); (d) cuidado de salud propia e intercultural (fortalecer la implementación de las formas del cuidado integral de la salud) y (e) administración y gestión (fortalecer los procesos de planeación, operación, y control del SISPI).

Teniendo en cuenta lo anterior, este diagnóstico cobra un sentido especialmente profundo en los territorios donde la medicina ancestral no solo cura, sino que mantiene vivas la cultura, la identidad y la autonomía de los pueblos indígenas. Los saberes tradicionales en salud son un legado que respira en cada comunidad, un conocimiento transmitido de generación en generación que ha permitido cuidar la vida incluso en los lugares más apartados. En muchas de estas comunidades, estas prácticas se convierten en la principal y veces la única forma de atención disponible, sobre todo cuando los servicios médicos occidentales no llegan o lo hacen de manera intermitente.

Es por eso que el eje orientador del SISPI se fundamenta en la visión del buen vivir, entendida como la armonía entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio. En el Chocó, los sabedores resaltan la importancia vital de los ríos y los efectos de la crisis ambiental en la salud y la vida cotidiana.

Cabe destacar que la lengua originaria se convierte en un puente vivo que sostiene y transmite la medicina tradicional, pues en sus palabras y símbolos habita gran parte del conocimiento ancestral. Por ello, revitalizarla y fortalecer el diálogo

entre generaciones es clave para mantener vivo este saber. Los diálogos territoriales muestran que el fortalecimiento lingüístico, los aprendizajes entre mayores y jóvenes, la lectura espiritual del territorio y el cuidado de la vida son pilares para las comunidades. Sin embargo, estos sistemas también enfrentan riesgos profundos, como la pérdida de sabedores sin relevo, el debilitamiento espiritual y el desarraigo cultural provocado por la violencia y el extractivismo.

Todo esto hace aún más urgente acompañar la formación de nuevos sabedores, proteger el territorio y mantener vivas las prácticas ancestrales, garantizando que este legado siga guiando la vida y la salud de los pueblos indígenas.

Así, el SISPI se consolida como un sistema vivo, capaz de garantizar autonomía, dignidad y pervivencia cultural a los pueblos indígenas del Chocó, proyectando un legado de salud integral e intercultural para las generaciones presentes y futuras.

Marco Normativo Y Jurisprudencial

Decreto 1416 de 1990: Por el cual se dictan normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.

Decreto 1811 de 1990: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas.

Ley 10 de 1990: Establece la reorganización del Sistema Nacional de Salud y fortalece la participación comunitaria en la prestación de servicios. Es un antecedente histórico para la participación indígena en salud y para el reconocimiento de modalidades propias de organización comunitaria.

Ley 21 de 1991: Por medio de la cual se aprueba el convenio de la OIT 169. Destacando los artículos 24 y 25.

Constitución Política de Colombia de 1991: La carta magna reconoce para los pueblos indígenas derechos en los siguientes artículos: 7, 13, 48, 49, 70 y 366.

Resolución 5078 de 1992: Por la cual se adoptan normas técnico administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas.

Sentencia T380 de 1993: La Sentencia T380 de 1993 de la Corte Constitucional de

Colombia reconoce a las comunidades indígenas como sujetos de derechos fundamentales, especialmente el derecho a la subsistencia derivado del derecho a la vida.

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1876 de 1994: Regula transitoriamente la organización de EPS indígenas y prestadores comunitarios. Es un antecedente directo del reconocimiento posterior de EPSI y de la formalización de instituciones indígenas en salud.

Ley 115 de 1994: El Capítulo 3 reconoce el derecho de los grupos étnicos a una educación propia, pertinente cultural y lingüísticamente, basada en sus saberes, lenguas, tradiciones y formas de vida, y establece la etnoeducación como el modelo para garantizar su identidad, autonomía y pervivencia cultural dentro del sistema educativo colombiano.

Ley 152 de 1994: Ley Orgánica del Plan de Desarrollo que define los principios y procedimientos para la planeación nacional y territorial. Obliga a que los planes incluyan participación social y étnica. Fundamenta la inclusión del SISPI en los Planes Territoriales de Salud, PDD, PDSP y PIC.

Sentencia T254 de 1994: Establece que las comunidades indígenas son sujetos colectivos con gobierno propio, pero sus decisiones internas deben convivir con los derechos fundamentales, ya que incluso a pesar de su autonomía deben respetar la Constitución y la Ley. Además, reconoce que las autoridades indígenas pueden ejercer jurisdicción interna, pero no pueden imponer sanciones como el destierro o la confiscación si afectan valores constitucionales.

Decreto 804 de 1995: El Decreto 804 de 1995 reglamenta la prestación del servicio educativo para los pueblos indígenas en Colombia. Establece que la educación debe ser propia, bilingüe e intercultural, orientada por la cosmovisión, organización social, saberes ancestrales y proyectos de vida de cada pueblo. Define lineamientos para la etnoeducación, la participación de autoridades indígenas, la formación de docentes propios, el uso de la lengua materna y la articulación entre el sistema educativo indígena y el sistema oficial.

Ley 387 de 1997: Atención a población desplazada que establece medidas de protección integral para víctimas, incluyendo pueblos indígenas. Es clave para el SISPI cuando se atienden comunidades desplazadas o afectadas por conflicto armado.

Ley 389 de 1997: Regula el Sistema General de Participaciones (SGP) y la asignación de recursos para sectores como salud y educación. Es clave porque las entidades territoriales deben destinar parte de estos recursos para salud pública y acciones con enfoque diferencial, incluyendo planes indígenas.

Sentencia SU 039 de 1997: La Sentencia SU039 de 1997 protegió los derechos fundamentales del pueblo U'wa frente a proyectos petroleros sin consulta previa. La Corte Constitucional afirmó que cualquier intervención en territorio indígena requiere participación efectiva y consentimiento informado. Reconoció la consulta previa como un derecho fundamental ligado a la autonomía, identidad cultural y pervivencia de los pueblos indígenas.

Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos

Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Ley 715 de 2001: Define competencias y recursos del SGP para la salud, educación y otros sectores. En salud, determina funciones de departamentos y municipios en salud pública, vigilancia, APS y rutas de atención, lo que obliga a incorporar el SISPI en la gestión territorial.

Decreto 825 de 2003: Reglamenta acciones en salud pública, con principios de promoción, prevención y determinantes sociales. Es un antecedente para modelos integrales y para la articulación entre estrategias comunitarias y el sistema oficial.

Ley 850 de 2003: Veedurías Ciudadanas, Regula los mecanismos de vigilancia ciudadana sobre la gestión pública. Permite que las autoridades indígenas creen veedurías propias para vigilar la ejecución de recursos del SISPI y garantizar transparencia en la operación del modelo.

Decreto 2716 de 2004: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001.

Acuerdo número 0326 de 2005: Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas. Destacando los artículos 7 y 8.

Decreto 4972 de 2007: Por el cual se reglamentan las instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas.

Sentencia T760 de 2008: Ordenó reformas profundas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y reconoció el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, no dependiente del derecho a la vida.

Sentencia T973 de 2009: Reconoce el derecho fundamental de las comunidades indígenas a gobernarse por sus propias autoridades y normas propias, sin la

injerencia indebida del Estado. También reafirma que estas comunidades son sujetos colectivos protegidos por la Constitución y por instrumentos internacionales como el Convenio 169, y establece límites al poder estatal para respetar su autonomía cultural y política.

Ley 1381 de 2010: Establece normas para el reconocimiento, protección y desarrollo de los derechos lingüísticos de los grupos étnicos con lenguas nativas propias. Sus puntos claves incluyen la obligatoriedad de la enseñanza de lenguas nativas en las escuelas de las comunidades, el derecho de sus hablantes a usar su lengua en servicios de salud (con intérpretes gratuitos) y la creación del Consejo Nacional Asesor de Lenguas Nativas para apoyar al Ministerio de Cultura en políticas de salvaguarda. También declara el 21 de febrero como Día Nacional de las Lenguas Nativas y promueve su difusión en medios de comunicación.

Ley 1437 de 2011: Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (CPACA) que define las reglas de los procedimientos administrativos del Estado, consulta previa de actos generales y recursos. Es obligatoria para todos los actos administrativos que sustenten la implementación del SISPI por entidades públicas y autoridades indígenas.

Ley 1438 de 2011: Reforma el sistema de salud colombiano y fortalece la Atención Primaria en Salud. Prioriza la prevención, la promoción y el acceso oportuno y de calidad. Busca integrar redes de atención y mejorar la gestión del riesgo en salud.

Resolución 3317 de 2012: En su parágrafo 4 del artículo 14 establece que, conforme al Convenio 169 de la OIT, los municipios deben asegurar la

participación permanente de autoridades tradicionales indígenas, consejos comunitarios afro y otras autoridades culturales en los Comités Municipales o Locales de Discapacidad.

Resolución 1841 de 2013: Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 20122021, con objetivos obligatorios para mejorar la salud pública en Colombia y obliga a que toda actuación del Estado, en su conjunto, incorpore el enfoque diferencial étnico, sustentado en el respeto, la protección y la promoción de su diversidad.

Decreto 1973 de 2013: Reglamenta la planificación, seguimiento y evaluación de los programas de salud pública en Colombia, estableciendo responsabilidades para entidades territoriales y prestadores de servicios.

Decreto 1953 de 2014: En su Título VI, establece el marco normativo para la creación y gestión del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), reconociendo la autoridad de los territorios indígenas para asumir competencias en salud pública y garantizar la financiación de sus estructuras propias a través de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1957 de 2014: Medicinas Alternativas y Terapéuticas Complementarias. Regula terapias no convencionales y prácticas de sanación alternativas. Aunque no se refiere directamente a pueblos indígenas, es un soporte para reconocer medicina tradicional como modalidad válida dentro de sistemas propios.

Decreto 1082 de 2015: Decreto Único de Contratación, regula la contratación estatal, incluyendo contratos con comunidades indígenas. Es fundamental

para implementar el SISPI mediante acuerdos de coordinación, convenios interadministrativos y contratación de servicios propios de salud.

Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015: En su artículo 6, literal l, Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global; m) Protección a los pueblos indígenas. Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI); n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras. Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

Resolución 518 de 2015: En su artículo 11 establece que los departamentos y distritos deben formular, ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) a través de procesos de participación social, conforme al Plan Decenal de Salud Pública y otros planes locales y étnicos.

Decreto 780 de 2016: Unifica la reglamentación del sector salud en Colombia,

estableciendo estructura, funcionamiento, talento humano y redes integradas de atención.

Resolución 429 de 2016: Mediante la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Decreto 1848 de 2017: Establece lineamientos para la planeación, seguimiento y evaluación de los programas de salud pública a nivel territorial.

Documento CONPES 3883 de 2017: Define acciones estratégicas en salud pública y determinantes sociales. Fortalece la obligación estatal de ajustar la salud pública al enfoque étnico y territorial.

Sentencia T357 de 2017: Determinó que la acción de tutela puede usarse excepcionalmente para proteger derechos fundamentales cuando hay una conexión directa con un derecho colectivo, siempre que la acción popular no sea suficiente. Además, en este caso específico, exigió al Estado fortalecer la capacidad institucional en salud en el departamento del Vaupés con enfoque diferencial para garantizar el acceso real y culturalmente adecuado a servicios de salud para sus comunidades indígenas.

Sentencia T302 de 2017: Declaró un estado de cosas inconstitucional por la grave crisis humanitaria que afecta a los niños y niñas Wayúu en La Guajira, especialmente por desnutrición y falta de agua potable. Ordenó al Estado adoptar medidas urgentes, coordinadas y con enfoque étnico para garantizar sus derechos a la salud, alimentación, agua y participación comunitaria.

Circular 011 de 2018: Establece directrices para promover la construcción e implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) a nivel territorial, en articulación con el Sistema General de Seguridad Social

en Salud.

Documento CONPES 3918 de 2018: Política para Pueblos Indígenas Es la política de Estado más robusta en materia étnica. Reconoce la autonomía indígena en salud, educación y gobierno. Exige al Estado diseñar sistemas propios como el SISPI conforme al Convenio 169 de la OIT.

Resolución 3280 de 2018: Adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y las RIAS. Determina la articulación obligatoria entre modelos interculturales y el sistema general.

Sentencia SU123 de 2018: Unifica la jurisprudencia sobre el derecho fundamental al agua, ordenando a las autoridades garantizar su acceso continuo, suficiente y de calidad. La Corte recalca la obligación de proteger especialmente a comunidades vulnerables y exige adoptar medidas estructurales cuando exista afectación grave y persistente.

Resolución 1545 de 2019: Establece estándares mínimos del PIC para territorios con condiciones especiales, incluidos territorios indígenas y rurales dispersos.

Resolución 2626 de 2019: Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial – Maite.

Resolución 229 de 2020: Actualiza lineamientos del PIC, reforzando la participación de comunidades étnicas y la articulación con planes propios de salud.

Resolución 050 de 2021: Modifica la Resolución 1841 de 2013 para adoptar el "Capítulo Indígena" como parte integral del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 20122021.

Resolución 1025 de 2022: Establece los lineamientos para la gestión, ejecución y seguimiento del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en los territorios. Incluye la participación de entidades territoriales, prestadores y comunidades, promoviendo enfoques diferenciales, incluyendo el étnico y territorial.

Resolución 1035 de 2022: Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 20222031 con capítulos diferenciales para pueblos indígenas, afrocolombianos, raizales, palenqueros y el pueblo Rrom. En su metodología de formulación, la resolución establece un proceso de "construcción conjunta" con estas comunidades, reconociendo sus cosmovisiones propias y acordando estrategias interculturales para abordar la salud integral desde su contexto sociocultural.

Resolución 2775 de 2022: Establece los lineamientos para la gestión, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) a nivel nacional, departamental y municipal. Promueve la participación social y la inclusión de enfoques diferenciales, incluyendo el étnico y territorial, en la planificación y ejecución de acciones de salud pública**.**

Sentencia T128 de 2022: Reconoce a las parteras tradicionales como parte del "talento humano en salud" y señala que su saber ancestral debe integrarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 295 de 2023: Modifica varios artículos de la Resolución 518 de 2015 y establece, entre otras cosas: en su artículo 11, que los departamentos y distritos deben formular, ejecutar, monitorear y evaluar el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con participación social, incluyendo consulta y concertación con pueblos indígenas y otros grupos étnicos (pueblos

indígenas, NARP, ROM). Introduce la “transectorialidad” como principio para articular acciones institucionales, sociales y privadas que respondan a los determinantes sociales de salud con enfoque étnico.

Resolución 2367 de 2023: Modifica los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022, así como varios capítulos del anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, incluyendo el Capítulo 8. En ese capítulo, se establece claramente la “salud propia e intercultural con los pueblos y comunidades” y se define la planeación estratégica en salud desde la autonomía y gobernabilidad de los pueblos indígenas.

Resolución 100 de 2024: Dicta disposiciones para la “Planeación Integral para la Salud”, deroga la Resolución 1536 de 2015 y, en su artículo 8, exige que las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) garanticen la participación activa de los pueblos indígenas, así como otros grupos étnicos, en el proceso de planeación y que sus aportes sean incluidos en el Plan Territorial de Salud según lo concertado con estas comunidades.

Resolución 1964 de 2024: Adopta lineamientos para implementar un enfoque étnico diferencial en salud dirigido a comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, tanto en zonas urbanas como rurales. Establece principios de interculturalidad y complementariedad, y define responsabilidades progresivas para entidades territoriales, EPS y prestadores en concertación con estas comunidades.

Decreto Ley 0480 de 2025: Establece formalmente el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como política de Estado para los pueblos indígenas de Colombia. Reconoce la autonomía y libre determinación de los

pueblos indígenas para gestionar su salud según sus cosmovisiones propias. Establece mecanismos de administración, gestión, organización y financiación construidos desde las comunidades indígenas mismas. Define principios como la complementariedad entre el SISPI y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero con prioridad cultural y gobierno propio.

Decreto 481 de 2025: Reconoce oficialmente el Sistema Educativo Indígena Propio (SEIP) como política pública de Estado, garantizando que los pueblos indígenas puedan autogestionar su educación según su lengua, cultura, saberes ancestrales y autoridades propias, fortaleciendo su autonomía y su identidad colectiva.

Decreto 0858 de 2025: Establece el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo, con énfasis en atención primaria, prevención y territorialización. Incluye en su artículo 2, un enfoque diferencial y señala que su implementación debe ser progresiva, con especial atención a los territorios con menor capacidad resolutiva. Entre los pilares del modelo están la gobernanza, la gobernabilidad y la territorialización, lo cual puede dar espacio para reconocer dinámicas comunitarias y locales.

Resolución 1597 de 2025: Establece lineamientos para la Gestión Territorial Integral de Salud Pública y el PIC, incorporando la participación activa de pueblos indígenas en la planeación y ejecución de acciones. Reconoce enfoques diferenciales étnicos, asegurando que sus saberes y necesidades sean considerados dentro del marco del SGSSS, aunque sin otorgarles autonomía plena como el SISPI.

Sentencia T082 de 2025: Protege el derecho de una menor indígena a recibir medicina tradicional para su salud mental, reconociendo la autoridad de los saberes ancestrales. Además, la Corte afirma que obligar a una niña a recibir únicamente tratamiento occidental, sin tener en cuenta su identidad étnica, constituye discriminación cultural.

Sentencia T420 de 2025: Ampara los derechos fundamentales a la vida, la salud, el agua potable y la alimentación de niñas y niños indígenas, al constatar fallas estructurales en la atención institucional. Ordena medidas urgentes y estructurales al Estado para diagnosticar y corregir esas brechas en coordinación con las comunidades indígenas.

Objetivo General

Construir, junto con los pueblos indígenas del Chocó, un Modelo de Salud Propia e Intercultural que reconozca y fortalezca sus saberes ancestrales, sus prácticas espirituales y su relación profunda con el territorio, articulándolos de manera respetuosa con el sistema de salud institucional, para garantizar un cuidado integral que proteja la vida, la armonía y el bienestar físico, emocional y espiritual de las comunidades.

Objetivos Específicos

- Reconocer y revitalizar los saberes y las prácticas de salud de los pueblos indígenas del Chocó, escuchando la palabra de los sabedores y comprendiendo, junto a las comunidades, las problemáticas que hoy afectan su bienestar físico, espiritual, territorial y sociocultural.
- Construir de manera conjunta un Modelo de Salud Propia e Intercultural que recoja la voz, la memoria y las necesidades de los pueblos, integrando sus formas de armonizar la vida con las herramientas del sistema de salud institucional para promover el equilibrio, la protección del territorio y el buen vivir.
- Fortalecer las capacidades de los agentes comunitarios en salud a través de una estrategia educomunicativa que impulse la transmisión del conocimiento, el arraigo territorial y la sostenibilidad del modelo en cada comunidad.
- Diseñar, de manera participativa, las rutas de atención, prevención, armonización espiritual y articulación intercultural que integren los sistemas de salud indígena y occidental, garantizando coherencia con la Ley de Origen, los roles tradicionales y las necesidades actuales de las

comunidades.

- Establecer los lineamientos operativos, administrativos, formativos y de gobernanza necesarios para implementar y evaluar el Modelo de Salud Propia e Intercultural, asegurando su sostenibilidad, su enfoque diferencial y su adopción por parte de las autoridades indígenas e institucionales.

Alcance

Pueblos indígenas de los departamentos de Chocó, filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia Gobierno Mayor.

Antecedentes

Los pueblos indígenas de Colombia representan una de las mayores riquezas vivas del país. Sus conocimientos, prácticas y expresiones culturales, fruto de una relación profunda con la naturaleza, constituyen un patrimonio espiritual y cultural invaluable. En sus territorios habita la historia viva de la nación, sostenida por la memoria de los mayores y por su papel como guardianes de importantes ecosistemas. Su sabiduría protege la vida a través de saberes ancestrales sobre el cuidado del cuerpo, la mente y el espíritu.

La medicina ancestral o medicina tradicional ha sido una herramienta fundamental para su supervivencia. Frente a la limitada cobertura estatal, en muchas comunidades constituye la única forma de atención disponible. Este sistema de cuidado trasciende la visión biomédica: no se centra únicamente en el cuerpo enfermo, sino en el desequilibrio espiritual, emocional y territorial. Para los pueblos indígenas, sanar significa restaurar la armonía entre la persona y su entorno.

Sin embargo, reconocer a los pueblos indígenas implica también reconocer una historia de despojo, violencia y exclusión. Desde la colonización hasta hoy, han enfrentado pérdida de territorios, desplazamientos, discriminación, pobreza, amenazas de grupos armados y asesinatos de sabedores y autoridades tradicionales. La disputa sobre sus territorios (ricos en biodiversidad y recursos naturales), los sitúa entre las poblaciones más vulnerables del país.

A pesar de ello, su historia es también de resistencia. Con constancia han reivindicado su cultura, su autonomía y sus derechos. La Constitución de 1991 marcó un hito al reconocer la diversidad étnica de la nación y ordenar la protección de sus riquezas culturales y naturales, incluyendo el derecho a la salud desde sus

propias concepciones. Más adelante, normas como la Resolución 1841 de 2013 y el Decreto 1973 de 2013 fortalecieron este reconocimiento, incorporando el enfoque étnico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud e instalando la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación para avanzar en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

Estos avances son fruto del trabajo organizativo de los pueblos indígenas, quienes desde sus espacios de autonomía han desarrollado propuestas, mandatos y rutas propias. Ejemplo de ello son el Pronunciamiento Final de la Asamblea Nacional de Salud Indígena y el Primer Congreso Nacional de Salud Indígena (CRIC, 2010), donde se consolidó la decisión de construir un sistema de salud acorde con su Ley de Origen y Derecho Mayor.

En este marco, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor y otras organizaciones nacionales que integran la Mesa Permanente de Concertación han asumido el compromiso de avanzar en la consolidación del SISPI y en el fortalecimiento de los modelos de salud propia e intercultural. Los pueblos con los que inicia este proceso enfrentan situaciones críticas que ponen en riesgo su supervivencia física y cultural. Es urgente garantizar el respeto por sus derechos humanos, la autonomía territorial y las condiciones necesarias para la práctica de la medicina ancestral. También es indispensable asegurar que reciban atención en salud digna y de calidad, como cualquier persona en el país, sin que sus identidades culturales y espirituales sean ignoradas.

En territorios como Chocó, donde las comunidades que caminan con Gobierno Mayor conviven con la presencia de actores armados y disputas territoriales, la salud se ve afectada no solo en su dimensión física, sino también

emocional y espiritual. En el caso de quienes han sido desplazados, la ruptura con el territorio agrava las vulneraciones y limita el acceso a condiciones de vida digna.

Aquellos que hoy viven en contextos urbanos enfrentan retos adicionales: pobreza, discriminación, violencia y pérdida acelerada de prácticas culturales, lengua y tejido comunitario. Estas condiciones debilitan su derecho a vivir según su identidad y a mantener viva su pertenencia cultural.

Aunque algunos pueblos han logrado fortalecer sus formas tradicionales de cuidado e incluso crear instituciones propias, muchas comunidades aún no cuentan con los medios para consolidar sus modelos de salud. Siguen esperando el cumplimiento pleno de sus derechos, especialmente el derecho a la salud.

Frente a ello, se vuelve urgente impulsar acciones que permitan avanzar hacia modelos de salud acordes con sus realidades y necesidades. Es necesario garantizar una atención digna, oportuna y pertinente, que reconozca sus saberes y sus formas de sanar, y que incorpore un enfoque diferencial que respete su comprensión de la vida, del cuerpo y del territorio. Solo así será posible caminar hacia un sistema de salud verdaderamente intercultural, justo y respetuoso de la diversidad de los pueblos indígenas.

Tabla 1.

Componentes del SISPI

Componente	***Qué Aporta A Administración Y Gestión***	***Cómo Se Retroalimenta Desde La Gestión***
Sabiduría ancestral	Costos de ritualidad, perfiles de sabedores, eventos comunitarios	Financia casas de sabiduría, reconoce honorarios, organiza encuentros
Político – organizativo	Mandatos, estructuras, decisiones comunitarias	Apoya la planeación territorial, conforma comités y consejos

Cuidado de la salud	Rutas de atención, necesidades de infraestructura	Gestiona ambulancias, casas de paso, talento humano
Formación y capacitación	Escuelas, procesos de transmisión, perfiles comunitarios	Fortalece procesos pedagógicos, genera contenidos y materiales

Nota: Elaboración propia

Antecedentes generales del proceso

El proceso de construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI) de los pueblos indígenas filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor se desarrolla en el marco de la implementación gradual del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Este sistema fue establecido mediante el Decreto 1953 de 2014, con el propósito de garantizar la preservación de la vida, la cultura, el conocimiento ancestral y las prácticas de sanación de los pueblos indígenas en Colombia.

La formulación de los MSPI territoriales se rige por la Guía Metodológica del SISPI aprobada en 2019, la cual define tres fases principales para la estructuración y puesta en marcha del sistema:

- Fase I: Contexto general del pueblo indígena
- Fase II: Construcción de contenidos y plan de acción
- Fase III: Concertación, articulación e implementación

El proceso de diseño del modelo se encuentra en la transición de la Fase I (actualización y consolidación) a la Fase II (construcción de contenidos). La finalización del proceso de diseño (culminación de la Fase III) implica la puesta en funcionamiento y articulación del SISPI.

Fase I 2022

Durante la vigencia 2022 se ejecutó el Convenio No. 079–2022 entre la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) y el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el cual se avanzó en la formulación del MSPI para los pueblos del Chocó.

Resultados de la Fase I. El convenio permitió desarrollar:

- Procesos de diagnóstico participativo, análisis comunitario y recolección de información sociocultural, territorial y sanitaria.
- La identificación de actores clave, la caracterización de sistemas de salud tradicional, la identificación de problemáticas estructurales y la recuperación de prácticas ancestrales.
- Los insumos recopilados para Chocó evidenciaron problemáticas estructurales persistentes, como alto riesgo epidemiológico (Malaria, Tuberculosis, enfermedades digestivas) en Chocó, y alta prevalencia de enfermedades digestivas y precariedad crítica del saneamiento básico, afectando especialmente a la niñez indígena.
- Se confirmó la dependencia de las comunidades a sus sistemas propios de salud debido a la debilidad institucional (baja capacidad operativa, escasez de talento humano e infraestructura insuficiente).

Problemáticas Identificadas.

Chocó: Alto riesgo epidemiológico por Malaria, Tuberculosis y enfermedades digestivas, barreras geográficas severas y debilidad institucional.

Productos Generados.

Los insumos consolidados corresponden a una parte de la Fase I:

- Caracterización sociocultural
- Análisis de la situación de salud (propio e institucional)
- Identificación preliminar de los sistemas médicos ancestrales

Fase 2 – 2025

El proceso de diseño y construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI) para los pueblos indígenas filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor, desarrollado en el marco del Convenio No. MSPS21572025, representa mucho más que un requisito institucional: es la continuación de un camino colectivo que busca honrar la palabra, el mandato y la visión de los mayores y de los territorios.

Este esfuerzo se conecta directamente con el cumplimiento del acuerdo IT250 del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2022–2026, reafirmando el compromiso del Estado y de los pueblos por avanzar hacia un sistema de salud respetuoso de su identidad y de su autonomía.

Siguiendo los lineamientos de la Guía Metodológica del SISPI, el proceso se ha desarrollado en tres grandes momentos: **Alistamiento, Ejecución y Sistematización y Cierre**, cada etapa se ha convertido en un espacio de aprendizaje, de intercambio y de fortalecimiento espiritual y organizativo con los pueblos indígenas del Chocó, reafirmando que la salud indígena nace y se sostiene en el territorio, en la memoria colectiva y en la relación viva con la naturaleza.

Las tres fases anteriormente mencionadas orientan la implementación del convenio y permiten traducir sus objetivos en acciones concretas, legitimadas por las autoridades indígenas y articuladas con los equipos técnicos propios e interculturales.

Etapa de alistamiento. La ejecución del Convenio No. MSPS21572025 se inició con la *Fase de alistamiento*, con duración de un mes y sentó las bases organizativas y políticas del proceso. Comprendió la contratación del talento humano, la creación de una mesa técnica conceptual que profundizará al equipo en los fundamentos del SISPI y una reunión preparatoria con autoridades indígenas para validar el enfoque metodológico y recoger lineamientos territoriales. Paralelamente, se elaboran los documentos de planeación (Plan Operativo, Plan Metodológico y Plan de Inversión) que orientarían las siguientes etapas.

Imagen 1.

Reuniones fase Alistamiento



Fuente: Gobierno Mayor

Resultados. El resultado principal de la Fase de Alistamiento es el

cumplimiento de los requerimientos para el primer desembolso y la puesta en marcha de la estructura del convenio, materializado en el Producto 1.

- Selección y Contratación del Talento Humano: Se realizó la convocatoria, selección y contratación de un equipo de 29 personas para el talento humano propio e intercultural y 7 perfiles operativos, sumando 36 contratistas desde el 1 de agosto hasta el 30 de diciembre de 2025.
- Elaboración de la Planeación Estratégica: Se realizaron jornadas de trabajo con el equipo técnico para la construcción y consolidación de la planeación operativa, técnica y financiera.

Tabla 2.

Actividades clave.

Actividad	Descripción metodológica
Contratación del Talento Humano	Recepción de hojas de vida, verificación jurídica y contratación del equipo nacional y territorial (propio e intercultural), con perfiles pertinentes técnica y culturalmente.
Mesa Técnica Conceptual	Formación interna sobre SISPI, marco normativo, jurisprudencia y lineamientos metodológicos.
Reunión Preparatoria con Autoridades Indígenas	Espacio de concertación para validar el enfoque metodológico, recibir mandatos y orientar el proceso según lineamientos territoriales.
Elaboración de Documentos de Planeación	Formulación del Plan Operativo, Plan Metodológico y Plan de Inversión que orientarán toda la ejecución.

Nota: Elaboración propia.

Productos Generados (Producto 1):

- Un (1) Plan Operativo y Cronograma de trabajo.
- Un (1) Plan Metodológico para la ejecución del proyecto, detallando objetivos, actividades, metodología, responsables y cronograma.
- Un (1) Plan de Inversión, que describe detalladamente la distribución y ejecución de los recursos.

- Una (1) Base de Datos con la totalidad del talento humano contratado, contratos y sus respectivos soportes.

Etapa de ejecución. Durante esta fase que se desarrolló del segundo al quinto mes de ejecución del convenio, el trabajo vuelve a las comunidades, donde se escucha, se conversa y se recuperan los saberes que dan vida al MSPI. Cada paso se construye con la palabra de los mayores, la experiencia de las familias y la guía espiritual de los pueblos.

Esta fase incluye:

Imagen 2.

Encuentro de Sabedores en Bogotá



Espacio de diálogo intercultural para recoger los conocimientos, prácticas y sistemas de salud propia gestionados por los médicos tradicionales.

Imagen 3.

Jornadas de Sistematización (Chocó)



Actividades en territorio para recopilar, analizar y consolidar el conocimiento comunitario, e igualmente realizar la actualización y validación de los insumos de la Fase I generados en 2022 sobre la caracterización sociocultural y la situación de salud.

Imagen 4.

Mesas Técnicas Nacionales



Reuniones internas del equipo operativo para procesar la información recolectada en campo y articular los insumos para el desarrollo de la Fase II de los componentes del SISPI.

Imagen 5.

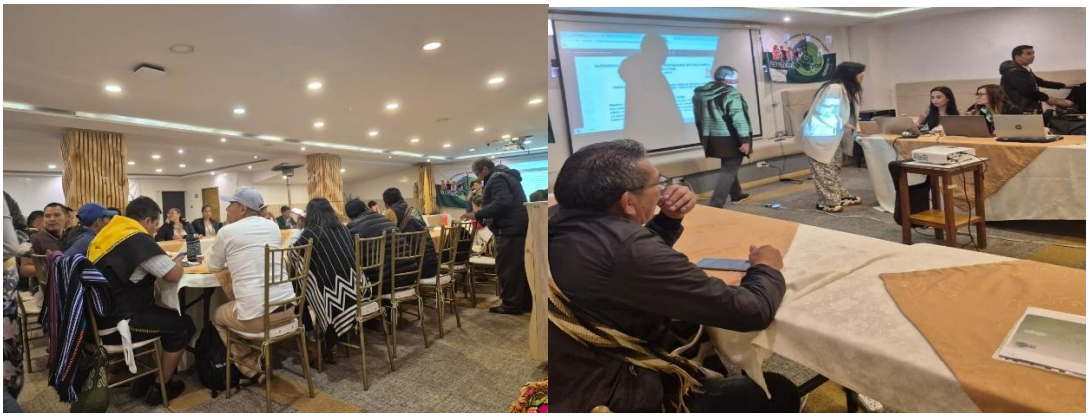
Encuentros de Retroalimentación y Ajuste (Chocó)



Jornadas clave para la validación territorial de los avances de los productos construidos con las autoridades indígenas, garantizando su pertinencia cultural y legitimidad política.

Imagen 6.

Reunión Nacional de Articulación



Espacio para intercambiar experiencias y armonizar saberes con otros procesos nacionales para enriquecer la Fase II del modelo.

Imagen 7.

Reunión de cierre y socialización





Al cierre de la fase, el proceso alcanza un avance del 45%, requisito necesario para acceder al segundo desembolso y continuar fortaleciendo el modelo desde y para los territorios.

Productos Generados (Producto 2, 3, 4, 5, 6)

Producto	Componente SISPI
Producto 2	Documento técnico sobre **Cuidado de Salud Propia e Intercultural** (formas de atención, cuidado, prevención y sanación).
Producto 3	Documento técnico sobre **Sabiduría Ancestral** (saberes médicos ancestrales y espirituales, prácticas de sanación).
Producto 4	Documento técnico sobre el componente **Político Organizativo** (estructuras de gobierno propio en salud, roles y articulación con el SGSSS).
Producto 5	**Diagnóstico de Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento** (ruta de fortalecimiento de capacidades técnicas y espirituales).
Producto 6	**Propuesta de Administración y Gestión** (lineamientos para la gestión territorial, esquemas organizativos y mecanismos de financiación).

Nota: Elaboración propia.

Desafíos y Limitaciones

Los principales desafíos y limitaciones para avanzar en la construcción y consolidación de modelos de salud indígena propia e intercultural están estrechamente vinculados con las barreras de acceso, la inseguridad cultural y el

limitado reconocimiento de los saberes ancestrales. Estas dificultades se expresan en condiciones geográficas adversas, restricciones económicas y debilidades político institucionales que afectan de manera directa la garantía efectiva del derecho a la salud de los pueblos indígenas del Chocó.

Uno de los obstáculos más persistentes es la dispersión geográfica de las comunidades, la lejanía respecto a los centros urbanos y la ausencia de vías y medios de transporte adecuados. Estas condiciones, sumadas a la insuficiencia de recursos financieros, dificultan la prestación oportuna y continua de servicios de salud culturalmente pertinentes. En el ámbito políticoadministrativo, la débil implementación de las normativas interculturales, la ineficacia institucional y el subregistro de las necesidades reales de la población indígena limitan el avance hacia un modelo integral que responda a las realidades territoriales.

A ello se suma la ausencia de un trato verdaderamente humanizado e intercultural dentro de las estructuras del sistema de salud. Las comunidades indígenas enfrentan estigmatización, discriminación y prejuicios por parte de algunos prestadores, manifestados en cuestionamientos por acudir “tarde” a la atención, en críticas a su vestimenta, pintura corporal o prácticas culturales, y en actitudes que reflejan una profunda incomprensión territorial y cultural. La falta de intérpretes o mediadores de los propios pueblos impide una comunicación efectiva entre pacientes y personal de salud, dificultando la comprensión de diagnósticos, tratamientos y el uso adecuado de los medicamentos.

Asimismo, la exigencia de documentación sin orientación clara, el desconocimiento de las distancias reales entre comunidades y cabeceras municipales, la inexistencia de rutas de albergue y acompañamiento, y la

precariedad del transporte incluida la ausencia o inoperancia de ambulancias terrestres y fluviales profundizan la exclusión del sistema. Muchas personas, además, no cuentan con afiliación efectiva a una EPS o desconocen a qué entidad y municipio están adscritas, lo que genera desatención, abandono institucional y pérdida de confianza en el sistema de salud.

Otro desafío estructural es la inseguridad cultural y la insuficiente valoración de los saberes ancestrales. Las barreras lingüísticas, las diferencias en creencias, valores y prácticas terapéuticas, así como el racismo y la discriminación, generan desconfianza y hacen que los servicios institucionales no sean percibidos como seguros ni efectivos. La escasa integración del conocimiento indígena en la formación académica del talento humano en salud limita el reconocimiento de la medicina tradicional como un pilar fundamental del cuidado, la prevención y la sanación.

En la formulación e implementación de los modelos de salud indígena persisten, además, limitaciones organizativas y de gobernanza. La participación comunitaria en la toma de decisiones sigue siendo insuficiente, lo que reduce la pertinencia cultural y territorial de las acciones. La cobertura de los servicios continúa siendo desigual, dejando amplias zonas sin atención permanente, y la alta rotación del personal de salud especialmente de quienes cumplen servicio social obligatorio dificulta la construcción de vínculos, aprendizajes y procesos sostenidos con las comunidades. Finalmente, la resistencia al cambio, tanto desde algunos sectores institucionales como desde ciertos espacios comunitarios, representa un reto adicional para consolidar prácticas interculturales basadas en el respeto mutuo y el diálogo de saberes.

Superar estos desafíos exige reconocer las inequidades históricas, fortalecer las capacidades institucionales y garantizar un enfoque intercultural real que respete la autonomía cultural, espiritual y territorial de los pueblos indígenas, situando sus conocimientos y formas propias de cuidado en el centro de los modelos de salud.

Fases Del Proceso De Diseño

El proceso del diseño del modelo se desarrolló en dos fases:

Fase I – Contexto general del pueblo indígena

Esta fase permitió acercarse a los territorios para escuchar la voz de las comunidades y comprender, desde adentro, cómo los pueblos del Chocó viven, sienten y practican la salud. Gracias al Convenio No. 0792022 entre Gobierno Mayor y el Ministerio de Salud, fue posible caminar de la mano con autoridades tradicionales, sabedores, parteras y líderes locales.

Durante el año 2022 se llevó a cabo un proceso sistemático de recopilación de información orientado a comprender la situación real de salud, las dinámicas socioterritoriales y las capacidades comunitarias de los pueblos indígenas en los departamentos del Chocó, información que se actualizó y consolidó en el año 2025, constituyéndose en uno de los insumos esenciales para la caracterización sociocultural y para el análisis de la situación de salud, evidenciando brechas profundas como la mortalidad materna e infantil, la desnutrición, las barreras de

acceso y los impactos del conflicto armado y el extractivismo. Como resultado, se consolidó un informe técnico y las primeras líneas conceptuales para fortalecer los cinco componentes del SISPI, sentando las bases para avanzar hacia un modelo de salud realmente intercultural y pertinente para los territorios.

Caracterización sociocultural

Aspectos culturales.

Chocó. Constituye uno de los territorios con mayor diversidad étnica y cultural del país, allí convergen pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y poblaciones mestizas, configurando un tejido sociocultural complejo donde las prácticas de salud, la organización comunitaria y la relación con el territorio responden a sistemas de conocimiento ancestrales profundamente arraigados.

En el Chocó habitan dos pueblos indígenas: los Wounaan y los Emberá. Estos últimos se organizan en tres subgrupos: Emberá Dobidá, Emberá Chamí y Emberá Katío, cada uno con su propia historia, territorio y forma de comprender la vida. Para este proceso, el enfoque se centra en los pueblos Emberá, quienes son los que caminan con la organización indígena Gobierno Mayor.

La palabra Emberá quiere decir “gente”, pero para ellos es mucho más que un nombre: es una manera de recordar que la vida está unida al territorio. Para los Emberá Dobidá, ser “gente del río” significa nacer y crecer junto al agua que acompaña sus pasos, que alimenta, orienta y guarda las historias de sus mayores. Para los Emberá Katío y Chamí, ser “gente de la montaña” es vivir en los bosques y selvas, lugares sagrados donde habitan los espíritus protectores y donde se teje la fuerza de su cultura.

Hablar de los pueblos Emberá del Chocó es comprender que el territorio no

es únicamente un espacio físico, sino un ser vivo con el que se establece una relación espiritual y de reciprocidad. El territorio es memoria, medicina y escuela, cada árbol, cada corriente y cada espíritu del monte tiene un lugar en su cosmovisión.

Su vida está guiada por una profunda relación con el Jaibaná, son figuras centrales en el cuidado físico y espiritual, cuyos conocimientos han protegido a las familias desde tiempos antiguos. Ellos interpretan sueños, realizan rituales de armonización, protegen a la comunidad de enfermedades y desequilibrios, y mantienen el diálogo permanente con los espíritus que habitan el territorio.

Para los Emberá, el arte no es solo un adorno, sino una expresión cultural llena simbología, una forma de mantener viva la memoria:

- Los tatuajes temporales de jagua, representan protección, identidad y belleza.
- Las chaquiras, con sus colores y patrones cuentan historias y representan armonía espiritual.
- Los canastos de Werregue donde se guardan alimentos y recuerdos.
- La Paruma de las mujeres, que no se reduce a ser sola una tela, una falda o una prenda de vestir, sino un símbolo de identidad, memoria y belleza propia, sus vivos colores reflejan la selva, las aves y la fuerza espiritual del territorio.
- La música es inseparable de la danza, juntos narran historias, invocan espíritus y fortalecen la identidad del pueblo, son usadas de celebraciones, rituales y procesos de sanación.

Entre las danzas se destacan la de la fertilidad, el colibrí, jaguar, águila, sapo,

de la amada, garzas, pescado charre y para la inauguración de una vivienda nueva. En lo referente a instrumentos musicales se pueden mencionar la flauta de Carrizo, Bombom (tambor grande), tamborito y maracas.

Con respecto a las viviendas, los Emberá las levantan sobre pilotes de madera, como si flotaran sobre el suelo húmedo del monte. Desde abajo corre el aire fresco y la casa respira con el bosque, una elevación que también evita graves afectaciones de las inundaciones en las épocas de invierno. Adentro se observa un solo espacio y si existe alguna división es tan sutil que no atenta contra el objetivo del hogar, la vida comunitaria. Cabe destacar, que nunca toman del entorno más de lo necesario, porque saben que la naturaleza es madre y maestra.

La oralidad, es un patrimonio fundamental para este pueblo, ya que fortalece el tejido comunitario y permite preservar su visión del mundo. El Emberá Bedea (lengua Emberá) es el corazón vivo de su cultura. A través de la palabra se transmiten historias, mitos de origen, consejos, normas de convivencia y las enseñanzas de los mayores. Y es que, en cada casa de palma, en cada fogón encendido, se escucha la voz de los mayores, quienes enseñan que la vida es un equilibrio que nace del espíritu y se cuida con respeto por la naturaleza, por eso la salud se concibe como un equilibrio entre la persona, la comunidad, la naturaleza y los seres espirituales, un proceso integral, que no solo se enfoca en la recuperación física, sino también en la armonización espiritual y comunitaria.

Entre las prácticas de salud y cuidado se destacan:

- Uso medicinal de plantas: baños, infusiones, rituales y tratamientos preparados por sabedores.
- Partería tradicional: práctica femenina que vela por el nacimiento en

condiciones respetuosas con la madre, el niño y la espiritualidad.

- Rituales de armonización: guiados por jaibanás, para limpiar energías, prevenir enfermedades y restaurar equilibrios.

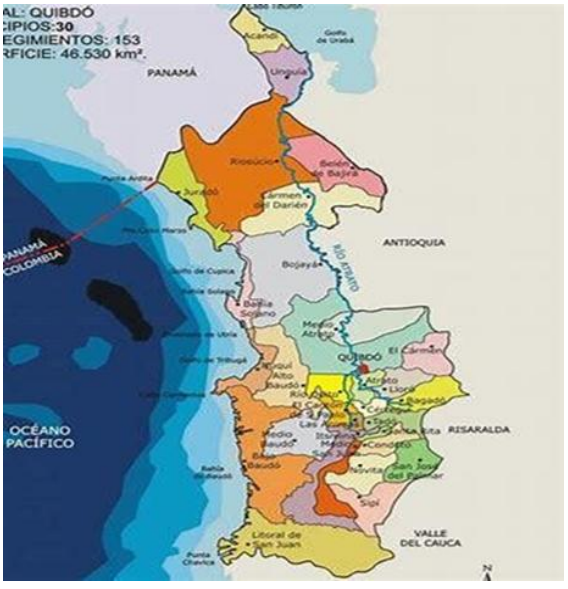
Aspectos territoriales.

Chocó. El departamento se encuentra ubicado en el noroeste de Colombia, en la región del Pacífico, limita con Panamá y el Mar Caribe al norte, con el Océano Pacífico al occidente, con el departamento del Valle del Cauca al sur y con Antioquia y Risaralda al este. Se destaca por su biodiversidad y complejidad geográfica. Consta de 31 municipios y 5 regiones.

En términos políticosadministrativos, el Chocó está dividido en 30 municipios, siendo Quibdó su capital. Este departamento, por su ubicación estratégica, posee una gran importancia cultural y ecológica, pues alberga una gran parte del territorio de los pueblos indígenas y afrodescendientes de Colombia, además de contar con una extensa zona selvática y de parques naturales.

Imagen 8.

Mapa político de Chocó



1. Atrato
2. San Juan
3. Baudó
4. Pacífico
5. Darién

Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia, departamento de Chocó.

Se destaca por ser uno de los territorios más biodiversos y ecológicamente ricos del país, tanto por su geografía como por su diversidad ambiental. Su territorio abarca una vasta extensión de selvas tropicales, ríos caudalosos, pantanos y zonas costeras, lo que lo convierte en un lugar único, con un clima y ecosistemas excepcionales. El clima de la región es predominantemente cálido y húmedo, con precipitaciones muy altas durante todo el año. Su geografía se compone de:

- Selvas Tropicales Húmedas: Es parte de la región biogeográfica del ChocóDarién, que se extiende desde Panamá hasta Colombia. Esta zona alberga uno de los bosques más biodiversos del planeta, con una inmensa cantidad de flora y fauna. En sus selvas, viven especies como el jaguar y más de 500 especies de aves, además de innumerables plantas medicinales que las comunidades indígenas utilizan para sus prácticas curativas tradicionales.
- Ríos y Sistemas Hídricos: Cuenta con una densa red de ríos y afluentes que descienden desde la cordillera Occidental y desembocan en el océano Pacífico. El río Atrato, que es uno de los más importantes, serpentea a lo largo del Chocó y es un eje vital para el transporte fluvial y la pesca en la región. La riqueza de sus recursos hídricos convierte a la región en un lugar con un alto potencial para la agricultura, pero también representa un desafío debido a la constante amenaza de inundaciones.
- Zonas Costeras y Manglares: En la región costera del Chocó, se encuentran vastas áreas de manglares, especialmente en el Golfo de

Urabá y la costa pacífica. Estos ecosistemas no solo son cruciales para la biodiversidad local, sino que también protegen las zonas costeras de la erosión y son vitales para la vida marina.

- Parques Naturales: Alberga parques nacionales de gran importancia ecológica, como el Parque Nacional Natural Utría y el Parque Nacional Natural Darién, los cuales contienen ecosistemas únicos que no solo son refugio de especies endémicas, sino también espacios fundamentales para la preservación de la cultura indígena, que viven en armonía con su entorno natural.

En el Chocó, la movilidad se caracteriza principalmente por el transporte fluvial. Existen puntos centrales de acceso, como Quibdó y Puerto Meluk, a los cuales se puede llegar por vía terrestre, aunque con dificultades relacionadas con el estado de las carreteras (frecuentemente destapadas) y con situaciones como bloqueos o paros en las vías, sin embargo, desde estos puntos de conexión, el desplazamiento hacia las comunidades se realiza de forma fluvial, utilizando lanchas y motores como medios principales de transporte. Factores como la disponibilidad de combustible, las condiciones climáticas y las largas distancias entre las comunidades inciden directamente en la movilidad. Los tiempos de desplazamiento pueden variar entre tres horas y hasta cinco días, dependiendo del trayecto, el tipo de embarcación disponible y los recursos de las comunidades, que en algunos casos implican el uso de remo o recorridos a pie.

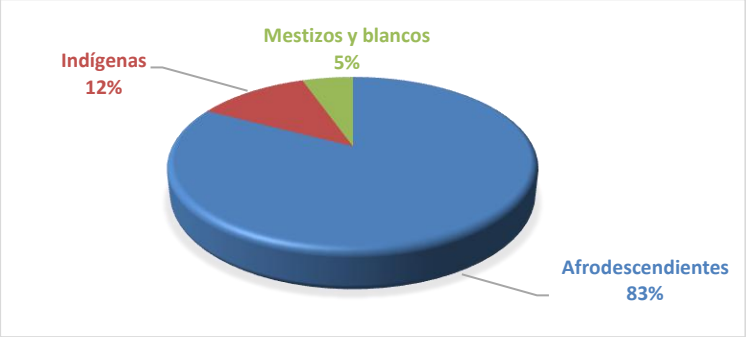
Aspectos demográficos y poblacionales.

Chocó. Tiene una densidad promedio por kilómetros cuadrados de 12.7 km^2, es decir, una de las menores densidades de Colombia. El Chocó es un territorio

pluriétnico y multicultural. Según el DANE en el censo del año 2018 la población ascendió a 555.138 habitantes, de los cuales, el 24 % se concentran en su capital Quibdó.

Gráfico 1.

Distribución de la población total de Chocó a 2023



Nota: Elaboración propia.

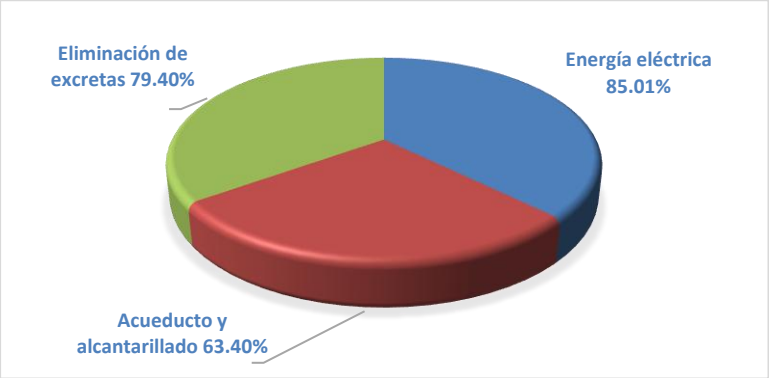
Principales Pueblos Indígenas Presentes En El Territorio Filiales A Gobierno Mayor.

- Emberá Dobidá
- Emberá Chamí
- Emberá Katío

Condiciones de vida y trabajo. En el Chocó la cobertura de servicios básicos esenciales muestra desigualdades en comparación con el promedio nacional:

Gráfico 2.

Cobertura de servicios básicos en Chocó



Nota: Elaboración propia

- El acceso a la energía eléctrica es del 85,01 % por debajo del promedio nacional que es del 96,8 %.
- La cobertura de acueducto y alcantarillado es de 63,4% superando el promedio nacional que es de 52,5 %. El 79,6 % de los hogares carecen de acceso al agua mejorada.
- El 79,4 % presenta inadecuada eliminación de excretas, lo que evidencia serias falencias en infraestructura sanitaria.

Chocó. El núcleo del sistema de salud propia en el Chocó está constituido por los sabedores y sabedoras ancestrales, especialmente los jaibanás, quienes cumplen un rol central como médicos espirituales, orientadores del equilibrio comunitario y guardianes del conocimiento ancestral. Su labor se articula con la de parteras tradicionales, hierbateros, curanderos y mayoras sabedoras, quienes desarrollan funciones específicas asociadas al ciclo vital, la atención del embarazo y el parto, el manejo de enfermedades propias y la armonización espiritual de personas, familias y comunidades.

El ejercicio de estos saberes no se realiza de manera individual ni aislada. Por el contrario, se encuentra regulado colectivamente a través del reconocimiento comunitario, procesos de formación espiritual y validación en asambleas y encuentros de sabedores. Esta forma de organización otorga legitimidad plena a

estas estructuras como autoridades funcionales del sistema de salud propia, reconocimiento que el SISPI asume no como un complemento cultural, sino como un componente estructural del modelo de salud.

De manera complementaria, las comunidades indígenas del Chocó cuentan con instituciones organizativas propias que cumplen funciones directas en la orientación, control y toma de decisiones en materia de salud. Las asambleas comunitarias y territoriales constituyen la máxima instancia de decisión, en las que se definen prioridades, se validan rutas propias de atención y se autorizan los procesos de articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los consejos y juntas de autoridades indígenas ejercen la dirección política del modelo de salud, garantizando que su implementación se mantenga alineada con los mandatos colectivos y los Planes de Vida.

Asimismo, los congresos, mingas de pensamiento y encuentros de sabedores han sido espacios estratégicos para la construcción colectiva de política propia en salud, de los cuales han surgido mandatos vinculantes que hoy orientan la implementación del SISPI en el departamento. A nivel operativo, los comités comunitarios de salud cumplen funciones de seguimiento, control sociocultural y acompañamiento a las familias, actuando como mecanismos de articulación territorial entre el cuidado propio y las acciones institucionales.

Estas estructuras son permanentes, activas y territorializadas, y constituyen la base real sobre la cual se implementa el SISPI en el Chocó.

Relación con EPSI, IPSI y red pública de servicios de salud. La relación entre las estructuras propias de salud y la red institucional del SGSSS en el Chocó ha estado históricamente marcada por dificultades de acceso físico, fragmentación

institucional, baja pertinencia cultural y escasa articulación con las autoridades indígenas. La caracterización realizada evidencia que la red pública y las EPSI e IPSI presentes en el territorio no han logrado responder de manera adecuada a las realidades socioculturales y territoriales de los pueblos indígenas, lo que ha generado barreras persistentes en la atención.

Frente a este escenario, el SISPI redefine de manera estructural la relación con el sistema institucional. En el Chocó, el modelo establece que las estructuras propias de salud orientan el proceso de cuidado, mientras que la red del SGSSS cumple un rol complementario. La articulación se concibe a partir de rutas interculturales construidas con participación comunitaria, en las que los procesos de referencia y contrarreferencia incorporan criterios culturales, validación espiritual y pertinencia territorial. Para el Ministerio de Salud, esto implica ajustes sustantivos en la forma de operar la red de servicios en territorios indígenas, reconociendo que la calidad en salud incluye dimensiones culturales, espirituales y comunitarias.

Articulación del SISPI con otros procesos propios e institucionales. El proceso de estructuración del SISPI en el Chocó se articula de manera orgánica con otros procesos propios e institucionales existentes en el territorio. Los Planes de Vida de los pueblos Emberá constituyen el marco estratégico que orienta el modelo de salud, integrando la salud con la educación, el ambiente, la espiritualidad y el gobierno propio. De igual forma, los planes de salvaguarda y los procesos de reparación colectiva, desarrollados en respuesta a las graves afectaciones derivadas del conflicto armado, encuentran en el SISPI una herramienta estructural para la garantía del derecho fundamental a la salud y la protección integral de los pueblos indígenas.

Esta articulación convierte al SISPI en una herramienta de gobernanza territorial y no únicamente en un modelo de atención en salud.

Estructura del equipo de diseño del SISPI. El diseño de los contenidos del SISPI en el Chocó ha sido liderado por una estructura organizativa intercultural conformada por autoridades tradicionales con capacidad decisoria, un equipo técnico con enfoque territorial y un equipo de sabedores y sabedoras ancestrales que actúan como instancia de validación cultural y espiritual. Esta configuración garantiza que el modelo responda a las realidades del territorio, cuente con legitimidad comunitaria y sea comprensible y operable para la institucionalidad estatal.

La caracterización del Chocó deja en evidencia que el SISPI no puede ser entendido como un programa piloto ni como una adecuación menor del sistema existente. Se trata de un sistema propio, con estructuras legítimas, que requiere reconocimiento jurídico efectivo, articulación respetuosa con el SGSSS y mecanismos de financiación acordes con su complejidad territorial, cultural y organizativa.

En Chocó, el SISPI se estructura sobre una base organizativa sólida, con autoridades tradicionales consolidadas, estructuras comunitarias permanentes y una fuerte centralidad de la dimensión espiritual del cuidado de la salud. La presencia histórica de los pueblos Emberá, su organización territorial ribereña y selvática, y las profundas afectaciones derivadas del conflicto armado han configurado un sistema de salud propia en el que la armonización espiritual, la protección del territorio y la reparación del tejido comunitario son elementos inseparables del cuidado de la salud. En este departamento, el SISPI opera como un sistema políticoorganizativo

que articula sabiduría ancestral, gobierno propio y procesos comunitarios de decisión, y frente al cual el Sistema General de Seguridad Social en Salud cumple un rol complementario. Para el Ministerio, esto implica reconocer que la implementación del SISPI en el Chocó requiere un alto nivel de interlocución política con las autoridades indígenas, el respeto por los mandatos comunitarios y la adaptación de los instrumentos institucionales a una lógica de gobernanza territorial indígena.

En el Chocó, el énfasis debe estar en el fortalecimiento de las estructuras políticoorganizativas existentes, la articulación respetuosa con la red institucional y la incorporación de criterios de calidad cultural en la prestación de servicios.

El éxito del SISPI no dependerá de la estandarización de procedimientos, sino de la capacidad institucional para dialogar con las estructuras propias, ajustar los instrumentos normativos y financieros, y acompañar de manera respetuosa y sostenida los procesos de salud construidos desde los pueblos indígenas.

En este sentido, el SISPI debe ser entendido no como una adaptación cultural del sistema existente, sino como un sistema propio, legítimo y diferenciado, cuya implementación en Chocó constituye una oportunidad para avanzar hacia un modelo de salud verdaderamente intercultural, territorial y garante de derechos, en coherencia con el Decreto Ley 0480 de 2025 y los mandatos comunitarios construidos en cada territorio.

Estructuras de gobierno propio para el cuidado de la salud.

Se reconocen y fortalecen las instituciones propias e interculturales de salud bajo la orientación política, técnica y administrativa de las Autoridades y Consejos.

Estas estructuras definen la rectoría del SISPI, toman decisiones en territorio y coordinan con el Ministerio de Salud y actores del SGSSS.

Tabla 4.

Roles, funciones y niveles de autoridad

Estructura/Actor	Rol principal	Funciones esenciales	Nivel de autoridad
Consejo/Autoridad de Gobierno Propio	Rectoría SISPI territorial	Orientar políticas; definir modelo de cuidado; aprobar planes/presupuestos; control político y sociocultural.	Máximo nivel
Institución Propia de Salud (IPSI/estructura)	Gestión y prestación propia	Equipos interculturales; APS propia; referencia/contrarreferencia; registro y reporte.	Técnicooperativo
Red de Sabedores y Sabedoras	Cuidado espiritual y terapéutico	Prevención, armonización y sanación; formación comunitaria.	Autoridad espiritual
Equipos Básicos de Salud Intercultural	Territorialización del cuidado	Atención primaria; visitas; articulación con IPS/SGSSS; vigilancia comunitaria.	Operativo

Nota: Elaboración propia

Organización territorial por departamento y pueblos.

Tabla 5.

Departamento del Chocó

Pueblo indígena	Estructura de gobierno en salud	Instancias de decisión	Ruta de articulación SGSSS
Emberá Dobidá	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Emberá Chamí	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Emberá Katío	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal

Nota: Elaboración propia.

Identificación de actores y acuerdos necesarios para la implementación.

El éxito del componente depende de la articulación entre los diversos actores institucionales y comunitarios. A continuación, se describen los principales niveles de participación:

- **Nivel comunitario**: sabedores, parteras, promotores de salud, capitanes, gobernadores, líderes jóvenes y consejos de mayores.
- **Nivel zonal o intercomunitario**: cabildos mayores, asociaciones de autoridades tradicionales y coordinaciones de salud propias.
- **Nivel regional**: organizaciones indígenas departamentales (como las del Chocó) y autoridades de salud locales.
- **Nivel nacional**: Ministerio de Salud y Protección Social, entidades territoriales, EPS indígenas o mixtas, y otras entidades del Estado con competencia en salud intercultural.

  Los acuerdos deben centrarse en tres líneas:

  1. **Coordinación interinstitucional**: establecer rutas de trabajo conjunto entre el SISPI y el SGSSS mediante mesas técnicas permanentes.
  2. **Asignación presupuestal directa**: definir mecanismos de financiación para el funcionamiento de las estructuras políticas y operativas.
  3. **Certificación y reconocimiento de capacidades locales**: fortalecer el talento humano propio mediante procesos de formación avalados conjuntamente por las autoridades indígenas y las instituciones del Estado.

Cada territorio debe construir un acuerdo político de coordinación donde se establezcan las competencias de las autoridades tradicionales, las obligaciones de las entidades estatales y los mecanismos de seguimiento y control comunitario.

Gobernanza detallada por pueblo, acuerdos y costos.

Chocó.

a. Estructura de gobierno en salud: cabildo/capitanía, consejo de sabios y sabias, comité de salud, IPS/estructura propia.
b. Roles y funciones: autoridad política (rectoría), consejo de sabios (orientación espiritual y ética), sabedores/parteras (cuidado), promotores y traductores (gestión de casos).
c. Toma de decisiones: asamblea comunitaria y minga de pensamiento, actas con mandatos y seguimiento.
d. Rutas de articulación con SGSSS: mesas técnicas con EPS/EPSI/IPS, protocolos de referencia y contrarreferencia con acompañamiento.
e. Necesidades priorizadas: transporte, casa ancestral de cuidado, jardín de plantas, formación, reconocimiento y pago a sabedores.
f. Acuerdos de implementación: acto político de ámbito, comité de salud, reglamento interno y mesa técnica permanente.

Tabla 6.

Costos estimados de fortalecimiento (plantilla)

Línea	Talento humano (anual)	Infraestructura/ Equipos	Operación/Logística	Total estimado
Rectoría y gobernanza	$$	$$	$$	$$$

Equipos básicos interculturales	$	$$	$$	$$$
Tasas de cuidado y sanación	$$	$$	$$	$$$
Formación y transmisión de saberes	$$	$$	$$	$$$
Formación y monitoreo	$$	$$	$$	$$$

Nota: Los valores se precisarán en la reglamentación del SISPI. Elaboración propia.

Tabla 7.

Metas e indicadores (12 meses)

Resultado	Indicador	Meta	Medio de verificación
Reglamento interno vigente	Reglamento aprobado	1 por pueblo	Acta y documento publicado
Comité de salud activo	Reuniones trimestrales	4 al año	Actas y planes
Casa de cuidado implementada	Porcentaje de adecuación	≥ 80%	Ficha técnica y fotos
Mesa técnica intercultural	Acuerdos firmados	≥ 3	Actas y convenios

Nota: Elaboración propia

Tabla 8.

Costos estimados de fortalecimiento (plantilla)

Línea	Talento humano (anual)	Infraestructura/ Equipos	Operación/Logística	Total estimado

Rectoría y gobernanza	$$	$$	$$	$$$
Equipos básicos interculturales	$	$$	$$	$$$
Tasas de cuidado y sanación	$$	$$	$$	$$$
Formación y transmisión de saberes	$$	$$	$$	$$$
Formación y monitoreo	$$	$$	$$	$$$

Nota: Los valores se precisarán en la reglamentación del SISPI. Elaboración propia.

Tabla 9.

Metas e indicadores (12 meses)

Resultado	Indicador	Meta	Medio de verificación
Reglamento interno vigente	Reglamento aprobado	1 por pueblo	Acta y documento publicado
Comité de salud activo	Reuniones trimestrales	4 al año	Actas y planes
Casa de cuidado implementada	Porcentaje de adecuación	≥ 80%	Ficha técnica y fotos
Mesa técnica intercultural	Acuerdos firmados	≥ 3	Actas y convenios

Nota: Elaboración propia

Coordinación SISPI–SGSSS, instrumentos jurídicos e indicadores.

arquitectura de coordinación SISPI–SGSSS.

Tres niveles: comunitario, departamental y nacional, con mesas técnicas interculturales, protocolos de referencia/contrarreferencia y acuerdos de reconocimiento y pago.

Tabla 10.

Instrumentos jurídicos y modelos de acuerdo

Instrumento	Objeto	Actores firmantes
Acuerdo marco de coordinación	Define objetivos, competencias, flujo de información y seguimiento.	Autoridades indígenas, EPS/EPSI/IPS, Secretarías, MSPS (según el caso)
Protocolo de referencia/contrarreferencia	Rutas, tiempos, responsables y acompañamiento del sabedor/traductor.	Autoridades indígenas, EPS/EPSI/IPS, Secretarías, MSPS (según el caso)
Convenio de reconocimiento y pago	Actividades propias/mixtas, soporte, tarifas y facturación intercultural.	Autoridades indígenas, EPS/EPSI/IPS, Secretarías, MSPS (según el caso)
Reglamento interno de salud	Roles, ética, protección de saberes y resolución de conflictos.	Autoridades indígenas, EPS/EPSI/IPS, Secretarías, MSPS (según el caso)

Nota: Elaboración propia

Tabla 11.

Marco de monitoreo y evaluación (M&E) con enfoque intercultural

Dimensión	Indicador	Fórmula/Fuente	Meta 12m		Frecuencia
Gobernanza	Actas de decisiones publicadas	N° actas / pueblo / trimestre	≥4		Trimestral
Interculturalidad	Atenciones propias/mixtas registradas	Registros comunitarios	progresiva	↑	Mensual
Acceso	Tiempos de traslado a IPS	Promedio horas por caso	20%	↓	Semestral
Financiamiento	Acuerdos de pago firmados	N° convenios vigentes	≥2/pueblo		Semestral

Nota: Elaboración propia

Desarrollo ampliado por pueblo

Chocó.

Diagnóstico situacional: síntesis de organización política, territorialidad, datos sociodemográficos relevantes, estado de las instancias de salud, perfiles de morbilidad reportados por la comunidad y redes de apoyo interinstitucional.

Tabla 12.

Estructura de gobierno en salud (detalle)

Instancia	Rol	Funciones específicas	Periodicidad	Evidencias
Autoridad de gobierno propio	Rectoría política	Definir orientaciones, expedir mandatos, avalar reglamentos	Trimestral	Actas, resoluciones internas
Consejo de Sabios y Sabias	Autoridad espiritual	Dictamen ritual, ética, validación del saber	Según calendario	Actas, certificaciones comunitarias
Comité de Salud Indígena	Coordinación	Plan operativo, seguimiento, alertas y derivaciones	Mensual	Planes, reportes
Red de Sabedores/Parteras	Prestación propia	Prevención, armonización, partos, acompañamiento	Continua	Bitácoras, consentimientos

Nota: Elaboración propia

Plan Operativo Anual (POA) del componente.

Tabla 13.

Costos detallados (estimación CAPEX/OPEX)

Línea	Detalle	Cantidad	Unidad	Valor unitario (COP)	Subtotal (COP)
Casas de cuidado	Adecuación y dotación esencial		Unidad		
Talento propio	Reconocimientos sabedores/parteras	2	Meses		
Transporte	Traslados fluviales/terrestres				

Formación	Escuela de partería/primeros auxilios	Cohortes
Información	Bitácoras e interoperabilidad	Sistema

Nota: Los valores se precisarán en la reglamentación del SISPI. Elaboración propia.

Tabla 14.

Indicadores e hipótesis de resultado

Resultado	Indicador	Línea base	Meta 12m	Fuente	Frecuencia
Gobernanza fortalecida	Comités funcionando	Parcial	100%	Actas	Trimestral
Atención propia articulada	N° atenciones propias/mixtas		- ↑ progresiva	Registros	Mensual
Accesibilidad	Tiempo promedio de traslado		- ↓ 20%	Bitácoras	Semestral

Nota: Elaboración propia

Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional

Para los pueblos indígenas de Colombia, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad ni se limita a lo que ocurre en el cuerpo. La salud es, ante todo, equilibrio: equilibrio con el territorio que da la vida, con los espíritus que habitan el mundo, con la comunidad y con uno mismo. Cuando uno de estos elementos se rompe, el bienestar se resiente. Por eso, hablar de salud indígena implica escuchar historias, reconocer memorias y comprender que el dolor físico, emocional y espiritual muchas veces tiene raíces profundas en la historia de despojo, violencia y exclusión que han vivido estos pueblos.

Desde el SISPI, la situación de salud de los pueblos indígenas no puede analizarse solo a partir de cifras, sino desde las realidades cotidianas que enfrentan las comunidades. En territorios como el Chocó, donde la vida transcurre entre ríos, selvas y sabanas, la distancia geográfica, el conflicto armado y la débil presencia

estatal han afectado de manera directa la posibilidad de cuidar la vida de forma digna y continua.

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas, especialmente en Chocó, muestra que no es posible mejorar los indicadores de salud sin sanar la relación con el territorio, fortalecer los saberes ancestrales y garantizar una presencia estatal respetuosa y constante. El cuidado propio e intercultural no busca reemplazar la medicina occidental, sino caminar junto a ella, reconociendo que la vida se cuida mejor cuando se escucha a quienes han habitado y protegido estos territorios durante siglos.

Avanzar en la implementación del SISPI significa reconocer que la salud indígena es memoria, espiritualidad, comunidad y territorio; y que protegerla es una responsabilidad colectiva que exige justicia, respeto y diálogo verdadero entre los saberes.

En el Chocó, la sabiduría ancestral es reconocida como el corazón espiritual del sistema de salud indígena. De ella nacen la prevención, la curación, la armonización y la protección de la vida. Los mayores enseñan que “la salud no se cura con medicina fría, sino con palabra caliente, canto, agua, planta y espíritu”, recordando que el equilibrio del ser humano depende también de su conexión con la naturaleza y con las fuerzas espirituales que la habitan.

Esta sabiduría, transmitida de generación en generación, constituye un patrimonio cultural vivo que conserva la memoria, la identidad y el modo propio de entender la vida. Según Carranza et al. (2021), citando a la UNESCO,

> El patrimonio cultural no se limita a monumentos y colecciones de objetos, sino que comprende también tradiciones o expresiones vivas heredadas de

nuestros antepasados y transmitidas a nuestros descendientes, como tradiciones orales, artes del espectáculo, usos sociales, rituales, actos festivos, conocimientos y prácticas relativos a la naturaleza y el universo, y saberes y técnicas vinculados a la artesanía tradicional.

En este mismo sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la medicina tradicional,

> Como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades (Cruz et al., 2022).

Tabla 15.

Enfoque territorial

Aspecto	Chocó
Cosmovisión	Medicina de la selva, ríos y montañas. Salud ligada al equilibrio entre humanidad y espíritus del agua, del monte y del aire.
Acompañamiento	Ejercicio espiritual del jaibaná, la partera y el mayor en los tambos o casas de sanación.
Riesgos identificados	Contaminación minera, asesinatos de sabedores, pérdida del equilibrio espiritual y de las plantas medicinales.
Necesidades	Crear casas de sanación, proteger médicos ancestrales, formar jóvenes aprendices, reglamentar la transmisión de saberes.

Nota: Elaboración propia

Caracterización del estado de salud desde lo propio.

¿Qué es salud? No se concibe como una dimensión exclusivamente biológica, sino como un equilibrio integral entre el cuerpo, el espíritu, la naturaleza y el territorio. Una

definición que confirman algunas de las autoridades asistentes a las jornadas desarrolladas durante el proceso de creación del modelo de salud indígena para Chocó:

- La salud no es solo ausencia de enfermedad, es equilibrio entre cuerpo, alma, territorio y comunidad. Sin respeto a la medicina ancestral y sin condiciones dignas de atención, no habrá buen vivir en los pueblos indígenas".
- "La salud no es solo ausencia de enfermedad, es equilibrio entre cuerpo, alma, territorio y comunidad. Sin respeto a la medicina ancestral y sin condiciones dignas de atención, no habrá buen vivir en los pueblos indígenas".
- "Se entiende que la salud es integral: cuerpo, espíritu, naturaleza y territorio forman un solo tejido".
- "Sin problemas con la comunidad".
- "Vivir sin enfermedad".
- "Alimentarse bien".
- "Tener un buen hogar".
- "No tener odio".
- "Tener libertad".
- "Salud reparadora, que reconozca el daño espiritual causado por la violencia y la contaminación".
- "La salud no es solo ausencia de enfermedad, sino la articulación de saberes y prácticas que permiten sostener la vida colectiva".
- "Así como un árbol mal atendido pierde fuerza y vitalidad, una comunidad

sin atención adecuada en salud se deteriora".

- “La atención en salud debe ser oportuna, territorial y adaptada a las condiciones reales de movilidad de cada pueblo indígena".
- “Mantener buena alimentación".
- “Respeto mutuo entre familiares, entre saberes y practicas ancestrales".
- “La salud es comprendida como tejido entre naturaleza, organización, alimentación y espiritualidad”.
- "La salud es estar bien físico y psicológico, con alimentación buena, ambiente sano, vivienda digna, y algo ancestral como rezanderos y médicos. Es armonía, equilibrio, alma sana, cuerpo sano".
- “La salud es un tejido amplio: cuerpo, territorio, sitios sagrados, tambos de los jaibanás, plantas medicinales y la vida misma. Sin el río Atrato limpio, no hay equilibrio”.
- “Tener salud es tener el río sano, aire puro y comida como yuca y plátano. Es el buen vivir que nos da la madre tierra, pero la guerra lo contamina”.
- “La salud es estar bien física y psicológicamente, con buena alimentación, ambiente sano, vivienda digna y la presencia de lo ancestral, como rezanderos y médicos tradicionales. Es armonía, equilibrio, alma sana y cuerpo sano”.
- “Tener el cuerpo y el pensamiento limpios”.
- “La salud es vivir con el corazón tranquilo y en comunidad”.
- “La espiritualidad es inseparable de la salud, los curanderos, parteras y sopladores actúan para restaurar el equilibrio entre las personas y los espíritus del agua, del sol y del viento”.

¿Qué Es El Buen Vivir? El Buen Vivir para los pueblos indígenas del Chocó es vivir tranquilos en su territorio, con el río limpio, la tierra fértil y la comunidad unida. Es poder sembrar y comer lo propio, escuchar el consejo de los mayores, cuidar a los niños y acompañar a los enfermos sin perder la espiritualidad ni la identidad. El Buen Vivir se siente cuando el cuerpo tiene fuerza, el corazón está en calma y el espíritu camina protegido.

- “No tener hambre, que no haya presencia de actores armados en sus territorios, vivir tranquilo, no tener perturbaciones”.
- “Que el gobierno invierta en solucionar los determinantes sociales (vías de acceso, agua potable, energía, fumigaciones recurrentes para evitar enfermedades como paludismo)”.
- “Mantener la armonía con la naturaleza, con la familia y con uno mismo”.
- “Tener espacios de diálogo, acompañamiento espiritual y fortalecimiento de la palabra de los mayores”.
- “Equilibrio entre cuerpo, alma y territorio”.
- “Estar sano sin enfermedad con salud”.
- “Sin problemas y en armonía”.
- “Tener una buena salud, tener servicios básicos esenciales, tener alimentación”.
- “Territorio sin grupos armados”.
- “Estar en paz”.
- “Que no haya cultivos ilícitos de coca”.
- “Tener todo”.
- “Es cuando tenemos hierbatero”.

- “Buena alimentación, buen medio ambiente, el territorio, la buena salud de los pueblos indígenas, sino hay buen territorio no hay salud, cuando hay felicidad y un buen pensamiento".
- “Que haya amistades, humildad, servicio, que no haya problemas, que haya trabajos comunitarios, la acogida en la comunidad, vivir sano, con la familia y el resto de habitantes, tener armonía, sentir la armonía y la cosmovisión de la biodiversidad".
- “El buen vivir se relaciona con la salud, equilibrio con naturaleza, entre familias".
- “Tener una casa ancestral o casa del pensamiento dentro de los resguardos indígenas”.
- “Tener un centro de concentración ancestral”.
- “Vivir bien significa cuidar el cuerpo, el pensamiento, el corazón y el espíritu, siempre pensando en la comunidad y no solo en uno mismo”.
- “Tener territorio es tenerlo todo: salud, buena alimentación, buen espacio, aire puro y gran biodiversidad. Sin él, no hay buen vivir”.
- “Todo lo que se requiere para salvar la vida de los miembros de la comunidad está en nuestros saberes, el buen vivir es cuando tenemos yerbatero”.
- Los sabedores Emberá y Wounaan coincidieron en que el buen vivir significa “vivir sin daño, sin mal pensamiento y en armonía con los espíritus del territorio”.
- “El buen vivir es andar en respeto, no mentir y compartir lo que se tiene”.

¿Qué es enfermedad? Las sabedoras y sabedores señalan que la enfermedad

no es solo física, sino también espiritual y territorial, las físicas son causadas por la mala alimentación, el agua contaminada, la falta de higiene y el desgaste del cuerpo. Mientras que las espirituales, aparecen cuando el alma, el cuerpo y el espíritu no están en equilibrio, cuando se rompen los vínculos con la naturaleza, con los ancestros o con la comunidad.

- “Cuando hay desarmonías”.
- “Desplazamiento forzoso y reclutamiento de menores”.
- “Cuando no hay entendimiento con los líderes”.
- “No comer bien”.
- “No estar tranquilo”.
- “Talación de árboles”.
- “Ríos contaminados en el territorio”.
- “Contaminación del agua por fumigaciones”.
- “Es fundamental que los profesionales occidentales reciban formación en interculturalidad, para que no discriminen ni deslegitimen a los sabedores”.
- “Desarmonías espirituales”.
- “Es el desequilibrio que no permite que la gente trabaje, cuando esta intervenido violentamente enferma en todas las esferas, físicas y mentales. Para nosotros no poder ser en nuestro territorio y el desequilibrio y desarmonización de la madre naturaleza".
- “Son las enfermedades comunes que se han presentado, y que los actores de salud siempre han estado orientando a la familia y comunidad, se presentan malaria, tuberculosis y lepra hay medicina tradicional para poder tratarlas".
- “Nosotros llamamos enfermedad a los desequilibrios espirituales y con la

naturaleza que hace que el cuerpo enferme".

- “También las personas sabias pueden hacer que las personas tengan enfermedad, maleficios espirituales".
- “Cuando hay una mala alimentación dentro de territorio".
- “La enfermedad es debilidad física en partes del cuerpo, falta de espiritualidad, reacción del cuerpo y espíritu mal, no hay territorio, malestar que impide actividades, un acto que debilita al humano hasta la muerte”.
- “La enfermedad es cuando el cuerpo reacciona mal por falta de espiritualidad o por territorio contaminado. Es un malestar que impide las actividades, como el susto causado por la minería, que puede llevar a la muerte si no se cura con rezos y baños”.
- “La enfermedad es debilidad física en partes del cuerpo, falta de espiritualidad, reacción del cuerpo y del espíritu, cuando no hay territorio, surge un malestar que impide las actividades, un acto que debilita al humano hasta la muerte”.
- “La enfermedad es un desequilibrio causado por acciones contrarias al derecho mayor, como peleas, faltas de respeto y rompimiento con la naturaleza”.
- “Cada río tiene su dueño espiritual, cada montaña tiene su guardián, y si se rompe ese equilibrio, llega la enfermedad”.
- “La enfermedad aparece cuando el pensamiento se daña, cuando hay tristeza o cuando alguien rompe las normas del territorio”.

¿Qué es la vida? Para los pueblos indígenas del Chocó, la vida es sentirse parte de un todo, donde cada persona, cada animal y cada planta tienen un lugar y

una función.

- “La vida se aprende desde pequeños, escuchando la palabra de los mayores, hablando la lengua propia y respetando el territorio como si fuera una familia”.
- “En el Chocó, la vida fluye con los ríos y la selva”.
- “La vida es venir a sembrar algo bueno en la comunidad y lo que le rodea, cumplir con un buen vivir”.
- “Para los Emberá, la placenta siempre se siembra para ese relacionamiento armónico con la madre tierra, para que cuando se muera ella lo acoja en su regreso a la cuna.
- “La vida también es cuidado diario: acompañar a las mujeres embarazadas, proteger a los niños, compartir los alimentos, sanar con plantas y palabras, y mantener la armonía entre las personas”.
- “Vivir es respetar lo que dejaron los ancestros y asegurar que quienes vienen después puedan seguir viviendo con dignidad, identidad y paz en su territorio”.
- "Cuando no hay cuidado, acompañamiento ni protección, la vida se debilita".
- “Vivir en armonía con la naturaleza y su entorno, la vida nos lleva a nacer, crecer, reproducir y morir”.
- “Vivir en armonía con la naturaleza, respeto a sitios sagrados en territorio".
- “La vida se ve de dos formas: el cuerpo, como una vasija frágil y el espíritu no, es más fuerte”.

- “La misma naturaleza le marca la vida a la persona, a través de la ombligada, cuando el niño nace trazando su misión, personalidad y características”

¿Qué es la muerte? Para los pueblos indígenas, la muerte no es un final ni una ruptura dolorosa, sino una parte natural del camino de la vida. Así como se nace y se crece, también se muere, y cada uno de estos momentos tiene un sentido profundo. Cuando una persona muere, no se apaga: se transforma. Su espíritu deja el mundo visible para encontrarse con la Madre Naturaleza y con los ancestros, iniciando un viaje hacia otra forma de existencia.

- “Se va para otro mundo, trasciende. El Jaibana le hace rituales y le indica que va a viajar que no se preocupe”.
- “La muerte se entiende como un descanso, se manejan los espíritus de los muertos como vivos”.
- “Es volver al vientre de la Madre Tierra, al origen, por eso se siembra”.
- “La muerte está muy relacionada con la Madre Tierra”.
- “Los Emberá lloran la pérdida del cuerpo, más no del espíritu porque creen que desde el otro lado sigue aportando y fortaleciendo a la comunidad.
- “La muerte es el retorno con los ancestros en otros espacios, estar en paz en otra vida”.
- “La muerte se entiende como una transformación espiritual”.
- “Cuando el cuerpo muere, el espíritu vuelve a los montes y a los ríos donde está el origen”.

Sabedores ancestrales. Para los pueblos indígenas, los sabedores

ancestrales son el corazón vivo de la comunidad. Son quienes caminan junto al territorio, escuchan el lenguaje del monte, del río y del viento, y comprenden lo que el cuerpo y el espíritu necesitan para estar en equilibrio. Su conocimiento nace desde el origen del mundo y se fortalece con los años, con los sueños, con los rituales y con la palabra de los mayores. No aprenden solo leyendo o estudiando, sino viviendo, observando y sintiendo profundamente la vida en comunidad.

Los sabedores no cuidan solo la enfermedad, cuidan la vida en todas sus formas. Acompañan el nacimiento, orientan el crecimiento de los niños, armonizan los conflictos, protegen el territorio y guían el tránsito hacia la muerte. Son parteras, jaibanás, rezanderos, hierbateros y mayores que transmiten el saber a las nuevas generaciones para que no se pierda. Su palabra da tranquilidad, su presencia da fuerza y su enseñanza mantiene viva la identidad de los pueblos.

- “Saber dosificar para un sabedor o un yerbatero todos estos conocimientos es de estudio”.
- “Nosotros como pueblos indígenas venimos viviendo y estos sabedores son los que vienen salvando vida a muchas de las personas sin necesidad de pronto de salir de su territorio a la ciudad porque mucha gente no tiene sus recursos económicos para trasladar a los centros de salud”.
- “¿Centro de pensamiento indígena o de recuperación ancestral, De pronto si yo estoy de acuerdo, pero para qué voy a pedir un hospital si eso no es una estructura propia, tiene otra mentalidad, pero si hay de arate yo puedo hablar, voy a armonizar con mis médicos tradicionales,

con los Ben como dicen los, ahí sí estoy armonizando, ¿pero en el hospital cuando van a permitir armonizar?".

- "Los que eran médicos tradicionales, pues tenían su propio vivero donde tenían sus planticas sembradas para lo que se necesitaba".
- "Desde los médicos ancestrales, desde las sabedoras de los sabedores. Primero uno tiene que cuidar su salud y hay muchas formas y hay muchas maneras de hacerlo".
- "Importancia de documentar las prácticas y saberes de los médicos a centrales, las sabedoras, los sabedores, los médicos tradicionales, las parteras y de esta manera se promovió un diálogo respetuoso entre la medicina indígena, la medicina propia de ustedes y la medicina ancestral".
- "Los médicos tradicionales no se matan, compañeros. Los médicos tradicionales se bañan y se les quita el poder por un Jaibaná más grande que ellos, porque si no, el Jaibaná se muere y, por lo menos, esos espíritus cuando quedan por muertes de un Jaibaná que no ha sido bien bañado, se quedan".
- "Eso se necesita cada médico tradicional, su consultorio aparte, un tambo construido para estos médicos tradicionales".

Territorio. A continuación, se relacionan diferentes aportes de las autoridades, sabedores y médicos tradicionales que participaron de los espacios:

Para los Emberá Chamí, hay tres mundos: arriba (se relacionan con el cuerpo), en el medio (la familia, el hogar y los órganos reproductivos) y abajo (enlace entre cuerpo y cerebro), cuando crea el universo deja una espiritualidad. Para otras

comunidades hay más mundos: 4, 5 o 6.

- “Cuando Dios (Ancore) cuando crea el universo deja una espiritualidad”.
- “El pueblo Emberá tiene una cosmovisión que deben sobrevivir con esta espiritualidad, Ancore. Pachamama”.
- “Desde la creación del mundo está la salud”.
- “Siempre se deberá a el territorio”.
- “Pacone es el que maneja el medio ambiente y la naturaleza”.
- “Todos los animales de la selva tienen un guía”.
- “La creación del mundo sen convirtió en una Ley de Origen. El significado de Emberá es gente”.

El mayor Luis Gindrama explica que,

La salud, la cultura, la espiritualidad y el territorio van transversalmente a todo. En todo el proyecto siempre debe ir el territorio. Un ser humano sin territorio no tiene futuro. Es de suma importancia porque si existen problemas de orden público, de narcotráfico, intervención minera, deforestación, ese territorio estaría enfermo. En ese sentido está sufriendo tanto la parte física, la parte cultural y la espiritual. Para que haya salud en los territorios libres de problemas. En el chocó están contaminado los ríos, el ha ocasionado problemas de salud, para hablar de salud en el territorio debe estar libre de todo problema.

Por su parte, Danilo Chamorro enfatiza en el manejo de la espiritualidad, de cómo se armonizan las personas (cantos, danzas, ceremonias de médicos tradicionales). Es una forma de potenciar la espiritualidad. Tiene que ver más con el pensamiento (salud mental). Los espíritus armonizan las personas,

Jaibana (médico ancestral) en la región del Chocó. Miran el espíritu de la naturaleza para proteger a la comunidad. Definitivamente la espiritualidad va ligada a territorios".

Chamorro complementa con,

La sabiduría ancestral de cada pueblo originario ha sido el conductor de cómo es su vida, como entiende el mundo, como se entiende la espiritualidad y todo aquello que lo rodea, sus orígenes no lo determinan unos números de años y siglos, sino desde la existencia misma del universo. Es así como desde ese origen dan esas directrices de existencia, su forma de ser nómada, su comportamiento en el territorio, sobre todo cuando una de la dirección habla de otros seres semejantes a él o quizás por encima de el mismo como parte de un cuidado, como es el tema de la tierra, la espiritualidad, la lluvia, el sol, la luna, el rio y otros seres de la naturaleza, para algunos tal vez esto sea un mito, una historia, pero lo cierto es que esta es nuestra realidad.

- El líder Piapoco José Oswaldo Yavarán (Resguardo Santa Teresita) dijo: "Tener territorio es tenerlo todo: salud, buena alimentación, buen espacio, aire puro y gran biodiversidad. Sin él, no hay buen vivir".
- Esteban Niño, Resguardo Saracure Río Cada: "Cuando tenemos territorio, tenemos todo: médicos ancestrales para curar con plantas y rezos".

Calendario Ecológico. Para las comunidades indígenas de Chocó, el calendario ecológico es más que una herramienta: es una guía viva que acompaña su relación cotidiana con el territorio. A través de él, se reconocen los ritmos del cosmos y los cambios del bosque húmedo tropical, permitiendo organizar las actividades diarias, los trabajos colectivos y los rituales. Este calendario recoge la

memoria y el conocimiento tradicional sobre el clima y las señales de la naturaleza, que han sido observadas, interpretadas y transmitidas por generaciones como parte esencial del cuidado de la vida.

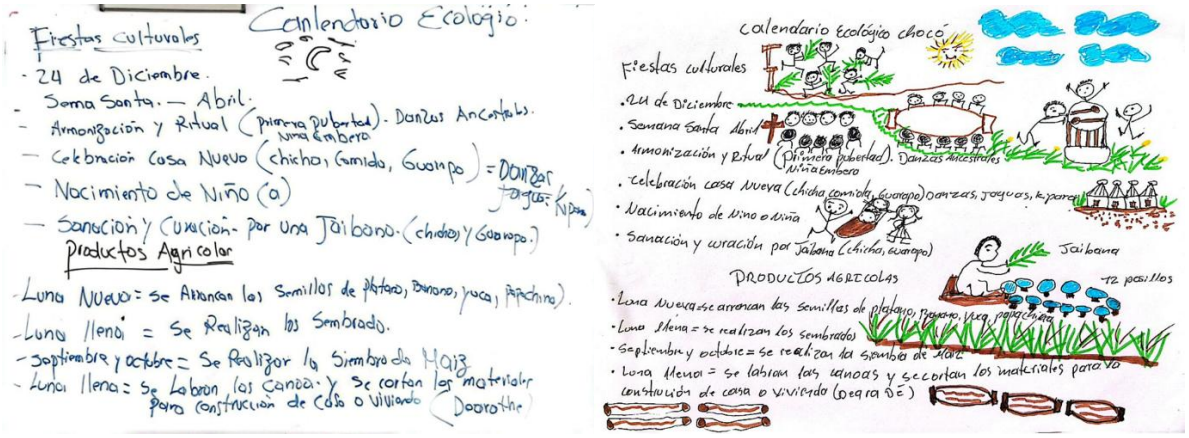
La importancia del calendario ecológico radica en:

- Guía para la vida diaria: Ayuda a las comunidades a planificar sus actividades, como la agricultura, la caza, la pesca y la recolección.
- Conservación de la naturaleza: Promueve la conservación de la biodiversidad y el uso sostenible de los recursos naturales.
- Preservación de la cultura: Es una herramienta importante para preservar la identidad cultural y la tradición de las comunidades indígenas.

En resumen, el calendario ecológico es una herramienta vital para las comunidades indígenas de Chocó, que les permite vivir en armonía con la naturaleza y preservar su cultura y tradición.

Imagen 13.

Calendario ecológico Chocó



Fuente: Jornada de Sistematización Chocó.

¿Qué Es La Salud Indígena Y La No Indígena?

Chocó.

Salud Propia. Para los pueblos indígenas del Chocó, la salud no es un servicio ni un evento, sino una condición permanente de equilibrio que se construye y se cuida colectivamente; este equilibrio articula de manera inseparable:

- La persona, entendida no solo como cuerpo físico, sino como ser espiritual, emocional y cultural.
- La familia y la comunidad, que acompañan los procesos de cuidado, sanación y prevención.
- El territorio, concebido como un ser vivo que siente, se enferma y se sana junto con la gente.
- La espiritualidad, que orienta el sentido de la vida, la enfermedad y la curación.

Desde esta visión, la salud no empieza en el hospital, sino en la relación cotidiana con la Madre Tierra, en el cumplimiento de las dietas, en los rituales de armonización, en el respeto a los ciclos de la vida y en la palabra de los mayores.

La salud indígena es profundamente preventiva, muchas prácticas ancestrales como los encierros rituales, los cantos, el uso de plantas medicinales, el cuidado del cuerpo en determinadas etapas de la vida y la regulación espiritual de la alimentación existen para evitar que la enfermedad aparezca, no solo para tratarla cuando ya se ha manifestado.

Los sabedores y sabedoras, actores del sistema (jaibanás, parteras, yerbateros, rezanderos) cumplen un papel central, pues no solo curan enfermedades, sino que leen los desequilibrios entre la persona, la comunidad y el territorio, su acompañamiento es continuo y se transmite de generación en generación.

En este sentido, la salud está viva en la Ley de Origen, entendida como el mandato ancestral que regula cómo debe cuidarse la vida; por eso, cuando se pierde un sabedor, cuando se asesina un médico tradicional o cuando se desvaloriza la medicina ancestral, no se pierde solo una persona, sino que se rompe el equilibrio del territorio. Esta ruptura es interpretada por las comunidades como una enfermedad colectiva y territorial, cuyos efectos se manifiestan en el aumento de dolencias físicas, espirituales y sociales.

Salud no indígena. La salud no indígena, o salud occidental, es comprendida por las comunidades del Chocó como un sistema basado principalmente en:

- Hospitales y puestos de salud.
- Diagnósticos clínicos y exámenes biomédicos.
- Medicamentos, procedimientos y protocolos estandarizados.

Las comunidades no niegan su utilidad, reconocen que este sistema puede ser necesario y efectivo en casos específicos, como emergencias, cirugías, tratamientos especializados o enfermedades que requieren tecnologías médicas modernas.

Sin embargo, señalan que este sistema es insuficiente por sí solo, porque se concentra casi exclusivamente en el cuerpo físico y en la enfermedad ya instalada, sin abordar:

- Las causas espirituales del padecimiento.
- Los desequilibrios territoriales y culturales.
- Las rupturas familiares y comunitarias.
- Los procesos históricos de violencia, despojo y exclusión.

Desde la experiencia comunitaria, la salud occidental ha operado históricamente bajo una lógica de desconocimiento y subordinación de la medicina indígena, en muchos casos ha negado la legitimidad de los sabedores, ha prohibido prácticas ancestrales o las ha considerado superstición, generando dependencia institucional y debilitando la autonomía sanitaria de los pueblos.

Por ello, las comunidades no rechazan la salud occidental, pero afirman que no puede seguir imponiéndose como el único modelo válido; debe reconocer la salud indígena como un sistema legítimo, con autoridad propia y fundamento en la Ley de Origen.

¿Qué Es La Ley De Origen?

Chocó.

Para los pueblos indígenas del Chocó, la Ley de Origen es la norma ancestral suprema que ordena la vida, anterior a cualquier Ley del Estado, no es un texto escrito, sino una ley viva, entregada por los seres espirituales y los ancestros en el momento de la creación del mundo, y transmitida a través de la palabra, la práctica y la espiritualidad.

La Ley de Origen establece el orden natural y espiritual que rige la existencia de las personas, las comunidades y el territorio, desde esta Ley se define qué es la vida, cómo se protege y cómo se restaura cuando se rompe el equilibrio.

La Ley de Origen define:

- **Cómo nace, se cuida y se sana la vida.** La vida no es un hecho biológico aislado, sino un proceso sagrado que comienza antes del nacimiento y continúa después de la muerte, la Ley de Origen orienta los cuidados durante la gestación, el parto, la infancia, la adultez y la vejez, indicando cuándo se deben realizar rituales, dietas, armonizaciones y prácticas de protección

espiritual, la enfermedad aparece cuando estas normas ancestrales se incumplen o se rompen.

- **El papel de los sabedores y autoridades.** Los jaibanás, parteras, yerbateros, médicos tradicionales y autoridades no son figuras simbólicas son guardianes de la Ley de Origen; su autoridad no proviene de un título académico, sino del mandato espiritual recibido y reconocido por la comunidad. Ellos interpretan las señales del desequilibrio, dialogan con los espíritus y orientan los procesos de sanación individual y colectiva.
- **La relación sagrada con el territorio, el agua, el monte y los espíritus.** El territorio no es un espacio físico ni una propiedad; es un ser vivo con espíritu, el agua, el monte, los ríos y los lugares sagrados están protegidos por la Ley de Origen; cuando el territorio es herido por minería, deforestación, violencia o despojo la comunidad enferma; por eso, cuidar el territorio es una acción directa de salud.

Desde esta comprensión, la medicina indígena no es una práctica alternativa ni complementaria, sino una obligación espiritual derivada de la Ley de Origen, ejercerla es cumplir un mandato ancestral; abandonarla o desconocerla equivale a romper el orden natural.

Por ello, cuando se asesina a un sabedor, cuando se prohíbe una práctica ancestral o cuando se impone un modelo externo sin respeto cultural, no solo se vulnera un derecho, se fractura el equilibrio espiritual del territorio y de la comunidad, generando enfermedad colectiva, pérdida de identidad y desarmonía social.

Idea clave para el Modelo de salud indígena Chocó. La Ley de Origen no

es un referente cultural ni simbólico, es el marco normativo ancestral que orienta y regula el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Desde esta Ley se define qué es la salud, quiénes tienen autoridad para cuidarla, cómo se sana y cómo se establece la relación con otros sistemas de atención.

Por ello, la Ley de Origen:

- **Da sentido a la salud indígena**, al definirla como equilibrio integral entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.
- **Legitima la medicina propia**, no como alternativa, sino como sistema principal de cuidado de la vida.
- **Define la complementariedad con la medicina occidental**, estableciendo límites claros frente a la imposición, la subordinación y el desconocimiento cultural.
- **Garantiza el buen vivir y la pervivencia de los pueblos**, al proteger el territorio, el conocimiento y la continuidad espiritual y cultural.

Sin Ley de Origen, no hay SISPI posible; solo hay adaptación forzada al sistema general.

Complementariedad del cuidado de la salud y complementariedad con el buen vivir.

Chocó. Para los pueblos indígenas del Chocó, la complementariedad en salud no significa igualdad entre sistemas, ni sustitución de uno por otro; significa un orden claro y respetuoso, definido desde la Ley de Origen. En el Chocó, la complementariedad se entiende así:

- **La medicina ancestral es el eje del cuidado:** La medicina propia es el punto de partida y el centro del proceso de salud, desde ella se identifican los desequilibrios, se realizan las armonizaciones y se orienta el cuidado de la vida; los sabedores son quienes determinan cuándo una enfermedad puede resolverse con prácticas ancestrales y cuándo es necesario acudir a la medicina occidental.
- **La medicina occidental acompaña, sin imponer ni reemplazar:** La medicina occidental no es negada, pero su papel es complementario y subordinado al orden ancestral, acompaña en casos específicos (emergencias, procedimientos técnicos), respetando dietas, rituales, tiempos espirituales y decisiones comunitarias, imponer tratamientos sin considerar la Ley de Origen se considera una forma de violencia cultural que agrava la enfermedad.

La complementariedad con el buen vivir. Para el Chocó, la salud no puede separarse del buen vivir, entendido como la posibilidad de vivir en equilibrio y dignidad en el territorio.

Esta complementariedad se expresa en:

- **Protección del territorio como base de la salud:** El territorio es el primer sistema de salud, cuando el río, el monte o los lugares sagrados son destruidos, la comunidad enferma; defender el territorio es una acción directa de prevención y cuidado de la salud.
- **Alimentación propia y soberanía alimentaria:** Los alimentos tradicionales no solo nutren el cuerpo, sino que fortalecen el espíritu; la pérdida de

semillas, la dependencia de alimentos externos y la ruptura de las dietas ancestrales son causas directas de enfermedad.

- **Fortalecimiento de la familia, la palabra y la espiritualidad:** La familia y la comunidad son espacios de cuidado, la palabra de los mayores, los consejos y la transmisión de valores espirituales previenen enfermedades sociales como la violencia, el consumo de sustancias y la pérdida de identidad.
- **Casas de Pensamiento Ancestral como espacios de diálogo:** Las Casas de Pensamiento Ancestral son territorios de sanación, formación y articulación; allí dialogan la medicina propia y la medicina occidental, siempre bajo la orientación de la Ley de Origen y la autoridad comunitaria.

Desde esta visión, el buen vivir es imposible sin una medicina propia viva, Cuando la Ley de Origen es ignorada, la complementariedad se rompe y el sistema de salud deja de sanar.

La Ley de Origen es la base legítima del SISPI. En Chocó, la Ley de Origen es reconocida como el fundamento normativo, ético y espiritual del sistema de salud indígena, no se trata de un elemento cultural accesorio, sino de la norma ancestral que define:

- Qué es la salud y la enfermedad.
- Quiénes tienen autoridad para cuidar y sanar.
- Cómo deben articularse los distintos sistemas de atención.

Desde esta perspectiva, el SISPI solo es legítimo si se construye desde la Ley de Origen y no solo desde la normativa estatal**,** cualquier intento de implementación que ignore este fundamento reproduce lógicas de subordinación y despojo cultural.

Reconocer la Ley de Origen como base del SISPI implica aceptar que los pueblos indígenas no están solicitando inclusión en el sistema general, sino el respeto a un sistema propio, con reglas, autoridades y saberes propios.

La complementariedad no es subordinación, sino diálogo respetuoso. Las comunidades de ambos territorios coinciden en que la complementariedad en salud no significa que la medicina indígena deba adaptarse o subordinarse a la medicina occidental; por el contrario, la complementariedad se construye a partir de un diálogo respetuoso entre sistemas distintos, con roles claramente definidos.

La medicina propia ocupa un lugar central, porque nace del origen y conoce las causas profundas de la enfermedad, la medicina occidental cumple un papel de acompañamiento técnico, útil en situaciones específicas, siempre que respete:

- Las decisiones comunitarias.
- Los tiempos espirituales.
- Las dietas y prácticas ancestrales.
- La autoridad de los sabedores.

Cuando este diálogo se rompe y se impone un sistema sobre otro, la complementariedad desaparece y se produce una nueva forma de violencia cultural.

El buen vivir es inseparable de la salud, del territorio y de la espiritualidad. En Chocó, el buen vivir no es un concepto abstracto ni un indicador de bienestar material, es una forma de vida en equilibrio, que integra salud, territorio, espiritualidad, alimentación, familia y conocimiento ancestral.

No puede haber buen vivir si:

- El territorio está destruido o contaminado.
- La medicina propia es deslegitimada.

- Los sabedores son perseguidos o silenciados.
- El conocimiento no se transmite a las nuevas generaciones.

Por ello, la salud indígena no puede separarse de la defensa del territorio, de la soberanía alimentaria ni de la espiritualidad, cuando el territorio enferma, el pueblo enferma; cuando el territorio se sana, la comunidad se fortalece.

Prácticas importantes en el cuidado de la salud. Más que prácticas, estas son formas ancestrales de vida y de cuidado mediante las cuales los pueblos originarios aprenden a sanar y a vivir en armonía con el mundo. El cuidado comienza desde el primer contacto con la vida, incluso antes de nacer. Desde el vientre materno se inician los primeros actos de protección: los cantos, las plantas, las palabras suaves y la conversación permanente con el mundo espiritual. Para los mayores y abuelos, la lengua propia es la principal herramienta de comunicación entre las personas, la naturaleza, los animales y las fuerzas espirituales que habitan el territorio.

Estos saberes han sido transmitidos de generación en generación y están acompañados de requisitos y normas propias. Desde la cosmovisión indígena, el mundo no pertenece únicamente al ser humano; en él conviven energías y fuerzas visibles e invisibles, algunas protectoras y otras capaces de causar daño. Por ello, los mecanismos de cuidado también cumplen la función de proteger y repeler aquello que no todos pueden ver, pero que los pueblos indígenas saben percibir. Las curaciones y cuidados propios preparan a las personas para la vida y para afrontar los cambios que se presentan a lo largo del ciclo vital. Aunque en cada familia existen conocimientos básicos de cuidado, hay personas cuya misión es velar por el bienestar colectivo. Los jaibaná, sabedores de plantas, parteras y

médicos ancestrales asumen esta responsabilidad como un legado sagrado, guiados por su cosmovisión y por los principios espirituales heredados de los ancestros.

Entre las principales prácticas de cuidado se destacan:

- Durante el embarazo, se realizan baños con plantas, cantos y acompañamiento permanente por parte de la partera; en casos especiales, el médico ancestral interviene para armonizar situaciones espirituales o físicas.
- En la infancia, se practican baños con plantas medicinales y, en algunos casos, se utilizan pinturas tradicionales como protección espiritual.
- Desde temprana edad, se forma al niño o la niña en lo espiritual, hablándole del mundo invisible para que, llegado el momento, pueda comprenderlo. En este proceso, el médico ancestral asigna un cuidador espiritual que lo acompaña.
- El ritual del ombligado consiste en otorgar al niño o niña un elemento de la naturaleza —animal, planta o mineral— como protector; esta práctica es realizada por un sabedor de la comunidad.
- Las niñas reciben cuidados especiales por parte de la madre en diferentes etapas de la vida, principalmente mediante el uso de plantas, sobadas y rituales asociados al ombligado.
- La alimentación es un pilar fundamental del cuidado. Cada etapa de la vida tiene orientaciones propias, especialmente durante la gestación, donde se regulan los alimentos que la madre puede o no consumir.

- Desde pequeños se enseña el respeto por el territorio: cómo ingresar al bosque, qué caminos transitar, cómo pedir permiso a la naturaleza antes de tomar algo y cuáles son los lugares que no deben ser perturbados.
- A medida que crecen, los niños pasan a una etapa de orientación principalmente guiada por el padre, mientras que las niñas reciben acompañamiento especial de la madre en el cuidado del cuerpo y la vida cotidiana.
- A partir de cierta edad, los niños pueden recorrer el bosque junto a sus padres, siempre bajo supervisión y con enseñanzas sobre qué plantas, animales u objetos pueden tocar o cargar.
- Se transmiten conocimientos sobre el cuidado y respeto hacia los animales que habitan el territorio, tanto los visibles —como tigres o serpientes— como los espirituales.
- Los médicos ancestrales cumplen un rol fundamental en la protección comunitaria, convocando espíritus protectores que cuidan temporalmente a la comunidad.
- Las parteras acompañan los embarazos, realizan chequeos, orientan a las madres y aplican baños con plantas como parte del cuidado integral.
- Finalmente, se enseña el cuidado de los ríos, mares y montañas, aprendiendo a percibir los cambios del clima y del entorno para tomar decisiones que prevengan riesgos y protejan la vida.

Estas prácticas reflejan que la salud, para los pueblos indígenas, es un tejido vivo de relaciones entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el territorio, donde

cuidar la vida implica escuchar, respetar y caminar en armonía con todo lo que existe.

Imagen 14.

Planta de Choyo Payita para prevención y curación salud oral



Fuente: Gobierno Mayor

Enfermedades propias y el ciclo vital. En las comunidades, la vida se concibe desde el momento en que la mujer se da cuenta de su embarazo, generalmente por la ausencia de menstruación. A partir de este instante, la partera asume un papel fundamental, orientando los cuidados de la gestante y de su familia, desde la alimentación adecuada hasta las labores que puede o no realizar. La partera acompaña el proceso de gestación, revisa el estado del bebé en el útero, determina su posición y evalúa si las condiciones son propicias para un para un parto vaginal, garantizando así un acompañamiento espiritual y físico integral.

Con el nacimiento, los cuidados directos del bebé recaen principalmente en la madre y en las mujeres que le rodean, mientras que el padre asume la responsabilidad de la provisión del hogar. La lactancia materna exclusiva se mantiene, por lo general, hasta los cuatro meses, dependiendo de las costumbres familiares. A partir de esa etapa, se introducen alimentos semisólidos, como cremas

o sopas. El control de esfínteres ocurre de manera natural, guiado por los ritmos biológicos del niño o la niña, a edad temprana.

Durante la infancia, el cuidado trasciende el ámbito familiar y se convierte en una responsabilidad compartida de la comunidad. Aunque los padres conservan el papel principal, los niños mayores suelen apoyar en la atención de los más pequeños. La alimentación depende de la disponibilidad de alimentos en el territorio y del acceso a fuentes seguras de agua, cuando esta se encuentra contaminada, puede derivar en problemas de desnutrición, malnutrición o parasitosis desde edades tempranas. La niñez es una etapa importante para la transmisión de saberes tradicionales, como la recolección de alimentos, el cuidado del hogar, la obtención de agua o el aprendizaje de habilidades como nadar. Igualmente, se inculcan valores, responsabilidades y consejos de vida que orientan el crecimiento moral y social del niño o la niña.

En la adolescencia, la educación y los cuidados comienzan a diferenciarse según el sexo. Los niños son formados principalmente en la provisión y protección del grupo familiar, aprendiendo saberes como la fabricación y uso de herramientas domésticas (hachas, canoas), la comprensión de los ciclos de siembra y los calendarios lunares. Las niñas, por su parte, reciben una orientación centrada en el cuidado y la vida familiar. Durante la ceremonia que marca la primera menstruación, la madre y las mujeres mayores acompañan intensivamente a la joven, enseñándole prácticas relacionadas con la preparación de alimentos, como la elaboración de chicha. Aunque no todas las comunidades mantienen esta práctica actualmente, su continuidad depende de las costumbres familiares. Son los abuelos y abuelas quienes evalúan y validan los saberes adquiridos por la joven.

La edad para conseguir pareja, también depende mucho de las prácticas de la comunidad. En algunos casos, las niñas pueden iniciar la vida conyugal a partir de los 12 años, sin embargo, en la actualidad se observa alrededor de los 15 años en mujeres y 18 años en hombres. Las mujeres suelen convertirse en madres antes de los 18 años, aunque este hecho está condicionado por las dinámicas familiares y comunitarias. En todas las etapas se orienta mucho hacia el "buen camino", entendido como los principios que se consideran correctos.

Durante la adultez, cada familia asume la responsabilidad del cuidado, protección y provisión del hogar. En esta etapa es donde más saberes se adquieren y se fortalece la participación en la vida comunitaria. La convivencia y cooperación entre familias mantienen el tejido social y el cuidado colectivo.

Finalmente, en la etapa de vejez, las personas son reconocidas como sabias y sabios del territorio, portadores de conocimiento y figuras de respeto y autoridad. Se les apoya en las labores que ya no pueden realizar, pero se respeta su autonomía. Son ellos quienes orientan las decisiones comunitarias, transmiten los saberes ancestrales y garantizan la continuidad cultural del pueblo.

Desarmonías o enfermedades propias en Chocó.

Las enfermedades propias son conocidas en el marco del SISPI como desarmonías que no solo afectan al individuo, sino también a la familia, la comunidad y el territorio, estas a menudo tienen un origen espiritual o energético, en tal sentido la desarmonía se distingue de la enfermedad occidental por su origen causal, a menudo ligado a dimensiones inmateriales y al incumplimiento de mandatos sagrados. En consecuencia, para el SISPI, el tratamiento detallado de estas desarmonías no debe ser divulgado en el modelo, ya que constituye la reserva

cultural y el conocimiento sagrado de los sabedores.

En este sentido, la desarmonía se define por su impacto holístico, donde la misma se conceptualiza como la ruptura del equilibrio integral que constituye la salud, lo cual implica que el malestar afecta no solo al individuo sino también a su ambiente circundante y a los planos físico, espiritual, territorial y mental. Esta perspectiva resalta la interconexión esencial entre el individuo y su entorno, conocida como el Buen Vivir. Una persona desarmonizada o que no atiende el llamado al equilibrio crea un conflicto inmediato dentro del territorio, pues el concepto de salud no se limita al cuerpo físico, sino que lo considera intrínsecamente conectado con la familia, la comunidad y el territorio.

Asimismo, esta postura indica que el desequilibrio puede ser provocado por la pérdida de la identidad cultural, la aculturización o la inconsciencia, así como por intenciones negativas externas o internas. Además, la identificación de estas afecciones requiere de un lenguaje y un sistema de clasificación propios de la comunidad. Las desarmonías son afecciones que se identifican por nombres propios en la lengua de la comunidad, lo cual es vital para la autenticidad y la comprensión del modelo de salud, y deben ser registradas con sus síntomas y causas desde la cosmovisión indígena.

De este modo, la relevancia de nombrar las desarmonías con términos propios subraya la necesidad de sistematizar este conocimiento. Esto implica la creación de un sistema de codificación de las desarmonías propias, adaptado a la cosmovisión, para construir un perfil epidemiológico propio y visibilizar la efectividad de la medicina tradicional ante el sistema de salud occidental.

Finalmente, el enfoque de la Desarmonía Propia integra la salud como un

proceso cíclico y no lineal, cuya recuperación recae en el restablecimiento de la conexión espiritual y cultural, por lo tanto, el modelo de salud debe contrastar la visión fragmentada de la medicina occidental que a menudo ignora las causas espirituales y energéticas con la sabiduría milenaria de los sabedores. La integración de estos conceptos asegura que el modelo promueva la pervivencia física y cultural a través del fomento, la protección y la recuperación de la armonía, pilares centrales del Componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural.

Diagnóstico y Tratamiento. El diagnóstico lo realizan los médicos tradicionales y sabedores a través de la conexión espiritual, la intuición, el pulso, la conexión con la naturaleza y consultando a los espíritus (sueños o directamente).

Los tratamientos incluyen rituales de armonización, uso de plantas medicinales (para limpieza, curación, desinfección), baños y sobadas, dietas específicas y la fuerza espiritual del sabedor. Las danzas también tienen propósitos específicos (agradecimiento, limpieza, dominar al enemigo).

Diagnóstico integral de la medicina ancestral en Chocó

Cada sabedor posee alcances diferentes según su experiencia y dones. Su labor puede categorizarse por experticia y especialidad. En la jerarquía de la medicina tradicional, el Jaibaná ocupan el rango más alto para tratar enfermedades propias. Les siguen las parteras, los curanderos, rezanderos, tongueros, pega hueso, sobanderos, veedores de orina y yerbateros, quienes se especializan en tratamientos de dolencias puntuales.

Todos los médicos ancestrales trabajan de manera articulada, reconociendo sus límites y saberes, es así que cuando una situación sale de sus conocimientos,

derivan a la persona hacia otro médico tradicional que pueda dar un tratamiento más adecuado.

Sin embargo, la medicina tradicional, entendida como una práctica ancestral transmitida a través de generaciones, ha sido históricamente estigmatizada y desvalorizada por los procesos de occidentalización y evangelización que han influido en las dinámicas culturales y espirituales de los pueblos indígenas. En distintos territorios, los saberes y prácticas ancestrales han llegado a ser catalogados erróneamente como actos de “brujería” o “prácticas satánicas”, como lo afirmo la mayora Miryam Chamorro, “la medicina indígena no es del diablo, sino un conocimiento sagrado entregado por Ankore a cada pueblo”. Lo que no solo ha generado rupturas en la transmisión de conocimientos, sino también ha afectado su legitimidad dentro y fuera de las comunidades,

No obstante, en los diálogos territoriales se evidenció que muchos de estos saberes continúan vigentes y en uso, conservando su profundo sentido espiritual y comunitario. Estos conocimientos, prácticas y formas de cuidado requieren ser rescatados, visibilizados y fortalecidos como parte del proceso de revitalización cultural y del reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), garantizando así su continuidad y valoración dentro del marco de la salud intercultural. Tal como lo manifestaron diversas autoridades durante los encuentros territoriales, la voz de las comunidades reafirmó la importancia de preservar la sabiduría ancestral como fundamento del bienestar colectivo. El mayor Nilson invitó a “reflexionar sobre la responsabilidad compartida de rescatar, fortalecer y transmitir los saberes ancestrales, asegurando que la medicina tradicional continúe siendo un pilar de vida y salud en los territorios, incluso frente a los cambios y desafíos

contemporáneos". De igual manera, el sabedor Salomón Salcedo destacó que "el reto actual es no permitir que la sabiduría ancestral se debilite, sino revitalizarla y fortalecerla, de modo que la salud de los pueblos indígenas siga siendo comprendida como un equilibrio entre territorio, ambiente y cultura".

Tabla 16.

Enfermedades Propias Asociadas al Desequilibrio y la Desarmonización Chocó

Afectación / Enfermedad Propia	Desequilibrio / Desarmonización	Dimensión de la vida afectada	Ciclo de vida	Agente tradicional	Acciones de armonización	Territorio
Mal de ojo	Ruptura del campo energético	Vida energética	Primera infancia – Infancia	Médico tradicional, Partera,	Secretos, plantas, rituales	Chocó
Maleficio, brujería, maldad, envenenamiento	Interferencia espiritual externa	Vida espiritual	Todos los ciclos	Jaibaná, Yerbatero,	Cantos, baños, bebidas, rezos, sahumerios	Chocó
Mal de nacimiento	Desequilibrio desde el origen	Vida de origen / espiritual	Gestación – Primera infancia	| Partera, Jaibaná,	Secretos, rezos, rituales	Chocó
Baso (tari)	Desacomodo energético interno	Vida corporal– energética	Primera infancia – Infancia	Jaibaná, Médico tradicional, Parteras, Sabedores	Secretos, soplos	Chocó
Pujo	Bloqueo energético y físico	Vida corporal	Primera infancia	Partera, Médico tradicional, Sabedores	Oración, plantas, secretos	Chocó
Cogida del rastro	Captura del rastro vital	Vida energética– espiritual	Infancia – Adultez	Jaibaná	Cantos, soplo / Yopo	Chocó
Cogida del cabello	Manipulación del vínculo energético	Vida energética	Infancia – Adultez	Jaibaná, Sabedores	Cantos, soplo, oración / baños	Chocó
Cogida de mano	Interferencia en la energía vita	Vida energética	Infancia – Adultez	Jaibaná, Sabedores	Cantos, soplo / rezos	Chocó
Espíritu malo / Espanto / Frío de muerto	Choque con entidades espirituales	Vida espiritual	Infancia – Adultez	Jaibaná, Médico tradicional	Cantos, soplo, oración	Chocó
Dolor en el cuerpo (kacuapua)	Carga energética acumulada	Vida corporal	Adolescencia – Adultez	Jaibaná	Baños, plantas	Chocó

Cogida de orina	Manipulación del flujo vital	Vida corporal–energética	Infancia – Adultez	Veedor de orina	Plantas, oración	Chocó
Ahogado	Ruptura del equilibrio respiratorio–espiritual	Vida corporal–espiritual	Primera infancia – Infancia	Partera, Jaibaná	Cantos, soplo, baños	Chocó
Sangrado / Sangrado en mujeres	Alteración del ciclo vital	Vida corporal–cíclica	Adolescencia – Adultez	Jaibaná, Partera /	Cantos, baños, plantas	Chocó
Cuajo / Enfermedad de los peces	Desarmonización por frío o energía de agua	Vida corporal–energética	Primera infancia – Infancia	Jaibaná, Partera / Médico tradicional	Cantos, soplo, rezos	Chocó

Nota: Elaboración propia.

Identificación de factores de desequilibrio y desarmonía en la salud en el marco de la medicina propia. Dentro del territorio, el ejercicio de la medicina propia se construye de manera colectiva y complementaria entre los médicos ancestrales, ya que los procesos de aprendizaje no son iguales y los métodos de curación varían según el don, la experiencia espiritual y el camino recorrido por cada sabedor. Por esta razón, las enfermedades propias o los desequilibrios que afectan a las personas no son atendidos por una sola autoridad, sino que se recurre a quien posee el conocimiento específico sobre el malestar identificado. En algunos casos, los médicos ancestrales deben especializarse en distintas áreas o incluso salir del territorio para aprender de otros sabedores, fortaleciendo así su formación espiritual y ampliando sus saberes a través del tacto, las plantas, los cantos y diversas formas propias de curación.

Históricamente, el sistema propio de referencia y contrarreferencia era fluido y funcional, pues existía una mayor presencia de médicos ancestrales en los territorios. Cuando un sabedor identificaba que una enfermedad no podía ser tratada desde su conocimiento, emitía una recomendación —similar a un diagnóstico— que orientaba al siguiente médico ancestral, quien asumía la atención desde su

especialidad espiritual o medicinal. Este proceso se daba especialmente cuando se reconocía que la enfermedad era propia y podía ser tratada mediante rituales, plantas o armonizaciones; la medicina occidental se consideraba una última instancia. Este mismo principio de articulación se aplicaba entre médicos de plantas medicinales y parteras.

Con el paso del tiempo, diversos factores externos han transformado profundamente estas dinámicas. La violencia, las intervenciones forzadas, la imposición de nuevos pensamientos y la pérdida progresiva del territorio han afectado las estructuras del sistema de salud propio. Actualmente, la disminución de médicos ancestrales es una realidad preocupante, y el conocimiento sobre las enfermedades propias y sus tratamientos no se ha logrado transmitir plenamente a las nuevas generaciones. Los cantos han cambiado o se han reducido, el uso de plantas medicinales es cada vez más limitado, las recomendaciones preventivas son escasas y los procesos de armonización, acompañamiento a los partos y controles tradicionales se han debilitado.

Estas transformaciones han tenido consecuencias directas en la salud de las comunidades. La detección temprana de las enfermedades propias es cada vez más difícil, los tratamientos se prolongan, las ceremonias de armonización se realizan de forma esporádica y se ha generado una pérdida de confianza en algunos médicos ancestrales. Desde la voz de las comunidades, esta desconfianza también se relaciona con la poca experiencia o dedicación de algunos sabedores jóvenes, lo que ha llevado a que, en ciertos casos, se prefiera acudir al médico occidental. A ello se suma que muchas de las enfermedades que hoy afectan a los territorios son de origen occidental —como afecciones respiratorias, cutáneas y

gastrointestinales—, las cuales las comunidades han aprendido a tratar con medicamentos alopáticos, abriendo así un camino hacia la interculturalidad.

Otro desafío importante está relacionado con las condiciones territoriales y las distancias. En contextos donde no es posible curar una enfermedad propia dentro de la misma comunidad y no existen otros médicos ancestrales cercanos, los traslados se vuelven complejos y riesgosos. Esta situación se ha agravado con el tiempo debido a la baja presencia de sabedores y a la falta de relevo generacional que asuma con compromiso esta labor, poniendo en riesgo la continuidad de un saber milenario.

Actualmente, en muchos territorios hacen presencia promotores de salud y agentes comunitarios, así como brigadas médicas externas. Si bien estos apoyos son necesarios, en algunos casos generan tensiones, pues el rol del médico ancestral es deslegitimado o ignorado como autoridad de salud. Por ello, resulta fundamental que las instituciones prestadoras de servicios de salud promuevan espacios de diálogo, reconocimiento y articulación con los médicos ancestrales, garantizando un acompañamiento respetuoso que fortalezca —y no sustituya— el sistema de salud propio.

Tabla 17.

Factores de desequilibrio y desarmonía en la salud

Factor de desequilibrio	Descripción desde la medicina propia y el contexto territorial	Afectaciones en la salud	Manifestaciones comunitarias	Respuestas desde la medicina propia e intercultural
Afectación del territorio y contaminación ambiental	El territorio es un ser vivo; la minería ilegal, el mercurio, la tala y los residuos contaminan ríos, suelos y plantas sagradas,	Enfermedades gastrointestinales, afecciones cutáneas, debilitamiento espiritual, tristeza profunda	Ríos enfermos, pérdida de plantas medicinales, daño a lugares sagrados	Armonización territorial, defensa del territorio, restauración ambiental, protección de fuentes hídricas

Factor de desequilibrio	Descripción desde la medicina propia y el contexto territorial	Afectaciones en la salud	Manifestaciones comunitarias	Respuestas desde la medicina propia e intercultural
	rompiendo la armonía espiritual			
Infraestructura básica deficiente	Falta de agua potable, saneamiento, energía y manejo de residuos	Enfermedades infecciosas, parasitarias y desnutrición	Brotes recurrentes, mortalidad evitable	Articulación SISPI–institucional, soluciones comunitarias de agua y saneamiento con enfoque cultural
Aislamiento geográfico y baja conectividad	Dependencia del río como vía de acceso, riesgos por crecientes y sequías, ausencia de transporte para emergencias	Muertes evitables, agravamiento de enfermedades	Retrasos en atención, traslados tardíos	Rutas interculturales de atención, transporte comunitario, fortalecimiento del primer nivel en territorio
Inseguridad alimentaria y económica	Restricción de pesca, caza y siembra por conflicto armado y pérdida de tierras	Desnutrición, cuerpo débil o atrasado, mayor vulnerabilidad espiritual	Hambre, dependencia de ayudas externas	Recuperación de huertas propias, protección del territorio productivo, soberanía alimentaria
Conflicto armado y violencia	Desplazamiento, confinamiento, reclutamiento y violencia sexual	Trauma colectivo, miedo constante, pensamientos de muerte	Ruptura familiar, pérdida de referentes culturales	Sanación espiritual colectiva, acompañamiento psicosocial intercultural, protección comunitaria
Ruptura del equilibrio espiritual	Imposibilidad de realizar rituales por guerra, contaminación o restricciones de movilidad	Angustia, tristeza, desequilibrios emocionales y espirituales	Abandono de ceremonias y cantos	Ceremonias de sanación, fortalecimiento del rol del jaibaná y sabedores
Debilitamiento de las prácticas ancestrales de sanación	Mercurio y dragas afectan plantas medicinales y la vida del río	Menor eficacia de curaciones, pérdida de confianza	Escasez de medicinas propias	Protección de plantas sagradas, viveros medicinales, transmisión del saber

Factor de desequilibrio	Descripción desde la medicina propia y el contexto territorial	Afectaciones en la salud	Manifestaciones comunitarias	Respuestas desde la medicina propia e intercultural
Barreras administrativas y discriminación	Falta de documentos, racismo estructural y desconocimiento cultural	Negación de atención, autoestigmatización	Desconfianza hacia el sistema de salud	Mediadores interculturales, flexibilización administrativa, formación del talento humano
Distancia a servicios de salud	Centros de salud lejanos sin medios de transporte adecuados	Emergencias mal atendidas, muertes evitables	Atención tardía o inexistente	Puestos de salud interculturales, brigadas móviles, fortalecimiento comunitario
Sistemas de referencia ineficientes	Fallas en traslado y continuidad del cuidado	Agravamiento de enfermedades	Abandono del tratamiento	Protocolos interculturales de referencia y contrarreferencia
Debilitamiento del tejido comunitario	Pérdida del rol de mayores y autoridades	Conflictos internos, pérdida de identidad	Fragmentación social	Fortalecimiento del gobierno propio y la memoria colectiva
Violencia de género y cargas de cuidado	Mujeres expuestas a múltiples violencias	Afectaciones emocionales y espirituales	Normalización de la violencia	Espacios de sanación para mujeres, educación comunitaria
Urbanización y desplazamiento forzado	Desarraigo del territorio ancestral	Depresión, pérdida del sentido de vida	Mendicidad, hacinamiento urbano	Procesos de retorno digno y fortalecimiento cultural en contextos urbanos

Nota: Elaboración propia

Identificación de factores protectores de la salud desde lo propio. Dentro de los factores protectores de la salud propia podemos citar los siguientes:

1. **El Territorio como Espacio de Sanación (Territorialidad):** A pesar de la minería y el conflicto, el territorio sigue siendo el principal factor protector.
   - Sitios sagrados de armonización: La existencia de lugares de pagamento y ritual, permite a las comunidades realizar procesos de "limpieza" espiritual para contrarrestar las "desarmonías" causadas por la violencia.

- Soberanía farmacéutica natural: El conocimiento sobre el uso de plantas medicinales locales, permite tratar afecciones primarias (fiebres, infecciones, heridas), en zonas donde el sistema de salud convencional no llega.

2. **La Red de Sabedores y Autoridades Tradicionales:** La estructura social indígena es un factor de resiliencia único:
   - Jaibanás y Médicos Tradicionales: Estos líderes espirituales no solo curan el cuerpo, sino que actúan como guías comunitarios, ayudando a procesar el miedo y el dolor colectivo derivado del conflicto.
   - Parteras Tradicionales: En Chocó, donde la infraestructura hospitalaria es casi nula, las parteras son el factor protector crítico que garantiza la pervivencia, reduciendo la mortalidad materna mediante técnicas ancestrales y acompañamiento cultural.
3. **La Alimentación Propia como Medicina:** Frente a la desnutrición y los determinantes sociales negativos:
   - Sistemas de Producción Ancestral: El cultivo de alimentos propios (plátano, yuca, maíz) sin químicos, actúa como un factor protector nutricional, y una forma de resistencia económica frente a la dependencia externa.
   - Dietas de Curación: El uso de alimentos específicos para fortalecer el sistema inmunológico, según la cosmovisión de cada pueblo.
4. **El Derecho Mayor y la Autonomía (Gobernanza):**
   - Justicia Propia y Armonización: La capacidad de las autoridades indígenas para aplicar sus propias leyes, permite resolver conflictos

internos y reintegrar a miembros de la comunidad, evitando la ruptura del tejido social.

- Guardia Indígena: En el contexto de 2025, la Guardia actúa como un factor protector físico y simbólico, protegiendo la vida y el territorio sin el uso de armas, basándose en la fuerza de la unidad cultural.

5. **Resiliencia Espiritual y Colectividad:**

- El "Buen Vivir": Este concepto filosófico orienta a la comunidad hacia la búsqueda del equilibrio, evitando que el trauma del conflicto se convierta en una patología permanente.
- Prácticas Colectivas: Los rituales de danza, canto y el uso de plantas sagradas como el Yagé, en ciertas zonas o el Mambe/Ambil en otras, fomentan la cohesión social, lo cual es un escudo contra el reclutamiento forzado y el aislamiento emocional.

Estos factores protectores funcionan como un sistema de salud preventivo. Mientras el sistema convencional se enfoca en la enfermedad, la medicina ancestral en Chocó se encamina en mantener la armonía del colectivo, convirtiéndose en la herramienta más efectiva para la pervivencia física y cultural de estos pueblos ante la ausencia del Estado.

Identificación de afectaciones en la salud física y/o equilibrio espiritual, causadas por diferentes formas de violencia y conflictos internos y externos.

Dentro de las principales afectaciones en la salud física y/o equilibrio espiritual, causadas por diferentes formas de violencia en Chocó, como el conflicto armado (confinamientos, desplazamientos y control territorial), que impactan directamente a las comunidades de los territorios, se encuentran:

- Desnutrición Crónica: El control por parte de los actores armados de ríos y selvas impide la caza, pesca y siembra tradicional (pan coger), provocando crisis alimentarias severas, especialmente en niños y ancianos.
- Barreras de Acceso y Mortalidad: Los confinamientos obstaculizan que las comunidades lleguen a centros asistenciales, aumentando las tasas de mortalidad materna e infantil.
- Enfermedades Prevenibles: La falta de agua potable y saneamiento en condiciones de desplazamiento o confinamiento, dispara brotes de enfermedades infecciosas y gastrointestinales.
- Lesiones Graves: El uso de minas antipersonales y ataques directos, causan mutilaciones y lesiones físicas permanentes que el sistema de salud local rara vez puede atender de forma integral.

Ruptura del Equilibrio Espiritual (Desarmonía). Para el SISPI, la violencia no solo hiere el cuerpo, sino que genera "desarmonías" espirituales profundos al separar al indígena de su territorio sagrado:

- Pérdida del Territorio como Medicina: Al ser desplazados o confinados, pierden el acceso a plantas medicinales y lugares sagrados, lo que impide la realización de rituales de curación y armonización.
- Trauma Colectivo y Suicidio: Se ha reportado un aumento alarmante en conductas suicidas, especialmente en jóvenes indígenas de regiones como Chocó, vinculado a la pérdida de esperanza y la imposibilidad de retornar a sus orígenes.
- Debilitamiento de la Autoridad Ancestral: La imposición de normas por

grupos armados (controles de comportamiento) rompe la estructura de gobierno propio, afectando el liderazgo de médicos tradicionales y sabedores.

- Inseguridad Cultural: El miedo constante y el confinamiento erosionan la transmisión de saberes, idiomas y tradiciones, lo que el SISPI clasifica como una amenaza de extinción física y cultural.

Situación Regional Específica (Datos 2025).

- Chocó: Se han reportado más de mil personas confinadas en el Litoral del San Juan solo en 2025, viviendo una "emergencia silenciosa" que afecta la pervivencia de pueblos como los Emberá y Wounaan.

Estado general de la medicina propia e identificación de necesidades de fortalecimiento. Para los pueblos indígenas del Chocó, la medicina propia no es solo una forma de curar enfermedades: es una manera de cuidar la vida. En ella se entrelazan el territorio, la espiritualidad, la palabra de los mayores, la alimentación, el agua y la comunidad. Desde esta visión, estar sano significa vivir en armonía, y enfermar es señal de que algo se ha roto en la relación con el entorno, con los otros o con el mundo espiritual.

En los recorridos y espacios de diálogo y sistematización impulsados por la organización indígena Gobierno Mayor, las comunidades han reiterado que la medicina propia sigue siendo el primer camino de atención en salud, especialmente en lugares donde el Estado no llega o llega de forma intermitente. Las parteras acompañan la vida desde el vientre, los jaibaná y médicos tradicionales orientan la sanación del cuerpo y del espíritu, y los sabedores cuidan la palabra, los rituales y el equilibrio del territorio. Su labor no es individual, sino profundamente colectiva.

En el Chocó, los pueblos Emberá explican que la salud está íntimamente ligada al río, al monte y a los espíritus que habitan el territorio. Sin embargo, la guerra, la minería ilegal y el confinamiento han ido enfermando la tierra. Muchas comunidades expresan que ya no se puede caminar libremente por los lugares sagrados, que los ríos están contaminados y que las plantas medicinales han perdido fuerza. Cuando el territorio se enferma, también se enferma la gente.

A pesar de estas dificultades, las comunidades siguen confiando en su medicina propia como una forma de resistencia y de cuidado colectivo. Frente al dolor, la tristeza, el miedo y las violencias, la medicina ancestral no solo sana cuerpos, sino que ayuda a reconstruir el tejido comunitario, a tramitar el duelo y a recuperar la esperanza.

Necesidades de fortalecimiento de la medicina propia desde la voz del territorio. Los hallazgos recogidos por el Gobierno Mayor evidencian que la medicina propia sigue viva, pero necesita ser cuidada y fortalecida para poder seguir protegiendo a las comunidades.

Reconocer y cuidar a quienes cuidan: Las comunidades expresan la necesidad de que parteras, jaibaná, médicos tradicionales y sabedores sean reconocidos y respetados como autoridades de salud. Muchos ejercen su labor en medio de amenazas, sin apoyo y sin relevo generacional. Es urgente proteger su vida, dignificar su trabajo y fortalecer los espacios donde puedan enseñar a los más jóvenes.

Sanar el territorio para sanar a las personas: La salud no puede separarse del territorio. La contaminación de los ríos, la minería y la deforestación afectan no solo el ambiente, sino también la fuerza espiritual de la medicina. Proteger el

territorio es proteger la salud, la memoria y el futuro de los pueblos.

Recuperar la salud espiritual y emocional: El conflicto armado ha dejado heridas profundas. Muchas comunidades hablan de tristeza, miedo y desequilibrio espiritual. Se necesita fortalecer los rituales de armonización, los espacios de palabra y las prácticas propias que permiten sanar el dolor colectivo y recuperar la tranquilidad del espíritu.

Construir una atención intercultural con respeto. Las comunidades no rechazan la medicina occidental, pero piden que el diálogo sea respetuoso y en igualdad. Se requiere que el sistema de salud escuche, comprenda y valore los saberes propios, respete los tiempos comunitarios y garantice traductores, mediadores interculturales y rutas de atención acordes a la cultura.

Fortalecer el cuidado propio y la prevención. La alimentación tradicional, las huertas, el trabajo comunitario y el acompañamiento entre familias son formas cotidianas de prevenir la enfermedad. Fortalecer estos procesos es cuidar la vida desde la raíz, especialmente para niñas, niños, mujeres y jóvenes.

Nombrar la enfermedad desde la propia palabra. Las comunidades señalan que muchas de sus dolencias no aparecen en los registros oficiales. Es necesario construir sistemas propios de información, que reconozcan las formas indígenas de nombrar el desequilibrio y permitan visibilizar lo que hoy permanece oculto.

Fortalecer la medicina propia en el Chocó no es un favor ni una concesión: es una obligación ética y política para garantizar la vida y la pervivencia de los pueblos indígenas.

Caracterización de sabedores ancestrales en Chocó.

Los sabedores ancestrales de la medicina propia son autoridades

espirituales, culturales y comunitarias que custodian y practican los conocimientos tradicionales relacionados con el cuidado de la vida, la salud y la armonía del territorio. Su saber no proviene de una formación académica formal, sino de un proceso largo de aprendizaje guiado por los mayores, la experiencia espiritual, la observación de la naturaleza y la transmisión oral de generación en generación.

Estos sabedores comprenden la salud como un equilibrio integral entre el cuerpo, el espíritu, la familia, la comunidad y el territorio vivo. Desde su cosmovisión, la enfermedad no se limita a una alteración física, sino que puede tener origen espiritual, emocional, social o territorial, como la ruptura de normas culturales, el irrespeto a los lugares sagrados, el daño a la naturaleza o la pérdida de armonía comunitaria. Por ello, sus prácticas de sanación buscan restablecer el equilibrio perdido y no solo aliviar síntomas.

El proceso de formación de un sabedor ancestral es progresivo y profundamente espiritual. Inicia desde la infancia o juventud, cuando la persona es reconocida por los mayores o por los espíritus como portadora de un don especial. A partir de ese momento, atraviesa etapas de aprendizaje que incluyen dietas, rituales, cantos, abstinencias, manejo de plantas medicinales, lectura de sueños, observación de los ciclos de la naturaleza y acompañamiento permanente de un maestro o guía espiritual. Este proceso puede durar varios años y requiere compromiso, disciplina y responsabilidad comunitaria.

Entre los sabedores ancestrales se encuentran figuras como el jaibaná,, tsamani, chamán, médico tradicional, yerbatero, partera, sobandero, rezandero y pega huesos, entre otros, cada uno con funciones específicas dentro del sistema de salud propio. El Jaibaná, Tsamani o Chamán actúa como médico espiritual,

mediador entre el mundo visible e invisible, y autoridad en la armonización del territorio. Los yerbateros y sabedores de plantas dominan el uso medicinal de la flora local; las parteras acompañan la gestación, el parto y el cuidado maternoinfantil; los sobanderos y pega huesos atienden afecciones físicas a través de técnicas manuales; y los rezanderos emplean la palabra, el canto y la oración como herramientas de sanación.

Los sabedores ejercen su labor en espacios sagrados como el tambo, la casa ancestral, los ríos, las montañas, los nacimientos de agua, las huertas medicinales o los altares rituales. Utilizan elementos de poder como bastones espirituales, maracas, plantas perfumadas, bebidas rituales, bancos espirituales y cantos sagrados, siempre en coherencia con los calendarios propios, los ciclos lunares, los solsticios, los equinoccios y las disposiciones astrales.

Su rol trasciende la atención en salud. Los sabedores también cumplen funciones de orientación espiritual, resolución de conflictos, protección comunitaria y fortalecimiento de la identidad cultural. Son referentes éticos y espirituales, y su palabra tiene autoridad dentro de la comunidad. Sin embargo, muchos de estos conocimientos se encuentran en riesgo de desaparecer debido a la presión de la occidentalización, la pérdida del territorio, el conflicto armado, la estigmatización de la medicina tradicional y la falta de reconocimiento institucional.

En el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), los sabedores ancestrales son actores fundamentales para la construcción de modelos de salud pertinentes, interculturales y sostenibles. Su reconocimiento, protección y fortalecimiento es indispensable para garantizar la pervivencia de los saberes ancestrales, el cuidado integral de la salud y el buen vivir de los pueblos indígenas.

Médico Ancestral Como Guardián Del Territorio. En los pueblos indígenas, la figura del médico ancestral representa mucho más que un sanador: es un guardián del territorio, un cuidador del equilibrio espiritual y un orientador de la vida colectiva. Su labor no se limita al cuerpo humano, sino que abarca los ríos, las montañas, los animales, los ciclos naturales y las relaciones comunitarias que sostienen la salud integral del pueblo. Desde su visión profunda y su conexión con los espíritus y los ancestros, el médico tradicional guía, protege y armoniza, anticipando riesgos y acompañando a la comunidad en momentos de enfermedad, tránsito o transformación.

Como lo diría uno de los mayores que asistió a los espacios: “El médico ancestral también cuida la salud de los ríos, de las montañas, de los animales y del territorio en su conjunto”.

Funciones.

- Sanar ríos, montañas, animales y espíritus.
- Proteger la comunidad de enfermedades y desequilibrios espirituales.
- Acompañar procesos colectivos de armonización.
- Tiene la capacidad de percibir lo que puede suceder más adelante y, cuando recibe señales o revelaciones, orienta a la comunidad sobre posibles riesgos, aconsejando qué lugares del territorio son seguros para transitar y cuáles deben evitarse.

Interculturalidad.

- Se propone que el SISPI reconozca oficialmente a los médicos ancestrales como actores en salud al mismo nivel que los médicos occidentales, con funciones definidas en los territorios.

- Con la supervisión de un comité de salud, autoridades locales del resguardo incluyendo la guardia.

Chocó.

Saberes Médicos Ancestrales Y Espirituales Recopilados.

1. Prácticas de sanación y rituales: Entre el pueblo Emberá, la práctica del jaibanismo constituye el eje espiritual de la medicina tradicional. El jaibaná (sabedor y guía espiritual) actúa como mediador entre el mundo visible y el invisible. Los procesos de sanación incluyen rituales con humo de tabaco, rezos, cantos y baños purificadores, orientados a restablecer el equilibrio o japí. Los sabedores describen estos rituales como formas de tratar las "enfermedades del espíritu", originadas por la pérdida de armonía con el territorio. Durante los encuentros, se destacó la importancia de que el SISPI reconozca e integre estas prácticas dentro de los procesos de articulación con la medicina occidental.

2. Rituales y cantos: Los cantos ancestrales acompañan los procesos de sanación, invocando a los espíritus protectores para restaurar la salud y el equilibrio. Durante los encuentros territoriales, las autoridades Emberá compartieron cantos utilizados en partos y en la atención de enfermedades infantiles. Al igual que los cantos para "limpiar el alma", empleados frente a situaciones de contaminación del río Atrato, como acto espiritual de armonización y recuperación del territorio.

3. Usos de plantas medicinales: Plantas como el chontaduro, el borojó y el guaco son utilizadas tradicionalmente para tratar afecciones como la malaria, la diarrea y las mordeduras. Asimismo, se emplean en procesos de

purificación y defensa del cuerpo frente a la contaminación por mercurio, destacando el uso del guaco como planta depurativa para “limpiar la sangre”. Solamente en Bojayá, los sabedores identificaron alrededor de veinte especies con propiedades espirituales y curativas, integradas a las prácticas de soberanía alimentaria y al cuidado integral de la salud. Por lo anterior es importante garantizar viveros, huertos y reservas de plantas medicinales, evitando que cualquiera las corte indiscriminadamente.

4. Narrativas de origen de enfermedades: Las enfermedades son comprendidas por el pueblo Emberá como resultado de desequilibrios con la naturaleza, donde se dice que habitan los “espíritus malignos”. Los relatos tradicionales explican su origen en transgresiones a las leyes ancestrales, cuya sanación corresponde al Jaibaná. Actualmente, las comunidades asocian también la aparición de enfermedades con los impactos de la minería y la contaminación del territorio.

Imagen 15.

Caracterización de sabedores ancestrales Chocó

AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE COLOMBIA GOBIERNO MAYOR

SABEDORES ANCESTRALES INDIGENAS DEL CHOCÓ

#	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	PUEBLO	RESGUARDO	COMUNIDAD	SOBANDERO	TONGUERO	PARTERA (O)	JAIBANAS	RESANDERO	YERBATERO (A)	PEGA HUESO	MAL DE OJO	INTERPRETE DE SALUD	PROMOTOR DE SALUD	CURANDERO DE CULEBRA	CURANDERO DE SECRETO	AUXILIAR NUTRICIONISTA	MICRO SCOPISTA	SALUD PUBLICA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PASTORES	GOBERNADOR	CELULAR
1	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TRAPICHE	NARANJAL			2	1		1					1							CRISTOBAL NAMPIA	3147534510
2	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PUERTO LIBRE	PUERTO LIBRE			4	2		3										1		FRANCIA LOZANO	3137292747
3	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PUERTO LIBRE RIO PEPE	SANDO TAPARAL			6			1	2											PIZARRO PEDROZA	3218495698 3011917174
4	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA		CHIGORODO MEMBA			2			2													3222262763
5	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PUERTO LIBRE RIO PEPE	PUERTO LIMON			2	1		1													
6	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TORREIDO CHIMANI	TRUA KERA		1	2	1	3	2	1									2		MARIA ALEYDA PAPELITO	3107359100
7	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA		VILLA BLANCA DUBASITA			1			1												MATILDO TAPI CHAMORRO	3136117352
8	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TORREIDO CHIMANI	PATIO BANITO			2	2		2												ERNELITO NAMPIA TEFON	3045681165
9	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TORREIDO CHIMANI	EL PLANO	1		1	1		1	1											YANERO FORASTERO ISABARE	3207876695
10	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TORREIDO CHIMANI	GUADUALITO			4	2		2	1	4								2		ELIO PAPELITO CAIZAMO	3116116346
11	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TORREIDO CHIMANI	BOCA DE CARACOLI			4			4				2								CERBELINO PEDROZA PAPELITO	3232860256
12	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PUEBLITO QUEBRADA QUERA	DABEYBA QUERA		2	2	2		2												JANIPE MANYOMA T	3103909797
13	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PUEBLITO QUEBRADA QUERA	PUEBLITO QUERA			2	2		2												JEIDER MANYOMA	3233265327
14	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	QUEBRADA ORO CHOCÓ	SANTA CECILIA			2	2															
15	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	CHIGORODO MEMBA	CHARCO MATIA			2			1												ESTIVINSON ISARAMA MORROCO	3225735818
16	CHOCÓ	MEDIO BAUDO	EMBERA DOBIDA	TERRITORIO ANCESTRAL	ANTADO			1			1										1		RODRIGO FORASTERO BIRRI	3215362483 3004748348
17	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	RIO PURRICHA	BOCA CARRISAL	4		4	1		4			2	1						1			
18	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	RIO PURRICHA	CAIMITAL			2	2		3				2								OVIDIO ISABARE	3.00465E+10
19	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	RIO PURRICHA	EL RETOÑO			1	1		1			1									ORLANDO MEJIA C	3225796216
20	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PAVAZA Y QUEBRADA GELLA	GUADUALITO	1		1	1		3				1								CARMELO BIRRI	
21	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PAVAZA Y QUEBRADA GELLA	PLAYITA GELLA	2	2	2	2		2				2								LOCELINO BIRRI PEDROZA	3043126482
22	CHOCÓ	BAJO BAUDO	EMBERA DOBIDA	PAVAZA Y QUEBRADA GELLA	LLANITO GELLA	3	1	2	3		1				1									
23	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA	CATRU DUBAZA Y ANCOSO	NUCIDÓ			1	1							1							CARLOS ALBERTO CHAMORRO	3235930563
24	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA	CATRU DUBAZA Y ANCOSO	PLAYITA			1	2		2												CRISELDINO LANA ISAMA	
25	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA	CATRU DUBAZA Y ANCOSO	CATRUANDO										1					1	1			
26	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		DOCASINA																			
27	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		DUBAZA CENTRAL																			
28	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		SANTA CATALINA																			
29	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		CHORRO DUBAZA																			
30	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		PASTO DUBAZA																			
31	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		VILLA MIRIAM																			
32	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		SIORODO																			
33	CHOCÓ	ALTO BAUDÓ	EMBERA DOBIDA		DUPURDU																			
34	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	RIO OPOGADO DUGUIDO	UNION BAQUIAZA		1	1	1		1													
35	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	UVA Y POGUE	SANTA LUCIA			1	1		1													
36	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	PICHICORA CHIQUE	PEÑITA			1	1		1													
37	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	ALTO BOJAYA	MOJAUDO			1			1													
38	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	ALTO BOJAYA	PLAYA BLANCA			1			1													
39	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	PICHICORA CHIQUE	NUEVA JERUSALEN			1			1													
40	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	PICHICORA CHIQUE	JEJENADO			1			1													
41	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	PICHICORA CHIQUE	PUERTO CEDRO																			
42	CHOCÓ	BOJAYÁ	EMBERA DOBIDA	PUERTO ANTIOQUIA	PUERTO ANTIOQUIA																			
43	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA KATIO	SALAQUI PAVARANDO	UNION EMBERA KATIO			3	3		3	2			3								ALVEN ANTONIO BUGAMA SALAZAR	3233679588
44	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	SALAQUI PAVARANDO	PUEBLO ANTIOQUIA		1	2	1		2				1	1							LIZANDRO BALARIN	3127629151
45	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	SALAQUI PAVARANDO	CALUNGO			1			2				2	2	2						LUIS ISARAMA	3217640686 3104326042
46	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	PEÑA BLANCA	PEÑA BLANCA		3	4	3		5	2			2			4			2	3		
47	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	JAGUAL RIO CHINTADO	PICHINDE			3			5				4							4	HUVER PAPELITO GUAUNA	3128253104
48	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	JAGUAL RIO CHINTADO	CHIMIRINDO		2	2	1														YAMIL CANSARI	3015104393
49	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	JAGUAL RIO CHINTADO	JAGUAL		2	8	2		4				5						4	10	DAVID CONDE CASAMA	3007483796
50	CHOCÓ	RIO SUCIO	EMBERA DOBIDA	INDIGENA QUIPARADO	QUIPARADO			2	1		2				1						1		AGUSTIN CABRERA MECHECHE	3008070716
51	CHOCÓ	CARMEN DE DARIEN	EMBERA DOBIDA	RIO DOMINGODO	UNION CHOGORODO			4	1		5				3									3148307294 3136815837
52	CHOCÓ	CARMEN DE DARIEN	EMBERA DOBIDA	RIO DOMINGODO	EMBERA CHOKERRE			1	2		6												JAIDER CHAMORRO	3235521661
53	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	VILLA NUEVA			1															DILVARO CONDE CACHUPI	3002560699
54	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	CHORRO		1																FRANCISCO ZARCO CHAMI	3008356237
55	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	PUERTO INDIO					1													NERQUI BANDVI CHARAMPIA	3002557619
56	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	LA LOMA					1									1				ERICO DOGIRAMA TRIPICAY	3014173911
57	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	AGUA BLANCA TRIBUGA				1		1												ALVARO FRATERO ISABARE	3216417440
58	CHOCÓ	NUQUÍ	EMBERA DOBIDA	RIO JURUBIRA CHORI	MIRA MAR						1												YONER MECHA LANA	3135782648

Condiciones y estado de los sabedores ancestrales indígenas. Los sabedores y sabedoras ancestrales indígenas viven y caminan su medicina desde el corazón del territorio. Su existencia está profundamente ligada a la tierra, al agua, al monte y a los espíritus que habitan cada uno de estos espacios. Para ellos y ellas, la casa no es únicamente un lugar para habitar, sino un espacio vivo donde se sana,

se conversa, se ora y se armoniza la vida individual y colectiva. Allí se recibe a la comunidad, se escucha la palabra, se realizan rituales y se transmite el conocimiento que sostiene el equilibrio espiritual y social del pueblo.

El ejercicio de la medicina ancestral no puede separarse del territorio. Los sabedores no ejercen su saber fuera de su resguardo, porque su medicina nace de la tierra que los vio nacer, del río que los acompaña desde la infancia y del monte que guarda las plantas sagradas. Es en su propio territorio donde sueñan, donde reciben las señales, donde cantan y oran, y donde realizan los rituales que permiten comprender el origen de la enfermedad y restaurar la armonía. La medicina no se traslada ni se improvisa; se vive y se practica en el lugar donde habitan los espíritus y la memoria ancestral.

Sin embargo, en muchas comunidades, los sabedores y sabedoras ejercen su labor sin contar con condiciones dignas y protegidas. Con frecuencia, no disponen de un espacio adecuado para la atención, la armonización o la transmisión del conocimiento. Esta situación no solo limita el ejercicio pleno de la medicina ancestral, sino que genera un profundo dolor colectivo, pues la palabra del sabedor y su conocimiento son pilares fundamentales del cuidado comunitario y del bienestar del pueblo.

La medicina ancestral se fortalece en los sitios sagrados del territorio. Las lagunas, los ríos, los árboles antiguos, los montes y las zonas de reserva no son simples elementos del paisaje, sino espacios vivos donde habita el espíritu del territorio. En estos lugares, los sabedores se conectan con la Madre Tierra, reciben orientaciones a través de los sueños y encuentran las plantas medicinales que sanan el cuerpo, el pensamiento y el espíritu. Para los pueblos indígenas, cuidar la

salud es inseparable de cuidar el territorio; sin monte, sin agua limpia y sin silencio espiritual, la medicina se debilita y el equilibrio se rompe.

En el contexto actual, muchos sabedores y sabedoras desarrollan su labor en medio del miedo y la incertidumbre. La presencia de actores armados, las violencias territoriales, las restricciones a la movilidad y la profanación de sitios sagrados ponen en riesgo su vida y les impiden transitar libremente por los lugares donde nace su saber. Estas situaciones afectan directamente su capacidad de ejercer la medicina ancestral y amenazan la continuidad de prácticas fundamentales para la salud colectiva.

A pesar de estas adversidades, los sabedores y sabedoras continúan cuidando a su gente, sosteniendo la palabra y defendiendo la vida. Su resistencia cotidiana es una forma de protección del territorio y de afirmación cultural. En este sentido, resulta indispensable que el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) reconozca de manera explícita su rol como guardianes del territorio, del conocimiento y de la vida, y promueva acciones concretas para su protección integral.

Garantizar condiciones dignas para los sabedores y sabedoras implica reconocer su autoridad, asegurar espacios adecuados para el ejercicio de la medicina ancestral, proteger los sitios sagrados y garantizar su seguridad física, espiritual y territorial. Asimismo, implica generar mecanismos de articulación intercultural que respeten su autonomía, sus tiempos y sus formas propias de cuidado, sin imponer lógicas externas que debiliten su saber.

La protección de los sabedores ancestrales no es únicamente una medida de salvaguarda cultural, sino una condición fundamental para la sostenibilidad del

SISPI. Sin sabedores, sin territorio y sin espacios sagrados, el sistema propio de salud pierde su base viva. Por ello, este capítulo reafirma la necesidad de situar a los sabedores y sabedoras ancestrales en el centro del modelo, reconociéndolos como actores esenciales para la garantía del derecho a la salud, el buen vivir y la pervivencia de los pueblos indígenas.

- “La pintura corporal y su simbología se ha ido perdiendo, esto causado por el estigma o el señalamiento que genero la religión, además las burlas han hecho que solo la continuidad sea en algunas comunidades (la pintura corporal es medicinal también)”.
- “El fallecimiento de nuestros sabedores ha hecho que muchos saberes en medicina se hayan ido, pocos jóvenes quieren heredar este saber, lo que queda es muy poco, las plantas que se utilizan son muy pocas de lo amplio que era el saber anteriormente (aún quedan sabedores que no se han tenido en cuenta en las comunidades en el fortalecimiento de la medicina)”.
- “Las ceremonias de protección como ombligadas o rezos entre otras han disminuido, se confía más en la practicas religiones como bautizar a los niños, en tiempos de nuestros sabedores antiguos era más tenido en cuenta lo espiritual de las plantas o de los seres de la naturaleza”.
- “Las ceremonias en adolescentes en sus etapas determinantes (pubertad) ha disminuido, ya que estas son prácticas de control hormonal, física, espiritual y la continuidad de un estado bueno de salud. (Se siguen haciendo estas prácticas en algunos territorios, pero condicionado al dinero a una fecha de las festividades occidentales, ha ocurrido modificación en estas ceremonias y no se les hacen a todos)”.

- “En la partería el conocimiento ha decaído, ha disminuido el conocimiento de plantas, controles y orientaciones a las gestantes, no quiere decir que sea en todos los lugares, pero algunos territorios se mantienen un buen conocimiento de esto, (las gestantes no a menudo dejan que la medicina occidental sea quien las monitoree o incluso haga tacto a su vientre, esto ligado a su cosmovisión y formas culturales el que no se dejen y que su cuerpo es algo sagrado)”.
- Los médicos Jaibanas en Chocó, comentan que los cambios en cuanto a sus ceremonias han cambiado en el transcurso de los tiempos, los actuales médicos no cuentan con el saber suficiente para ayudar a las comunidades, casi no buscan apoyo en otros médicos para reforzar su saber, esto también dado que los medio actuales no son suficientes para llegar donde esta otro médicos ancestrales, el conflicto armado ha sido uno de los causantes de este deterioro de lo propio, las generaciones no atienden tan asertivamente las enfermedades propias, las enfermedades propias puede llegar a ser enfermedades huérfanas si no hay quien trate a estas”.

Tabla 18.

Principales riesgos que enfrentan los sabedores y sabedoras ancestrales

Tipo de riesgo	Descripción	Impacto sobre la medicina ancestral
Riesgo territorial	Presencia de actores armados, minería legal e ilegal, cultivos de uso ilícito, ocupación de sitios sagrados	Restricción de movilidad, imposibilidad de realizar rituales, pérdida de espacios de sanación
Riesgo físico	Amenazas, desplazamiento forzado, homicidios selectivos	Pérdida de sabedores, ruptura de la transmisión del conocimiento
Riesgo espiritual	Profanación de sitios sagrados, contaminación de ríos y montes	Debilitamiento de la conexión espiritual y del poder de la medicina
Riesgo cultural	Desvalorización del saber propio, falta de reconocimiento institucional	Invisibilización del rol del sabedor dentro del sistema de salud
Riesgo psicosocial	Miedo, estrés constante, duelos no resueltos	Afectación del equilibrio emocional y espiritual del sabedor

Tipo de riesgo	Descripción	Impacto sobre la medicina ancestral
Riesgo intergeneracional	Falta de relevo generacional y de procesos de aprendizaje	Pérdida progresiva del conocimiento ancestral

Nota: Elaboración propia.

Tabla 19.

Necesidades prioritarias de los sabedores y sabedoras ancestrales

Dimensión	Necesidad identificada	Alcance
Territorial	Protección efectiva del resguardo y de los sitios sagrados	Comunitario y regional
Espacial	Espacios dignos para el ejercicio de la medicina (casas de armonización, partería, ritual)	Comunitario
Seguridad	Garantías de seguridad física y espiritual	Individual y colectiva
Reconocimiento	Validación del rol del sabedor dentro del SISPI	Institucional
Autonomía	Respeto por los tiempos, prácticas y decisiones propias	Intercultural
Transmisión del saber	Procesos de formación intergeneracional	Comunitario
Cuidado integral	Atención a la salud física, mental y espiritual del sabedor	Individual
Protección del conocimiento	Salvaguarda frente al extractivismo cultural	Territorial e institucional

Nota: Elaboración propia.

Espacios físicos actualmente disponibles para el desarrollo de procesos administrativos en la implementación del SISPI. En la actualidad, no se identifican espacios físicos adecuados ni formalmente habilitados para el desarrollo de los procesos administrativos requeridos para la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) del pueblo indígena. De igual manera, se evidencia la inexistencia o insuficiencia de infraestructura administrativa, así como de recurso humano especializado en áreas administrativas y de apoyo que permita asumir de manera autónoma y sostenida las funciones necesarias para la operación del sistema.

Esta situación pone de manifiesto una brecha estructural que limita el ejercicio efectivo del derecho a la salud propia y la materialización del SISPI en los territorios. En este sentido, la ausencia de espacios físicos, capacidades

administrativas y equipos de apoyo refuerza la necesidad de avanzar en la construcción e implementación de modelos de salud indígena propios e interculturales, que contemplen no solo los componentes de atención y cuidado, sino también el fortalecimiento institucional, la creación de infraestructura adecuada y la formación de talento humano acorde con la cosmovisión, las dinámicas territoriales y las formas de gobierno propio de los pueblos indígenas.

Espacios físicos para el ejercicio de la medicina tradicional. Las condiciones para ejercer la medicina ancestral son fundamentales, pues constituyen la base de su existencia y desarrollo. En particular, el territorio es el eje central: sin territorio no es posible la práctica espiritual, el uso de las plantas medicinales ni la transmisión de los cantos y saberes propios. El territorio no solo provee los elementos materiales para la sanación, sino que también establece un orden espiritual y cultural; existen zonas específicas a las que no se puede acceder porque son lugares sagrados. Estos espacios, además de concentrar una alta presencia espiritual, pueden representar riesgos si no se respetan los protocolos y conocimientos tradicionales.

Para ejercer la medicina ancestral, los médicos tradicionales adecuan sus propios espacios de acuerdo con sus usos y costumbres. Estos lugares de atención suelen ser sus mismas viviendas, las cuales se transforman en casas de sabiduría y sanación, con características que varían según la cosmovisión de cada pueblo. De manera similar, las parteras realizan su labor principalmente en los hogares de las mujeres gestantes o en sus propias casas, mientras que los sabedores de plantas medicinales desarrollan su práctica en espacios comunitarios o domésticos, donde el conocimiento se transmite de forma natural y cotidiana.

Estas formas propias y ancestrales de cuidado han sido históricamente el curso normal de la vida comunitaria; sin embargo, los contextos actuales —marcados por la pérdida de territorio, la violencia, las restricciones de acceso y los cambios sociales han alterado profundamente estas dinámicas, afectando el ejercicio pleno y autónomo de la medicina ancestral.

La identificación, protección y recuperación de los espacios físicos donde se ejerce la medicina tradicional constituye un componente estructural del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Estos espacios no son únicamente lugares geográficos, sino territorios vivos donde se concentran energías, memorias, espíritus y relaciones fundamentales para la sanación, la armonización y el equilibrio colectivo.

El ejercicio de la medicina tradicional requiere condiciones territoriales específicas que permitan la conexión espiritual, el acceso a plantas medicinales, la realización de rituales y la transmisión intergeneracional del conocimiento. Sin embargo, en numerosos territorios indígenas del Chocó, estos espacios se encuentran actualmente afectados, fragmentados o inexistentes, como consecuencia de múltiples presiones externas e internas que han alterado profundamente la relación entre las comunidades y sus territorios.

- “Las zonas por el conflicto armado ya no se pueden transitar, esto debido a minas antipersona impidiendo la búsqueda de plantas medicinales”.
- “La casa de los médicos ancestrales no es construida del mismo material, tambo, bohíos (esto sin obviar que en la lengua tienen su propio nombre) pero que son fundamental ya que corresponde a su cosmovisión y como

actúa para realizar la medicina ancestral, el conflicto armado ha sido la causa que algunos no ingresen al bosque a buscar estos materiales".

- "Los sitios sagrados no son apaciguados sobre todo donde se alberga cierta espiritualidad, los médicos ancestrales lo pueden hacer, sí no se actúa frente esto puede afectar al territorio y la comunidad (esto ya está ocurriendo)".
- "Quiero aclarar algo muy importante por incursión religiosa, los pueblos creen que el cementerio es un sitio sagrado, esto también ha hecho que se crean espacios donde dejan a sus familiares fallecidos, dejando de lado su practicas ancestrales y también causando una afectación espiritual".
- "Los territorios afectados por la minería han dificultado el encuentro de plantas e incluso se puede estar hablando de especies en extinción, ya que depende de los ecosistemas y pueden ser plantas únicas en su especie, a la final termina afectado unas prácticas ancestrales de dicho pueblo y su salud".
- "Los ríos contaminados ha afectado zonas donde las plantas medicinales que depende de los ríos ya no crezcan, así mismo los pueblos que dependen de esta terminan descontinuando este saber".
- "Algunos territorios aún cuentan con intervención religiosa, causando pérdidas de prácticas y formas propias de la medicina, aun no se toma medidas acerca de esto".
- "La pérdida de la lengua ha afectado curar ya que este es un medio propio de curar con las plantas, no es algo físico, pero es lo más importante que

puede tener un pueblo originario ya que su transmisión del conocimiento es por medio de esta, cantos, danzas y demás formas que requiere su lengua".

Tipología de espacios físicos para la medicina tradicional. Los espacios para el ejercicio de la medicina tradicional varían según el pueblo indígena, su cosmovisión y su relación con el territorio. No obstante, se identifican categorías comunes que cumplen funciones específicas dentro del sistema propio de salud.

Tabla 20.

Infraestructura o Espacios Culturales en salud del Departamento del Chocó

Infraestructura o Espacio Cultural	Definición y Función
Sitios Sagrados y Territorios Espirituales	Son espacios fundamentales para el equilibrio espiritual. El Emberá solo puede comprenderse desde la relación vital con estos espacios. Incluyen cerros, cementerios, lagunas, ríos, montañas, lagos, manglares y sitios de origen. El cuidado de los cementerios y lagunas sagradas es una ruta para reconstruir el equilibrio.
Casa del Médico Tradicional	Espacios donde se sostienen la cosmogonía y los rituales, pilares de la salud y la vida comunitaria.
Casa de Verdad (*Dearate*)	Lugar sagrado donde se atiende tanto el cuerpo físico como el espíritu. Los sabedores realizan procesos de curación en estos espacios. En este espacio, los sabedores Emberá realizan procesos de curación que sostienen la armonía entre la comunidad, la naturaleza y los espíritus.
Tambos y Chozas	Lugares comunales destinados a desarrollar actividades productivas, rituales de renovación, sanación o festividades de conmemoración.
Casa de cada familia	Es el primer espacio de cuidado donde se realizan las intervenciones primarias en salud propia e intercultural.
Casas comunitarias	Lugares de encuentro y actividades colectivas, que son fundamentales para la vida comunitaria y la salud colectiva. Los espacios comunitarios también cumplen una función de encuentro cultural y toma de decisiones.
Huertos y Viveros Medicinales	Espacios propuestos y necesarios para la recuperación de plantas medicinales y asegurar la soberanía alimentaria. Son una estrategia para contrarrestar la pérdida de plantas debido a la intervención territorial y el conflicto.
Albergues / Casas de Paso	Infraestructura que se requiere con urgencia en los centros de remisión para garantizar alojamiento con infraestructura adecuada y alimentación pertinente culturalmente para pacientes y acompañantes.
Casa Ancestral de Salud o Casa de Sabiduría	Es un espacio propuesto en el marco del modelo de salud propio con enfoque intercultural donde puedan articularse los sabedores ancestrales con médicos y personal de salud occidental, en un esquema verdaderamente intercultural, de igual forma es un espacio donde se pueda intercambiar saberes y fortalecer la medicina ancestral como eje del Modelo de Salud Propia e Intercultural – SISPI.

Nota: Elaboración propia.

Situación actual de los espacios para la medicina tradicional. En el contexto actual, muchas comunidades indígenas del Chocó no cuentan con espacios físicos adecuados o disponibles para el ejercicio pleno de la medicina tradicional. Esta situación no obedece a la pérdida del conocimiento, sino a las profundas afectaciones territoriales y sociales que han limitado el acceso, uso y protección de estos lugares.

1. **Afectaciones externas.**

- Entre las principales afectaciones externas se identifican:
- Conflicto armado y presencia de actores armados en los territorios.
- Minería legal e ilegal, deforestación y degradación ambiental.
- Cultivos de uso ilícito y contaminación de fuentes hídricas.
- Proyectos extractivos, infraestructura sin consulta previa y ocupación de sitios sagrados.
- Restricciones de movilidad que impiden el acceso seguro a lugares tradicionales.

Estas dinámicas han generado la destrucción física de sitios sagrados, la contaminación de ojos de agua y la pérdida de zonas de recolección de plantas medicinales, afectando directamente el ejercicio de la medicina tradicional.

2. Afectaciones internas.

A nivel interno, las comunidades también enfrentan desafíos que inciden en la disponibilidad de estos espacios:

- Desplazamiento forzado y reubicación de comunidades.
- Pérdida progresiva de la transmisión intergeneracional del conocimiento.
- Cambios en los patrones de asentamiento y uso del territorio.

- Presión demográfica en áreas reducidas del resguardo.
- Falta de procesos de ordenamiento territorial propio fortalecidos.

Estas condiciones han llevado a que, en muchas comunidades, los sabedores deban realizar prácticas de sanación en espacios improvisados o limitados, afectando la integralidad del proceso de cuidado.

Implicaciones para el ejercicio de la medicina tradicional y el SISPI. La inexistencia o afectación de los espacios físicos para la medicina tradicional tiene impactos directos en:

- La continuidad de las prácticas de sanación propias.
- La efectividad de los rituales espirituales.
- La transmisión del conocimiento ancestral.
- La articulación intercultural con el sistema de salud occidental.
- La garantía del derecho a la salud desde el enfoque propio.

Sin estos espacios, el SISPI se ve limitado en su implementación territorial, ya que el ejercicio de la medicina tradicional no puede reducirse a la atención individual, sino que requiere territorios, tiempos y condiciones específicas.

Lineamientos para la identificación, recuperación y protección de espacios. Frente a este escenario, el SISPI plantea lineamientos orientados a la identificación progresiva, recuperación y protección de los espacios para la medicina tradicional:

1. Identificación comunitaria y cartografía propia:

- Procesos participativos de identificación de sitios sagrados y espacios de sanación.
- Cartografía social y espiritual, respetando la confidencialidad de la

información sensible.

- Reconocimiento de autoridades espirituales como garantes del proceso.

2. Protección jurídica y territorial:

- Articulación con planes de vida y ordenamiento territorial indígena.
- Incorporación de estos espacios en instrumentos propios de protección territorial.
- Garantía del consentimiento libre, previo e informado frente a intervenciones externas.

3. Recuperación y resignificación de espacios:

- Procesos de limpieza espiritual y ambiental de sitios afectados.
- Recuperación de zonas de recolección de plantas medicinales.
- Construcción y adecuación de casas de partería y armonización, según decisión comunitaria.

4. Articulación intercultural:

- Reconocimiento institucional de estos espacios como parte del sistema de salud.
- Rutas interculturales de atención que respeten los tiempos y lugares propios.
- Sensibilización del talento humano occidental sobre la importancia de estos espacios.

La identificación de espacios físicos para el ejercicio de la medicina tradicional en los territorios indígenas del Chocó debe entenderse como un proceso gradual, comunitario y protegido. La ausencia actual de muchos de estos espacios no implica su desaparición definitiva, sino la necesidad urgente de generar

condiciones políticas, territoriales y culturales que permitan su recuperación y protección.

El SISPI, como sistema propio e intercultural, tiene la responsabilidad de reconocer estas afectaciones y de promover acciones que garanticen que la medicina tradicional pueda ejercerse en sus espacios naturales, espirituales y territoriales, asegurando así la continuidad del cuidado de la vida y el buen vivir de los pueblos indígenas.

Riesgos en la salud relacionados con determinantes socioculturales, económicos, políticos, ambientales, territoriales y autonomía alimentaria. La identificación de los riesgos en la salud asociados a los determinantes socioculturales, económicos, políticos, ambientales, territoriales y de autonomía alimentaria permite comprender que la enfermedad, desde la visión indígena, no surge únicamente del cuerpo, sino del desequilibrio entre la persona, la comunidad, el territorio y los espíritus que lo habitan. Estos determinantes inciden directamente en el bienestar físico, emocional, espiritual y colectivo de los pueblos indígenas, afectando de manera diferenciada a niños, niñas, jóvenes, mujeres, mayores y sabedores. Reconocer estos factores de riesgo es fundamental para orientar acciones de prevención, cuidado y sanación desde la medicina propia e intercultural, así como para fortalecer las rutas del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) en coherencia con las realidades territoriales.

Tabla 21.

Riesgo en la salud relacionados con determinantes.

Determinante	Factor de riesgo identificado	Afectación en la salud (visión indígena e integral)	Población más afectada	Implicaciones para la medicina propia e intercultural
Sociocultural	Pérdida de prácticas culturales, debilitamiento de la lengua y la oralidad	Desequilibrio espiritual, pérdida de identidad, tristeza colectiva, debilitamiento del espíritu	Niños, niñas, jóvenes y mayores	Dificulta la transmisión de saberes, cantos, rituales y prácticas de sanación propias
Económico	Pobreza estructural y falta de ingresos	Desnutrición, estrés, enfermedades asociadas a la carencia material	Familias, mujeres gestantes	Limita la alimentación tradicional y la sostenibilidad de la medicina propia
Político	Abandono estatal y baja presencia institucional	Sensación de desprotección, desesperanza, ruptura del tejido comunitario	Comunidades en general	Debilita la articulación con el SISPI y el reconocimiento de autoridades tradicionales
Ambiental	Contaminación de ríos y territorios (minería, deforestación)	Enfermedades físicas, daño espiritual del territorio, pérdida de plantas medicinales	Pueblos ribereños, sabedores	Afecta la eficacia de la medicina ancestral y los espacios sagrados de curación
Territorial	Desplazamiento, confinamiento y pérdida del territorio ancestral	Ruptura del vínculo con la Madre Tierra, miedo, duelo no resuelto	Comunidades desplazadas	Impide prácticas de armonización y ceremonias propias
Autonomía alimentaria	Restricción de la caza, pesca y siembra tradicional	Inseguridad alimentaria, debilitamiento del cuerpo y del espíritu	Niñez, adultos mayores	Afecta la prevención y la curación desde la medicina propia
Sociopolítico	Conflicto armado y presencia de actores armados	Trauma colectivo, miedo, riesgo de suicidio, enfermedades espirituales	Jóvenes y mujeres	Limita el ejercicio de la medicina ancestral y la movilidad de los sabedores
Institucional	Barreras de acceso al sistema de salud	Atención tardía, desconfianza en el sistema	Comunidades rurales dispersas	Refuerza la necesidad de rutas propias e interculturales

Nota: Elaboración propia.

FODA.

La sabiduría ancestral constituye el eje espiritual, cultural y terapéutico de los pueblos indígenas del Chocó. A través de parteras, jaibanás, curanderos, sobanderos y sabedores, se sostienen prácticas que integran plantas medicinales, ritualidad, territorialidad y relaciones comunitarias para sanar cuerpo, espíritu y equilibrio social. Sin embargo, estas prácticas enfrentan riesgos crecientes

derivados de presiones territoriales, transformaciones socioculturales, brechas institucionales y falta de reconocimiento del sistema oficial.

Chocó.

1. Fortalezas

- Presencia de jaibanás, parteras y mayores con conocimientos vivos.
- Ritualidad fuerte asociada a territorio, ríos, selva y seres protectores.
- Alto reconocimiento comunitario del rol de los sabedores.
- Prácticas de armonización vigentes (rezos, danzas, limpiezas, encierros).

2. Debilidades

- Pérdida acelerada de mayores sin procesos de formación de relevo.
- Limitados espacios físicos (casas de pensamiento, hierbaterios).
- Número reducido de sabedores en varios pueblos.

3. Amenazas

- Conflicto armado, minería, deforestación y contaminación de ríos.
- Cooptación del conocimiento por externos sin consentimiento.
- Debilitamiento de la lengua indígena, fundamental para la práctica.
- Pérdida de plantas sagradas.

4. Oportunidades

- Interés comunitario por escuelas de formación.
- Alianzas con autoridades ambientales y culturales.
- Posibilidad de incluir el cuidado espiritual en planes territoriales de salud.

Principales problemáticas de salud.

Soberanía alimentaria. *Para el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2024),* la soberanía alimentaria*,*

Es el derecho de los pueblos a alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sustentable y ecológica, y su derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo. Esto pone a aquellos que producen, distribuyen y consumen alimentos en el corazón de los sistemas y políticas alimentarias, por encima de las exigencias de los mercados y de las empresas.

Mientras el Banco Mundial definió que la *seguridad alimentaria, "*existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana".

Esta definición incluye cuatro dimensiones fundamentales:

Disponibilidad: depende de la producción, las reservas y el comercio de alimentos.

Acceso: implica la capacidad económica, física y social de los hogares para adquirir alimentos suficientes.

Utilización: se refiere a la forma en que el cuerpo aprovecha los nutrientes, lo cual depende de las prácticas alimentarias, la higiene, la diversidad de la dieta y el agua segura para consumo.

Estabilidad: garantiza que las otras dimensiones se mantengan en el tiempo, independientemente de factores climáticos, económicos o políticos.

Para que exista seguridad alimentaria plena, deben cumplirse simultáneamente estas cuatro dimensiones, algo que en territorios como el Chocó se ve gravemente limitado por factores estructurales históricos.

La salud nutricional, la salud mental y la pertenencia territorial están profundamente interrelacionadas. Una buena nutrición favorece la neuroquímica cerebral necesaria para el equilibrio emocional. Una nutrición deficiente se relaciona con deficiencias de zinc, ácidos grasos y hierro, que se relacionan directamente con trastornos del aprendizaje y la salud mental en poblaciones pediátricas.

La inseguridad alimentaria se asocia con deficiencias de micronutrientes que afectan la disponibilidad de componentes básicos para los neurotransmisores implicados en la regulación del estado de ánimo. Se ha descubierto que un nivel bajo de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad se asocia con casi el doble de riesgo de ideación suicida, lo que sugiere que las deficiencias nutricionales pueden exacerbar la depresión (Agudelo et. al., 2025).

El mayor Gindrama, afirma que, desde la soberanía alimentaria, el jaibaná cumple un papel fundamental como mediador entre la comunidad y los espíritus de la naturaleza. Es él quien, a través de rituales y acuerdos espirituales, como ejemplo, “abre” las lagunas y grandes charcos donde se reproducen los peces, dialoga con el espíritu del pescado y anuncia a la comunidad el tiempo en que puede haber pesca, momento en el que se manifiesta la abundancia. Sin embargo, en el contexto actual, este equilibrio se ha visto profundamente afectado. El conflicto armado, la presencia de grupos armados, los cultivos de uso ilícito y la contaminación del territorio con químicos han debilitado la soberanía alimentaria de los pueblos indígenas, dañando la tierra y rompiendo las relaciones espirituales que garantizaban el sustento. Hoy,

estas afectaciones superan el ámbito de acción del jaibaná y se han convertido en una responsabilidad que exige la intervención del Estado, especialmente a través de procesos de sustitución de cultivos y recuperación integral del territorio.

Chocó. La desnutrición infantil continúa siendo una de las emergencias humanitarias más graves y persistentes de Colombia. De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), hasta la semana epidemiológica 44 de 2024 se confirmaron 149 muertes de niños y niñas menores de cinco años por causas asociadas a la desnutrición. Los departamentos de La Guajira, Chocó y Antioquia concentraron las cifras más altas, evidenciando brechas profundas en la garantía del derecho a la alimentación y a la salud.

Sin embargo, estas estadísticas, ya alarmantes, no alcanzan a reflejar plenamente la complejidad de la inseguridad alimentaria que enfrentan las comunidades indígenas del Chocó. La situación es el resultado de una combinación de factores estructurales que se refuerzan entre sí: la pobreza persistente, el aislamiento geográfico, las dificultades de acceso a servicios básicos y la limitada presencia institucional en zonas rurales dispersas. A estas condiciones se suma el impacto del conflicto armado, que sigue alterando los ciclos de vida y de producción de los pueblos indígenas: confinamientos, restricciones a la movilidad y desplazamientos forzados reducen la posibilidad de sembrar, pescar, cazar y recolectar, afectando directamente la disponibilidad y el acceso a alimentos.

En este contexto, no sorprende que en 2022 el 43,2% de los hogares del Chocó, según datos del DANE, reportara algún grado de inseguridad alimentaria, cifra muy superior al promedio nacional. Municipios como Alto Baudó han sido señalados en reportes territoriales y encuestas nutricionales como zonas especialmente

afectadas, donde las familias enfrentan un deterioro progresivo en sus condiciones de vida.

El INS (2024), en su estudio sobre desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años, identificó además que la prevalencia de desnutrición aguda es mayor en niños indígenas, en menores de un año, en residentes de zonas rurales y en población masculina. Estos hallazgos reafirman la urgencia de fortalecer las estrategias de atención, prevención y protección desde un enfoque diferencial, intercultural y territorial, que responda a las realidades específicas de las comunidades del Chocó.

Vulnerabilidad estructural histórica. La pobreza multidimensional, el aislamiento geográfico, la dispersión poblacional y la limitada presencia de servicios básicos (salud, educación, electricidad y saneamiento), generan condiciones adversas que afectan la alimentación y el bienestar general. En muchas zonas, los tiempos de desplazamiento hacia centros de salud o abastecimiento pueden superar las ocho horas por vía fluvial.

Carencia de agua potable y saneamiento básico. El acceso a agua segura para consumo humano es uno de los mayores desafíos del departamento del Chocó. En la mayoría de los resguardos indígenas, el agua proviene directamente de ríos o quebradas contaminadas por residuos, actividades mineras, inundaciones y falta de infraestructura.

Además, la ausencia de sistemas de potabilización, letrinas y manejo adecuado de residuos incrementa la presencia de enfermedades diarreicas agudas, parasitosis y afecciones gastrointestinales. Estas enfermedades afectan directamente la utilización biológica de los alimentos, impidiendo que los niños absorban nutrientes

esenciales, agravando la desnutrición aguda y crónica. Por ello, sin agua potable, ninguna dimensión de la seguridad alimentaria puede garantizarse plenamente.

Impacto del conflicto armado. El conflicto continúa alterando los ciclos de vida y producción de los pueblos indígenas:

- Confinamientos prolongados que impiden el acceso a territorios de cultivo, pesca y caza.
- Restricciones a la movilidad fluvial por presencia de artefactos explosivos, retenes ilegales y disputas territoriales.
- Desplazamientos forzados con pérdida de cultivos tradicionales y ruptura de prácticas agrícolas ancestrales.
- Afectaciones psicológicas y comunitarias que alteran los sistemas de transmisión de conocimientos propios.

Estas dinámicas limitan la autonomía alimentaria y generan dependencia forzada de mercados externos, donde los alimentos suelen ser escasos, costosos y poco nutritivos.

Tabla 22.

Prevalencias más altas de desnutrición aguda, según categoría de municipio por número de habitantes, Colombia, 2024

Categoría municipio según número de habitantes	Departamento de residencia	Municipio de residencia	Casos Prevalencia por 100 menores de 5 años	Menos de 20 mil
Entre 20 mil y 100 mil	Chocó	Bagadó	150	9,53
Menos de 20 mil	Risaralda	Pueblo Rico	145	5,26
Menos de 20 mil	Chocó	El Carmen de Atrato	30	4,07
Entre 20 mil y 100 mil	Vichada	Puerto Carreño	124	6,33

Entre 20 mil y 100 mil	Cesar	Agustín Codazzi	234	3,75
Entre 20 mil y 100 mil	Chocó	Alto Baudó	113	3,40
Mayor 100 mil	La Guajira	Uribia	966	4,90
Mayor 100 mil	La Guajira	Riohacha	760	3,19
Mayor 100 mil	La Guajira	Maicao	458	2,09

Fuente: Base de datos Sivigila, evento 113, 2024 preliminar

Rutas para asegurar la soberanía alimentaria en comunidades indígenas.

Tabla 23.

Matriz de rutas de aseguramiento (24 Meses)

Ítem / Actividad	Subactividades	Responsable(s)	Plazo	Indicadores	Fuente de verificación
Diagnósticos territoriales	Línea base nutricional	ICBF, INS, Secretaría de Salud, Promotores indígenas	Mes 1–2	Línea base aplicada al 100% de los niños <5 años	Base de datos, informes técnicos
	Mapeo de fuentes de agua	Alcaldías, UNGRD, Comité de Agua	Mes 1–2	% de comunidades con mapa hídrico validado	Mapa georreferenciado, actas
	Diagnóstico productivo (chagras, semillas)	Autoridades indígenas, UMATA, FAO	Mes 2–3	Inventario de chagras y semillas completado	Registro comunitario, informe UMATA
Organización y gobernanza	Instalación Mesa Territorial Intercultural	Gobernación, Autoridades, ICBF, Defensoría	Mes 1	Mesa creada y funcionando	Acta de instalación
	Creación Comité de Agua	Comunidades, Alcaldías	Mes 1	Comité conformado en cada comunidad priorizada	Actas comunitarias
	Comité de Vigilancia Nutricional	SISPI, Promotores, Parteras	Mes 1–2	Comité funcional con roles definidos	Resoluciones internas
Planificación operativa	Elaboración de POTSoberanía Alimentaria	Gobernación, Alcaldías, Autoridades	Mes 2–3	POT aprobado por todas las partes	Documento aprobado, actas

Nota: Elaboración propia.

Salud mental en el Chocó: desequilibrios espirituales que incrementan el riesgo de suicidio. El término de salud mental para los pueblos indígenas se entiende como armonía espiritual, aunque se debe destacar que cada pueblo indígena comprende y nombra la salud mental desde su propia lengua, su historia y su cosmovisión. El equilibrio de la salud en general depende de la armonía entre el territorio, la espiritualidad, las prácticas culturales y la vida comunitaria.

Para muchos pueblos, las afectaciones a la salud mental no se expresan únicamente como un malestar individual, sino como el deterioro del territorio, la pérdida de las prácticas ancestrales, la ruptura de los vínculos comunitarios y el debilitamiento del sentido colectivo de la vida. Todo ello produce miedo, tristeza, pérdida de sentido, silencios forzados y fracturas en la transmisión del conocimiento ancestral, afectando de manera directa el bienestar emocional, espiritual y social de los pueblos indígenas:

- Pensadera, dificultad para dormir o conciliar el sueño, tristeza persistente y cambios en la relación con la naturaleza, percibidos como señales de desequilibrio emocional y espiritual.
- Los espíritus pueden entrar en desarmonía y el ecosistema manifiesta cambios como lluvias intensas, temporadas prolongadas de tormentas e inundaciones, interpretados por las comunidades como señales de inestabilidad y ruptura del equilibrio territorial.
- Este desequilibrio puede manifestarse en la afectación de las cosechas y la disponibilidad de alimentos, generando angustia, preocupación e incertidumbre en las personas y las familias frente a su alimentación y la continuidad de la vida comunitaria.

- La muerte también puede hacer parte de este desequilibrio.

Es en este contexto donde cobra un papel fundamental el trabajo de los médicos ancestrales, quienes son llamados por los propios espíritus y por la naturaleza para restablecer el equilibrio perdido. Algunos mayores expresan que, como pueblos originarios, estamos conformados más de espíritu que de carne, por ello, es natural sentir en el cuerpo y en el corazón lo que siente la tierra. Nuestros médicos tradicionales poseen la sabiduría heredada de la naturaleza para dialogar con ella y llegar a acuerdos que permitan una vida equilibrada y justa para todos los seres. En este proceso, la lengua, los cantos, la vestimenta, la pintura corporal y muchas otras expresiones culturales cumplen un papel vital, pues su práctica y continuidad sostienen el equilibrio espiritual, comunitario y territorial.

Las interacciones interculturales, sin embargo, también han generado transformaciones profundas al interior de los pueblos indígenas, sumando nuevas formas de desequilibrio. A las reglas propias de la naturaleza y del territorio se han superpuesto normas y lógicas occidentales que, en muchos casos, no dialogan con la cosmovisión indígena. Esta superposición ha sido, históricamente, una de las principales causas del deterioro social y cultural de los pueblos originarios, tal como lo evidencian los procesos vividos a lo largo del tiempo. Frente a estas afectaciones, las comunidades mantienen y fortalecen prácticas propias de cuidado y sanación, entre las cuales se destacan las siguientes:

- La cosmovisión propia y la oralidad de cada pueblo, junto con su relación respetuosa con la naturaleza, orientan la forma de comprender la vida, la salud y el equilibrio comunitario.

- La orientación de los padres y de los mayores, entendida como una responsabilidad colectiva: dentro de la comunidad, todos los adultos acompañan, cuidan y orientan a los hijos e hijas, fortaleciendo el tejido familiar y comunitario.
- Los cantos propios, que serenan la rabia, facilitan el descanso, propician el diálogo y contribuyen a la armonización del cuerpo, la mente y el espíritu.
- Los collares elaborados con madera, semillas o huesos, legados ancestrales que representan una forma de portar la espiritualidad. Los padres los entregan a sus hijos como símbolo de protección y cuidado espiritual.
- La pintura corporal, utilizada para equilibrar el cuerpo y el espíritu. Aunque algunos diseños tienen significados profundos y símbolos fuertes, su propósito principal es la protección del pensamiento y del espíritu.
- Los baños con plantas medicinales, realizados tanto en situaciones de enfermedad como cuando la persona se siente decaída o desarmonizada. Las plantas cumplen un papel central en la recuperación del equilibrio.
- Los dones espirituales de los médicos ancestrales, que les permiten proteger a las personas frente a energías negativas, desequilibrios espirituales o maleficios. Estos dones son esenciales para mantener la armonía, pero requieren ser fortalecidos periódicamente mediante ceremonias.
- Los cantos y ceremonias de los médicos ancestrales —como los jaibanás, shamánes y otros sabedores— que ordenan el mundo espiritual,

mantienen alejados a los espíritus que pueden causar daño y resguardan el territorio y la comunidad.

Los desafíos de salud mental de los pueblos y comunidades indígenas se deben a la ruptura de la armonía cultural, derivada del incumplimiento de las normas culturales, la pérdida de conexión con las tradiciones ancestrales, la ausencia de rituales significativos y un desequilibrio en la interacción con la naturaleza. Esta ruptura se interpreta como una desviación del camino propuesto por la naturaleza, y restaurarlo a través de prácticas espirituales y rituales colectivos se considera esencial (Agudelo et. al., 2025).

La creciente tasa de suicidios entre los pueblos indígenas del departamento del Chocó, particularmente en el pueblo Emberá, constituye una emergencia de salud pública y una profunda crisis espiritual., una problemática que oficialmente se viene presentando desde el año 2010. Según Agudelo et, al., (2025), esta emergencia se manifiesta en cifras devastadoras: en 2023, la tasa de suicidio en el pueblo Emberá alcanzó 247.9 por cada 100,000 habitantes, una cifra casi 40 veces superior a la tasa nacional no indígena.

Este fenómeno, lejos de ser una serie de tragedias aisladas, es la manifestación de una desarmonía sistémica provocada por la confluencia del conflicto armado, el desplazamiento forzado, el abandono institucional y la ruptura del equilibrio. Pero para comprender la crisis de salud mental que aflige al pueblo Emberá, es imperativo abandonar temporalmente la perspectiva biomédica occidental y adoptar su cosmovisión. Entender la salud como un equilibrio holístico no es solo un ejercicio antropológico, sino un requisito estratégico para diseñar intervenciones efectivas. Desde esta perspectiva, la salud no se limita a la ausencia

de enfermedad física, sino que se define como un estado de armonía espiritual, una visión muy diferente a la psicología occidental, la cual fragmenta a la persona en mente y cuerpo.

Para los pueblos indígenas, el estado integral se reconoce y denomina como “buen vivir”, donde el bienestar físico, mental y comunitario son inseparables, siendo el territorio el pilar existencial. Esta profunda conexión con la vida y el territorio es tan fundamental que, históricamente, ante amenazas existenciales como en la colonización, el suicidio colectivo ha sido documentado como un trágico repertorio de resistencia para defender la dignidad.

Las verdaderas enfermedades a tratar en la desarmonización espiritual radican en la desterritorialización, la ruptura de la armonía espiritual y la amenaza a la supervivencia física y cultural, de allí ha partido la crisis en salud mental que afecta al pueblo Emberá.

También como lo afirma el mayor Gindrama, dentro de la cosmovisión indígena, el bienestar de una persona —sea hombre o mujer, joven o adulta— está profundamente ligado a su comportamiento y a la forma en que se relaciona con la Madre Tierra o la Madre Naturaleza. Cuando alguien actúa sin respeto, sin paciencia o sin pedir permiso a los espíritus del territorio, se produce un desequilibrio que puede manifestarse en el cuerpo y en el espíritu: convulsiones, enfermedades, visiones o sensaciones extrañas que afectan la vida cotidiana de la persona dentro de su propio territorio. En estos casos, no se entiende la enfermedad como un hecho aislado, sino como una señal de desarmonía con el entorno. Es entonces cuando interviene el médico ancestral o jaibaná, quien, desde su conocimiento espiritual y territorial, identifica el origen del malestar y realiza los

rituales y curaciones necesarias para restablecer la armonía entre la persona, los espíritus y la Madre Tierra.

Conflicto armado, desplazamiento forzado y reclutamiento. Chocó es escenario de la disputa territorial y bélica de las Autodefensas Gaitanistas de Colombia (AGC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), confrontación que ha afectado a las comunidades Emberá, con hechos victimizantes como el desplazamiento forzado, el confinamiento, el reclutamiento forzado, entre otros, incluso este último se ha documentado ha como uno de los factores por el cual niños y adolescentes se han quitado la vida.

> El impacto del reclutamiento es particularmente grave en comunidades étnicas: el 51% de los casos ocurridos en los dos últimos años verificados por Naciones Unidas, es decir, más de la mitad, corresponden a niñas, niños y adolescentes indígenas o afrodescendientes. Además del daño individual, para estos pueblos el reclutamiento tiene un impacto comunitario, pues con el desarraigo de sus territorios ancestrales y la alteración de sus modos de vida, aumenta el riesgo de su extinción física y cultural (Unicef, 2025).

También Unicef agrega que,

> Por otro lado, de acuerdo con la información verificada por Naciones Unidas en los últimos cinco años, los departamentos con más casos de reclutamiento, uso y utilización de niños, niñas y adolescentes son Cauca, Arauca, Nariño, Chocó y Norte de Santander. Sin embargo, recientemente se ha registrado un aumento en otros departamentos como Putumayo, Caquetá, Meta, Guaviare y Huila.

Desterritorialización y sufrimiento ecológico. La Solastalgia es un

concepto acuñado por el filósofo australiano Glenn Albrecht en 2005, que explica el conjunto de trastornos psicológicos que afectan a una comunidad nativa o étnica luego de cambios con daños o perdidas en su territorio, ya sean consecuencia de actividades humanas o del clima, su impacto afecta la salud mental, genera estrés, ansiedad y apatía, y puede llevar a la desestabilización emocional. Y está directamente relacionada con el aumento de la conducta suicida.

Teniendo en cuenta el concepto anterior, el despojo territorial no debe entenderse únicamente como una pérdida material. Para los pueblos indígenas, ser expulsados de su tierra ancestral constituye un ataque directo a su espiritualidad, sus creencias, su sistema de salud y su seguridad alimentaria.

Violencia estructural y abandono institucional. La violencia contra los pueblos indígenas es un continuo que no cesa tras la huida del territorio. En los lugares de acogida, se transforma en una violencia estructural manifestada como abandono estatal, discriminación sistemática y pobreza extrema. Lejos de encontrar refugio, las comunidades desplazadas se enfrentan a un nuevo ciclo de vulneraciones y el aumento de la crisis de desarmonía espiritual. Lo más preocupante es la evidente crisis generacional, pues el 50 % de los casos de suicidio en el pueblo Emberá ocurren entre adolescentes y jóvenes.

Tabla 24.

Factores determinantes de la desarmonización espiritual y la salud mental en pueblos indígenas del Chocó

Nivel	Factores determinantes	Descripción / Explicación integrada	Impactos principales en salud mental y armonización espiritual
Estructurales y contextuales	Confinamiento, desplazamiento y presencia de actores armados	Las comunidades viven restricciones de movilidad por control territorial de grupos armados, confinamientos	Aumento del miedo, estrés tóxico, ruptura del vínculo con el territorio, mayor riesgo de reclutamiento y

Nivel	Factores determinantes	Descripción / Explicación integrada	Impactos principales en salud mental y armonización espiritual
		prolongados y desplazamientos forzados. Esto limita el acceso a salud, educación, alimentación y actividades espirituales ligadas al territorio.	debilitamiento de la protección espiritual.
	Pobreza y pérdida de medios de vida tradicionales	La disminución de pesca, caza, chagra y actividades propias reduce la autonomía alimentaria y económica. La falta de oportunidades educativas y laborales en jóvenes genera desarraigo.	Incremento de la desesperanza, pérdida del sentido colectivo, mayor dependencia externa y debilitamiento del buen vivir comunitario.
	Abandono institucional y falta de servicios de salud mental	Escasez de psicólogos, psiquiatras y equipos interdisciplinarios; baja presencia institucional en territorios dispersos; conectividad precaria.	Demoras en atención, falta de acompañamiento, ausencia de atención intercultural y sentimientos de desprotección comunitaria.
Socioculturales	Ruptura de redes de transmisión cultural	El desplazamiento y la urbanización rompen la cadena de aprendizaje de saberes ancestrales, rituales, lenguas y prácticas de cuidado tradicional.	Desconexión espiritual, pérdida de identidad, deterioro de la cohesión familiar y comunitaria.
	Estigma sobre problemas de salud mental	Persisten tabúes, silencios y miedo a hablar de emociones o sufrimiento espiritual. Los servicios biomédicos no siempre comprenden la cosmovisión Emberá, generando desconfianza.	Búsqueda tardía de ayuda, ocultamiento del sufrimiento, aislamiento y mayor riesgo de ideación suicida.
	Violencia intrafamiliar y de género	Niñas, adolescentes y mujeres enfrentan situaciones de violencia física, sexual y emocional, agravadas por el conflicto y la migración.	Trauma emocional, miedo permanente, riesgo de autolesiones y daños en el tejido comunitario.
4.3 Psicológicos y familiares	Desesperanza, desarraigo y miedo al reclutamiento	Jóvenes y niños viven temor al reclutamiento, pérdida de sueños, falta de oportunidades y ausencia de referentes protectores.	Aumento de ideación suicida, conductas de riesgo, quiebre del proyecto de vida y pérdida del camino espiritual.
	Trauma colectivo por violencia	El historial de asesinatos, desplazamientos, desapariciones y rupturas comunitarias genera un trauma que afecta a toda la comunidad.	Duelo no resuelto, tristeza profunda, ansiedad crónica y debilitamiento de la fuerza espiritual comunitaria.

Nota: Elaboración propia.

Respuestas a la crisis: entre la medicina ancestral y el diálogo intercultural. Ante la magnitud de la crisis de desarmonía espiritual, se hace necesario un diálogo intercultural efectivo. Desde la medicina propia Emberá, el Jaibaná (médico tradicional) ocupa un papel central. No es simplemente un curandero, sino un equilibrador de las fuerzas del bien y del mal, un mediador entre el mundo espiritual y el terrenal. A través de ceremonias tradicionales el jaibana realiza una limpieza territorial y una restauración espiritual colectiva, destinada a restablecer la armonía de toda la comunidad. Es así como desde el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), se debe iniciar el camino para el fortalecimiento de este tipo de medicina ancestral, la revitalización de las prácticas culturales de los Emberá y la articulación con el SGSSS. También es prioritario comprender que esta armonización espiritual no se reduce solamente a un tratamiento como se entiende en occidente, sino a soluciones integrales donde se dignifique derechos como el acceso al agua potable y saneamiento básico, el respeto de sus territorios, fortalecimiento de la seguridad alimentaria, la reconexión con la Madre Tierra, una atención intercultural respetuosa con la cultura y la lengua nativa, un regreso al “buen vivir”. Al igual se debe tener en cuenta que cada niño y niña nace con un don, por eso para evitar la desarmonía espiritual se debe hacer seguimiento desde la gestación hasta aproximadamente los 15 años, para evaluar el proceso de crecimiento espiritual y emocional, y realizar el acompañamiento necesario si así se requiere.

También deben tenerse en cuenta las siguientes prácticas propias:

- La cosmovisión propia, la oralidad de cada pueblo y sus comportamientos con la naturaleza.

- Orientación de los padres y de los mayores, dentro de la comunidad o pueblos se acepta que todos ayuden en la orientación de los hijos.
- Los cantos propios que serenan la rabia ayudan a dormir, generan diálogos, apaciguan y armonizan.
- Collares, ya sean de maderas, semillas o huesos, estos son legados antiguos, los padres le hacen estos collares como parte de la protección de sus hijos.
- La pintura corporal como equilibrio y protección del cuerpo, pensamiento y el espíritu.
- Los baños con plantas, ya que estás juegan un papel importante en ese equilibrio.
- Los dones espirituales de los médicos ancestrales, ayudando contra otros espíritus, maleficios, protegen a la persona y son esenciales para mantener un equilibrio, el cual se puede deteriorar con el tiempo, requiriendo más ceremonias.
- Los cantos de los médicos ancestrales, Shamani, jaibadas entre otros para mantener a los espíritus que pueden perturbar o hacer daño, fuera del territorio, dan orden y organizan este mundo.

Tabla 25.

Actores y responsabilidades

Actor / Institución	Responsabilidades principales	Descripción ampliada y orientada al SISPI
Autoridades indígenas Emberá (cabildos, autoridades tradicionales, jaibanás/sabedores, parteras, promotores comunitarios)	• Liderar procesos de prevención cultural. • Activar rituales de armonización espiritual y acompañamiento emocional.	Representan el primer nivel de cuidado según el modelo propio. Identifican desequilibrios espirituales, familiares o territoriales, movilizan la red comunitaria, ayudan a restaurar la armonía y articulan con el sistema

Actor / Institución	Responsabilidades principales	Descripción ampliada y orientada al SISPI
	• Detectar señales tempranas de desarmonía espiritual o riesgo suicida. • Coordinar rutas propias con el sistema de salud.	biomédico cuando el riesgo supera la capacidad local.
Sistema de Salud (Secretaría de Salud Departamental del Chocó, EPS indígena, hospitales locales, Minsalud)	• Garantizar atención primaria en salud mental (psicología, medicina general). • Activar referencia y contrarreferencia para casos de alto riesgo. • Proveer medicación, estabilización y seguimiento cuando sea necesario. • Apoyar acciones interculturales y fortalecer talento humano.	Responsable del componente biomédico. Debe operar con enfoque diferencial indígena, articulado al SISPI, garantizando servicios oportunos, protocolos de emergencia, atención móvil, brigadas, y apoyo a estrategias comunitarias de autocuidado espiritual y emocional.
Defensoría del Pueblo	• Monitorear garantías de derechos. • Emitir y actualizar alertas tempranas frente a aumento de suicidios o riesgos territoriales (confinamiento, actores armados). • Acompañar instituciones para activar respuestas urgentes.	Vela por la protección colectiva del pueblo Emberá. Sus informes y alertas alimentan decisiones de política pública, activan comités de riesgo y obligan a entidades a intervenir de manera prioritaria en salud mental y protección comunitaria.
ICBF	• Protección integral de niñas, niños y adolescentes. • Intervenciones focalizadas en violencia, abuso, abandono o riesgo suicida. • Coordinación con familias y autoridades indígenas.	Actúa cuando hay riesgos o afectaciones en NNA Emberá. Brinda apoyo psicosocial, medidas de protección si se requieren, y trabaja articuladamente con la cosmovisión indígena y con la autoridad tradicional para evitar revictimización y choques culturales.
ONGs y agencias humanitarias (nacionales e internacionales)	• Apoyo en zonas de **confinamiento** o difícil acceso. • Implementación de programas de primeros auxilios psicológicos interculturales. • Formaciones, logística y recursos en situaciones críticas.	Importantes en territorios con presencia armada o aislamiento. Fortalecen capacidades locales, apoyan procesos comunitarios, brindan kits de bienestar psicosocial y acompañan acciones urgentes cuando el Estado no puede ingresar.
Instituto Nacional de Medicina Legal y Fiscalía General de la Nación	• Registro, clasificación y análisis de muertes por suicidio.	Son actores clave para la claridad estadística. Su información permite comprender patrones territoriales, orientar alertas y diseñar medidas

Actor / Institución	Responsabilidades principales	Descripción ampliada y orientada al SISPI
	• Investigación cuando exista posible inducción, homicidio o violencia asociada. • Producción de datos para vigilancia epidemiológica.	preventivas basadas en evidencia. Su articulación con autoridades indígenas es esencial para el respeto cultural durante procesos forenses.

Nota: Elaboración propia.

Consideraciones éticas.

- Riesgo de estigmatización: asegurar confidencialidad y respeto cultural en registros.
- Seguridad de brigadas: en contextos con presencia de actores armados, priorizar protocolos de seguridad y acuerdos humanitarios.
- Autonomía cultural: las intervenciones deben diseñarse en cogestión con líderes Emberá y no imponer prácticas externas.

Factores protectores clave para la salud mental indígena.

Factores culturales y espirituales.

- **Conservación de la lengua materna:** El ser hablantes de su lengua materna ha sido identificado como un factor protector para la salud mental en general, y mantener la lengua y la cultura propias es una estrategia de resistencia ante la vulnerabilidad.

- **Armonía Espiritual y Cosmovisión:** La salud se logra mediante el equilibrio entre los sujetos y el medio que los rodea. La restauración de la armonía requiere prácticas espirituales y rituales colectivos.

- **Prácticas Ancestrales:** Revitalización de los rituales de sanación étnicoespirituales y las ceremonias tradicionales, dirigidas por el Jaibaná (curador tradicional) para la restauración espiritual colectiva.

- **Intervenciones Culturalmente Apropiadas:** La articulación entre el sistema de salud occidental y las prácticas tradicionales indígenas (enfoque intercultural), que incorporan componentes espirituales, comunitarios y culturales.

Factores sociales y comunitarios.

- **Unidad y Trabajo Colectivo:** El trabajo colectivo y la unidad son fundamentales para la permanencia de las tradiciones y la defensa del territorio. El "vivir bien" se construye colectivamente.

- **Redes Sociales y Familiares:** La activación de redes sociales primarias y secundarias (con compañeros Emberá que conocen el entorno urbano) es crucial para la supervivencia individual y colectiva en el destierro. El fortalecimiento de los lazos familiares y las habilidades de gestión emocional contribuyen a la resiliencia.
- **Resistencia y Autonomía:** El despliegue de la capacidad creativa y los aprendizajes de su resistencia milenaria permite a las comunidades afrontar la adversidad.

Factores estructurales y territoriales.

- **Vínculo Territorial y Prácticas de Sustento:** El sentido de pertenencia al territorio es crucial, ya que proporciona continuidad a las tradiciones, el idioma y el apoyo comunitario, actuando como protección contra la depresión y la ansiedad. La reconexión con la tierra, incluso en un nuevo territorio, favorece la resiliencia emocional. Las actividades de subsistencia (caza, pesca, agricultura) pueden restaurar este sentido de pertenencia.

- **Garantía de Derechos Fundamentales**: Para proteger o restaurar la salud mental indígena, el Estado debe garantizar el acceso a un territorio colectivo propio, asegurar la protección de este ante la cultura dominante, y garantizar de forma permanente la vida y todos sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales
- **Nutrición y Seguridad Alimentaria:** La seguridad alimentaria está profundamente relacionada con la armonía espiritual. Las dietas tradicionales vinculadas a la tierra aportan nutrientes clave que protegen la salud mental y refuerzan la identidad cultural.
- **Salud Física y Saneamiento:** La armonía espiritual está estrechamente ligada a la salud física y el acceso a agua potable. Las acciones de saneamiento básico y el suministro de agua potable contribuyen a la mejora del bienestar.

Ruta de armonización espiritual y sanación.

Fase 1. Percepción temprana y alerta desde el territorio.

Objetivo: Identificar señales espirituales y emocionales tempranas para activar el cuidado antes de que se genere un riesgo mayor.

- Señales tempranas según sabedores Emberá
- Tristeza profunda o pérdida del “camino espiritual”.
- Aislamiento y rechazo a la palabra colectiva.
- Desconexión con el territorio.
- Cambios repentinos en el carácter o la energía espiritual.
- Sueños perturbadores o señales recibidas por la familia.
- Abandono de oficios tradicionales, danzas o rituales.

- Conflictos familiares, violencia o desplazamiento.
- Uso excesivo de alcohol o sustancias.

Acciones ancestrales. Acompañamiento y visitas periódicas del Jaibaná, además de instalar la palabra comunitaria protectora.

Acciones interculturales. Registro comunitario de alerta y la notificación a promotores del SISPI.

Fase 2. Acompañamiento de sabedores y primera armonización.

Objetivo: Recuperar el equilibrio interior, reconectar con el territorio y fortalecer la palabra protectora.

Acciones espiritual–ancestrales.

- Limpieza espiritual con plantas protectoras,
- Conversación con el jaibaná para entender el origen del desequilibrio.
- Interpretación de sueños y señales.
- Caminata ritual al río para reconexión espiritual.
- Armonización con instrumentos, cantos y sahumerios.

Acciones comunitarias.

- Acompañamiento por abuelo o mayor reconocido por la comunidad.
- Rondas comunitarias de protección.

Acciones interculturales.

- Registro del caso.
- Valoración de nivel de riesgo por parte del equipo de salud intercultural.

Fase 3. Atención intercultural del riesgo alto.

Objetivo: Activar doble sistema de apoyo (ancestral + institucional) cuando la vida está en riesgo.

- Criterios de riesgo alto.
- Intención de suicidio verbalizada.
- Intento previo.
- Violencia física o sexual.
- Duelo reciente o pérdida traumática.
- Consumo extremo de sustancias.
- Confinamiento por conflicto armado.

Acciones espirituales.

- Ritual de protección urgente por jaibaná.
- Acompañamiento nocturno si es necesario.
- Reforzamiento del vínculo ancestral (palabras de fuerza, cantos tradicionales).

Acciones institucionales.

- Activación de EPSI / IPS intercultural.
- Atención psicológica con enfoque cultural.
- Contención emocional inmediata.
- Visita familiar ampliada.

Fase 4. Manejo de urgencia o intento de suicidio.

Objetivo: Preservar la vida articulando la medicina espiritual y biomédica.

Acciones ancestrales.

- Petición espiritual al río, al territorio y/o a los mayores por la vida de la persona.
- Ritual breve de protección mientras se llega a la IPS.

Acciones biomédicas.

- Traslado seguro a IPS intercultural.
- Estabilización física.
- Atención en salud mental con intérprete cultural si es necesario.

Acciones de articulación.

- Jaibaná y personal de salud acuerdan un plan conjunto.
- Registro del caso para seguimiento.

Fase 5. Restitución del equilibrio (proceso de sanación prolongado).

Objetivo: Asegurar que la persona recupere su energía vital y permanezca protegida por la comunidad.

Acciones ancestrales

- Ceremonias periódicas de armonización.
- Caminatas al territorio para reconexión.
- Ritual de equilibrio familiar.

Acciones comunitarias.

- Asambleas de palabra protectora.
- Visitas semanales de acompañamiento.

Acciones institucionales.

- Terapia psicológica intercultural continua.
- Activación de medidas sociales: acompañamiento escolar, apoyo alimentario, programas para jóvenes.

Fase 6. Fortalecimiento comunitario y prevención estructural

Objetivo: Evitar que la problemática reaparezca mediante la fuerza colectiva.

Acciones estructurales.

- Fortalecimiento de partería, jaibanismo y medicina ancestral.

- Escuelas comunitarias de sabiduría (para jóvenes).
- Actividades culturales: danza, canto, tejido, río, pensamiento colectivo.
- Procesos de defensa territorial y no reclutamiento.
- Monitoreo permanente de salud mental en jóvenes.

Indicadores.

- Nº de promotores/sabedores capacitados por mes.
- Nº de actividades de prevención (ceremonias, talleres) por mes.
- % de escuelas/escuelas comunitarias con screening anual.
- % de jóvenes identificados con ideación suicida que reciben intervención psicosocial en ≤72 h.
- Tasa de intentos de suicidio informados por 100,000 jóvenes (consolidar SIVIGILA + registro comunitario).
- % de seguimiento a 3/6/12 meses para casos atendidos.
- Reducción anual en la tasa de intentos/muertes por suicidio en población Emberá (meta inicial: 10–20% en 2 años, objetivo alineado con Plan Nacional de Salud Mental).

Salud sexual y reproductiva en Chocó. La salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas del Chocó refleja, en sus evidencias y silencios, las desigualdades territoriales del país. Más allá de indicadores, hay historias: niñas que llegan a la maternidad sin apoyo adecuado, mujeres que pierden la oportunidad de controles prenatales por falta de transporte fluvial, y familias que deben elegir entre buscar agua o conseguir atención médica.

A esto también se suma el aumento sostenido de las infecciones de transmisión sexual, en particular del VIH/SIDA. En muchos territorios, las distancias,

el aislamiento geográfico y la limitada presencia de servicios de salud dificultan el acceso oportuno al diagnóstico, a la atención continua y a procesos de educación sexual construidos desde un enfoque intercultural y respetuoso de los saberes propios.

Detrás de cada caso de una ITS no hay únicamente una cifra epidemiológica, sino personas, familias y comunidades que enfrentan el miedo, el estigma y la incertidumbre, muchas veces en soledad. Jóvenes, mujeres y hombres indígenas reciben diagnósticos tardíos, sin contar con redes de apoyo cercanas ni con garantías reales de seguimiento en su tratamiento. Esta situación se agrava en contextos donde persisten la falta de agua potable, las limitadas oportunidades educativas y las barreras culturales y lingüísticas, profundizando la vulnerabilidad sanitaria y social de las comunidades y poniendo en riesgo el bienestar integral y la vida misma.

Principales problemas identificados:

- Mortalidad materna elevada (especialmente en Chocó). El Chocó ha mostrado ratios de mortalidad materna que superan ampliamente la media nacional en años recientes. El Informe epidemiológico VI de 2024, del Instituto Nacional de Salud reportó indicadores alarmantes, con el Chocó ubicado entre las entidades territoriales con razones de mortalidad materna muy por encima del percentil nacional en 2023–2024. Estas muertes suelen relacionarse con complicaciones obstétricas (hemorragia, preeclampsia), sepsis y con la falta de atención oportuna por barreras de acceso.

  Esto se traduce en mujeres que no pudieron completar controles prenatales, partos que ocurrieron sin asistencia calificada por imposibilidad de traslado o

retrasos en referir emergencias obstétricas por falta de red de transporte.

- Cobertura irregular de atención prenatal y cuidados obstétricos. A nivel nacional se observa una mejoría en la proporción de mujeres que reciben 4 o más controles prenatales, pero esa cobertura es desigual y en territorios aislados persisten brechas. Datos y estudios locales muestran poblaciones (ej. municipios rurales del Chocó) donde una proporción importante de gestantes no accede regularmente a controles ni a suplementos nutricionales, aumentando el riesgo perinatal y neonatal (DANE, 2024).

  Lo que influye en el aumento del bajo peso al nacer, complicaciones en el parto y menores oportunidades de detección temprana de anemia, hipertensión gestacional o infecciones.

- Embarazo en la adolescencia y fecundidad temprana en contextos indígenas. Aunque en Colombia la tasa de fecundidad en adolescentes ha mostrado una reducción en los últimos años, las cifras desagregadas por territorio y por pertenencia étnica muestran que la adolescencia es aún una etapa con riesgo elevado en zonas rurales y en comunidades indígenas. El registro de nacimientos por grupos étnicoraciales destaca la presencia de nacimientos en comunidades indígenas en la serie reciente, lo que obliga a focalizar acciones preventivas y de educación sexual con enfoque intercultural (DANE, 2024).

  Una problemática que conlleva a la interrupción de trayectorias educativas, vulnerabilidad económica y mayores riesgos obstétricos en adolescentes.

- Barreras de acceso físico y cultural. Las barreras materiales (largas distancias por río o tierra, falta de medios de transporte para emergencias) y

culturales (falta de personal de salud con formación intercultural, temor a la discriminación, prácticas de confidencialidad violada) inhiben el acceso real a servicios de salud sexual reproductiva (SSR).

Recomendaciones orientadas y con enfoque intercultural (prioritarias).

- Refuerzo de atención prenatal y obstétrica comunitaria: brigadas móviles fluviales y puntos de atención con personal capacitado en interculturalidad; garantizar al menos 4 controles prenatales por gestante.
- Red de referencia y transporte obstétrico: convenios con transporte fluvial y protocolos de emergencia para traslado oportuno a atención de segundo y tercer nivel.
- Programas de prevención de embarazo adolescente: educación sexual integral intercultural, acceso efectivo a métodos anticonceptivos (incluido DIU y anticoncepción de emergencia) y acompañamiento psicosocial.
- Articulación SISPISistema de salud: fortalecer acuerdos entre sistemas propios de salud indígena (parteras, sabedores) y las EPS/Secretarías de Salud para respuestas conjuntas, respetuosas y sostenibles.
- Seguimiento de datos desagregados: mejorar la captura y reporte de indicadores SSR desagregados por etnia y territorio (embarazo adolescente, controles prenatales, mortalidad materna), para focalizar acciones.

En lo referente a las infecciones de transmisión sexual, la salud sexual y reproductiva (SSR) de los pueblos indígenas del Chocó está siendo cada vez más afectada por su aumento, entre las cuales el VIH/SIDA representa una de las expresiones más preocupantes. Esta situación se desarrolla en medio de barreras

estructurales profundas que limitan el acceso a servicios de atención, diagnóstico temprano, educación sexual intercultural y continuidad de tratamientos.

Las ITS, incluido el VIH, no son solo cifras en un reporte: son historias de vida de jóvenes, mujeres, hombres y familias que enfrentan diagnósticos complejos sin suficientes redes de apoyo ni acceso confiable a servicios de diagnóstico oportuno. En contextos de aislamiento geográfico, falta de agua potable, menores oportunidades educativas y barreras culturales, estas enfermedades agravan la vulnerabilidad sanitaria y social de las comunidades indígenas.

Para el mayor Gindrama, en el cuidado de la salud sexual y reproductiva desde la cosmovisión indígena estos procesos también están atravesados por el equilibrio espiritual. Se dice que la mujer ha tropezado de manera invisible con un espíritu negativo de la Madre Naturaleza, generando un desequilibrio que puede manifestarse en dificultades para concebir o en afectaciones a su salud sexual. Estas situaciones no se comprenden únicamente desde lo físico, sino como una alteración profunda del orden espiritual. Por ello, son los jaibanás quienes tienen la capacidad de organizar y armonizar la salud sexual y reproductiva, ya que poseen el conocimiento y el manejo de los espíritus asociados a estos procesos, permitiendo restablecer el equilibrio y el bienestar integral de la mujer.

Chocó. Aunque las cifras desagregadas por etnia no están disponibles públicamente para cada departamento en los boletines nacionales, los datos epidemiológicos departamentales hasta abril de 2025, publicados por la Secretaría de Salud del Chocó muestran que el VIH/SIDA ha tenido una transmisión sostenida en el municipio de Quibdó, con 229 casos acumulados desde 2020 hasta abril de 2025, lo que representa un promedio de más de 40 casos por año y evidencia que el

virus no ha disminuido en la región costera ni entre la población afro e indígena local.

Este comportamiento sugiere que, a pesar de ser un evento con menor visibilidad que otros (por ejemplo, malaria o desnutrición), el VIH y otras ITS circulan de manera persistente y sin reducciones claras, lo que puede estar relacionado con barreras de acceso a pruebas diagnósticas, tratamientos y educación en SSR, especialmente en comunidades rurales e indígenas.

Factores que agravan la situación en contextos indígenas.

- **Acceso reducido a diagnóstico y tratamiento.** Las comunidades indígenas debido al aislamiento geográfico, dependencia de transporte fluvial, barreras económicas y culturales enfrentan grandes dificultades para acceder a pruebas diagnósticas de VIH/ITS y a terapias antirretrovirales o tratamientos antibióticos cuando corresponden. El acceso limitado significa que muchos casos solo se detectan en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que complica la atención y aumenta la transmisión no detectada en la comunidad.
- **Educación y prevención insuficiente.** La educación en salud sexual con enfoque intercultural es insuficiente en muchas zonas rurales e indígenas, lo que contribuye a brechas en conocimientos sobre mecanismos de transmisión y prevención, métodos de prevención (como el uso correcto de preservativos) y recursos disponibles para acceder a atención especializada y confidencial.
- **Estigma y barreras culturales.** El estigma asociado a las ITS y al VIH puede inhibir que las personas busquen pruebas y tratamiento oportuno. En poblaciones donde la confidencialidad es difícil de garantizar y donde las prácticas de salud exteriores no siempre respetan las normas culturales propias, los diagnósticos pueden ser ocultados o pospuestos, lo que reduce las oportunidades de intervención temprana.

Impactos específicos en poblaciones indígenas.

- Embarazo y transmisión maternoinfantil: la falta de detección y tratamiento oportuno del VIH durante el embarazo aumenta el riesgo de transmisión vertical (madre a hijo) y de resultados adversos perinatales.
- Juventud y adolescencia: la vulnerabilidad de adolescentes indígenas a ITS puede tener efectos duraderos en su salud reproductiva y bienestar psicológico, complicando trayectorias educativas y de vida.
- Complicaciones por falta de continuidad: sin atención constante y seguimiento clínico, las personas con VIH enfrentan mayor riesgo de desarrollar sida y otras enfermedades oportunistas, lo cual agrava la carga sanitaria sin redes de apoyo locales sólidas.

Respuestas interculturales y sostenibles. Abordar el incremento de ITS, especialmente el VIH, en las poblaciones indígenas del Chocó requiere estrategias integrales que combinen:

- Diagnóstico accesible y confidencial con campañas de tamizaje comunitario y móvil.
- Acceso garantizado a tratamientos antirretrovirales y terapias para otras ITS, con continuidad incluso en zonas aisladas.
- Educación en salud sexual intercultural, construida con lenguajes y saberes propios de cada pueblo.
- Reducción del estigma, promoviendo espacios seguros y respeto cultural para revelar y atender condiciones de salud sexual sin discriminación.

Rutas de Atención y Fortalecimiento de la Salud Sexual y Reproductiva

Tabla 26.

Matriz de Rutas de Salud Sexual y Reproductiva

Ruta / Componente	Objetivo	Acciones clave	Responsables	Plazo estimado	Indicadores de seguimiento
1. Prevención y Educación Intercultural en SSR	Fortalecer conocimientos y prácticas de autocuidado en SSR, reduciendo el riesgo de ITS y VIH	• Diseño de materiales educativos en lenguas propias • Jornadas comunitarias diferenciadas (jóvenes, mujeres, hombres) • Formación de promotores indígenas en SSR	Secretarías de Salud Departamentales, EPS indígenas, Autoridades indígenas, IPS interculturales	0–6 meses (inicio) y continuo	• Nº de comunidades intervenidas • Nº de promotores formados • % población indígena que recibe educación en SSR
2. Detección Temprana y Diagnóstico Comunitario	Garantizar acceso oportuno y confidencial a pruebas de ITS y VIH	• Brigadas extramurales/fluviales con pruebas rápidas • Tamizaje en población priorizada • Consentimiento informado con enfoque cultural	Secretarías de Salud, INS (SIVIGILA)IPS públicas y privadas, EPS	3–12 meses	• Nº de pruebas realizadas • % diagnósticos tempranos • Cobertura de tamizaje en gestantes
3. Atención Integral y Continuidad del Tratamiento	Asegurar tratamiento oportuno y sostenido para personas con ITS/VIH	• Inicio inmediato de tratamiento ARV • Seguimiento comunitario • Acompañamiento psicosocial • Apoyo en transporte	EPSIPS habilitadas, Equipos Básicos de Salud, Autoridades indígenas	6–24 meses	• % personas diagnosticadas que inician tratamiento • Tasa de adherencia al tratamiento • Nº abandonos del tratamiento
4. SSR Materna e Infantil	Prevenir transmisión maternoinfantil de ITS y VIH	• Tamizaje prenatal obligatorio • Articulación con parteras tradicionales • Seguimiento madre–hijo	Secretarías de Salud, IPS maternoinfantiles, EPS, Parteras tradicionales	3–24 meses	• % gestantes tamizadas • Nº casos de transmisión vertical • Controles prenatales completos
5. Reducción del Estigma y Fortalecimiento Comunitario	Disminuir discriminación y barreras socioculturales	• Campañas comunitarias anti estigma • Espacios seguros de escucha • Trabajo con autoridades tradicionales	Secretarías de Salud, Autoridades indígenas, Organizaciones comunitarias	6–18 meses	• Nº campañas realizadas • Percepción comunitaria sobre ITS/VIH • Nº personas acompañadas

Ruta / Componente	Objetivo	Acciones clave	Responsables	Plazo estimado	Indicadores de seguimiento
6. Gobernanza y Enfoque Diferencial	Garantizar sostenibilidad y pertinencia cultural de las acciones	• Participación indígena en planeación • Seguimiento a indicadores diferenciados • Articulación con SISPI y planes territoriales	Secretarías de Salud, Ministerio de Salud, Autoridades indígenas	Permanente	• Mesas interculturales activas • Informes de seguimiento • Ajustes al modelo según resultados

Nota: Elaboración propia.

Salud Oral. Es fundamental entender que en las comunidades indígenas la salud oral no se ve de forma aislada. La boca es la puerta de entrada de la palabra y el aliento, por lo que su cuidado es tanto físico como espiritual. Desde Los sistemas de conocimiento para el cuidado oral, la caries no se entiende solo como un “hueco en el diente”, sino como un desequilibrio causado por una alimentación inadecuada, el descuido de la higiene natural o influencias espirituales. Desde la cosmovisión de los pueblos indígenas y el marco del SISPI, la salud oral no se ve solo como un proceso mecánico de limpieza, higiene sino como un ejercicio de equilibrio armónico entre la persona, su comunidad y la naturaleza, una búsqueda de armonía, entre el cuerpo, el espíritu y el territorio. Desde los sistemas de conocimiento, la prevención y curación de la caries, y otras enfermedades de la cavidad oral, se han basado en el uso de la biodiversidad local y rituales que restauran la desarmonía que causa el dolor.

Cuidado Oral y Prevención desde los Sistema de Conocimiento Ancestral. La prevención en la salud oral desde los sistemas de conocimiento ancestral, se basa en fortalecer los tejidos duros del diente como el esmalte y la dentina, igualmente mantener un PH equilibrado mediante el uso de plantas con propiedades antisépticas o abrasivas naturales, el objetivo principal es reducir la carga bacteriana sin barrer la flora beneficiosa, mientras se mantiene un PH alcalino

para evitar la desmineralización del esmalte. Se necesita plantas autóctonas que no solo eliminen bacterias, sino que también aporten minerales y reduzcan la acidez que causa la desmineralización.

Masticación de plantas medicinales como herramienta de prevención de la caries.

Chocó.

Desde el sistema de prácticas ancestrales del pueblo Emberá, la masticación de hojas —en especial de la planta conocida como Kidi, Kid o Kidave— ha sido, desde tiempos inmemoriales, una forma natural y efectiva de cuidado de la salud bucal. Esta planta, considerada sagrada, contiene fluoruros naturales y polifenoles que fortalecen la estructura dental y previenen la erosión ácida, evitando la aparición de caries. Su uso no se entendía únicamente como una práctica física, sino como un acto de armonización entre el cuerpo, el espíritu y el territorio.

El Mayor Luis Ángel Gindrama Manyoma, sabedor del pueblo Emberá Dobidá del Medio Baudó, en el Chocó, relata cómo ancestralmente las comunidades prevenían las caries dentro del núcleo familiar. A través de una pintura simbólica, el Mayor representa esta planta sagrada de la madre selva, utilizada para proteger los dientes desde la primera pubertad. Según su palabra, los jóvenes, al crecer, debían masticar esta planta, la cual teñía los dientes de negro, como signo de protección y salud. Esta práctica garantizaba la fortaleza dental y evitaba el dolor de muela, una afección prácticamente desconocida en la vida cotidiana Emberá de antaño. El Mayor enfatiza que este conocimiento no está en la ciudad, sino que habita en el resguardo, en el territorio ancestral, donde la selva enseña y cuida.

Desde una mirada intercultural, estos saberes pueden dialogar de manera respetuosa con la medicina occidental. Un profesional de la odontología, por ejemplo, puede articular su conocimiento técnico con el saber del médico tradicional o del sabedor, generando procesos comunitarios de formación, orientación y aprendizaje en salud bucal. Sin embargo, el Mayor Gindrama advierte que uno de los desafíos actuales es que muchas personas jóvenes ya no desean usar esta planta sagrada, a pesar de su profundo valor medicinal y espiritual para el pueblo Emberá.

El Mayor recuerda que estas plantas no son de uso común; su manejo corresponde principalmente a los mayores, los ancestros, el Jaibaná, el Tonguero o el Yerbatero, quienes conocen los tiempos del calendario ecológico y realizan los rituales de armonización necesarios antes y después de su consumo. Este proceso otorga no solo protección física, sino también poder espiritual, reafirmando que se trata de un conocimiento natural, profundo y sagrado que debe ser tratado con respeto.

En lengua Emberá, la planta Kiddy o Kid cumplía la función que hoy se atribuye al cepillo y la crema dental. No existía la necesidad de acudir a tiendas ni de usar productos industriales; la selva, la madre naturaleza, proveía todo lo necesario para el cuidado de la vida. Por ello, no se realizaban limpiezas odontológicas ni se conocía el dolor de muela, ya que el contacto temprano y continuo con esta planta medicinal garantizaba la salud de las piezas dentales desde la niñez hasta la vejez.

Como afirmaba el Jaibaná Bueno, “quien inicia el uso de esta planta desde niño queda protegido de manera definitiva contra las caries”. Es una curación que acompaña a la persona durante toda su vida, reafirmando que, para el pueblo

Emberá, la salud no se compra ni se aprende fuera del territorio, sino que se cultiva desde la infancia en diálogo permanente con la selva, los ancestros y la espiritualidad.

1. Fundamentación

- **Concepto de "Bucalidad":** Entender la boca no solo como un órgano funcional, sino como un territorio del cuerpo ligado al "buen vivir", la alimentación tradicional y la comunicación espiritual.
- **Enfoque Diferencial:** Reconocer que en Chocó las barreras geográficas y culturales exigen una atención que no dependa exclusivamente del consultorio odontológico urbano.

2. Ejes de Atención Intercultural

- **Saberes Ancestrales:** Incorporar el uso de plantas medicinales locales (como la *caña la india* o el *capi*) y rituales de armonización realizados por sabedores para el alivio del dolor y la prevención.
- **Complementariedad:** Articular el trabajo de los odontólogos con los Gestores de Salud Indígena del territorio, quienes actúan como traductores culturales y conocen las prácticas de higiene propias de cada pueblo.

Tablas 27.

Componentes del Modelo

Componente	Acción en Territorio (Chocó)
Prevención Propia	Promover el uso de fibras naturales para la limpieza y enjuagues con plantas locales concertadas con las autoridades tradicionales.
Atención Itinerante	Desplazamiento de brigadas con equipos portátiles a las comunidades más alejadas por vía fluvial o terrestre (Chocó).
Educación Bilingüe	Materiales de higiene oral en lenguas nativas (Emberá) que respeten la cosmovisión de cada etnia.

Gobernanza	La administración de los recursos para salud oral será autónoma por parte de las autoridades indígenas, según el Decreto Ley 480 del 2025.

Nota: Elaboración propia.

3. Cumplimiento Normativo (Decreto Ley 0480 de 2025)

- **Habilitación Especial:** Las estructuras de salud oral en estos territorios no se rigen por el manual de habilitación convencional, sino por criterios concertados que permitan la práctica de la medicina tradicional junto a la occidental.
- **Gratuidad:** Todos los procedimientos preventivos y curativos deben ser gratuitos para los integrantes de las comunidades indígenas.

Modelo de Salud Oral Propio e Intercultural (MSOPI)

1. Marco Conceptual: Autocuidado vs. Autoatención

El modelo rompe con la visión biomédica tradicional y adopta la distinción cultural del texto:

- **Nivel de Autocuidado (PreventivoIndividual):** Prácticas cotidianas en el hogar para mantener el equilibrio. Incluye el cepillado con elementos de la "Madre Tierra" (cenizas, hojas de árboles, carbón y semillas de frutas).
- **Nivel de Autoatención (ColectivoCurativo):** Respuesta comunitaria ante el sufrimiento. Se activa cuando hay enfermedad, involucrando a la familia y sabedores para usar medicina tradicional.

2. Protocolo de Medicina Tradicional (Vademécum Ancestral)

El modelo institucionaliza el uso de recursos locales para evitar la dependencia de fármacos externos:

- **Para el Dolor Dental:** Masticación de hoja de coca, uso de tabaco, café, ajo triturado y aceite de clavos.

- **Para Úlceras y Afecciones de Mucosas:** Aplicación de hierba de sapo, palma de temiche, coco, miel, limón y bicarbonato.
- **Para Inflamaciones y Sangrado:** Buches de agua con sal, aplicación de aceite de gusano de moriche y uso de orégano o poleo.
- **Para Lesiones Verrugosas:** Tratamiento mediante creencias cosmológicas (referencia a la espina de pescado) y plantas medicinales.

3. Estrategia de Interculturalidad

Dado que se identifican barreras por "privilegio biomédico", el modelo propone:

- **Eliminación del juicio clínico:** Capacitación a odontólogos occidentales para que no rechacen ni juzguen el estado bucal o las prácticas tradicionales (evitar el temor al rechazo reportado en los estudios).
- **Odontología de "Último recurso":** El profesional occidental interviene principalmente en casos de movilidad dental (extracción) o caries avanzadas que la medicina propia decida derivar, respetando la autonomía indígena.
- **Diálogo de saberes:** Integración de la "sal botoncillo", "planta yie" y "cogollo de guayaba" como coadyuvantes en los tratamientos odontológicos convencionales.

4. Operación en el Territorio (Chocó)

El Decreto Ley 0480 de 2025 permite que la administración sea propia:

- **Acceso Geográfico:** Implementación de brigadas bilingües que lleguen a las cuencas de los ríos en Chocó, eliminando el determinante social de la distancia.

- **Frecuencia de Atención:** Cambiar la estadística actual (visitas mayores a un año) mediante jornadas de "Armonización Oral" donde se combine la limpieza tradicional con la revisión técnica sin estigmatización.
- **Habilitación Especial:** Los lugares de atención no requieren el estándar de una clínica urbana; se validan espacios comunitarios que permitan la práctica de rituales religiosos junto a la silla odontológica.

5. Metas de Impacto

1. **Visibilización:** Recuperar y documentar las tradiciones de higiene oral de los pueblos de Chocó.
2. **Confianza:** Reducir el temor a la pérdida de piezas dentales mediante tratamientos de conservación intercultural.
3. **Soberanía:** Garantizar que los pueblos indígenas administren sus propios recursos de salud oral bajo el esquema del SISPI.

Tabla 28.

Ruta de implementación con plazos

Ruta / Componente	Objetivo	Acciones clave	Responsables	Plazo	Indicadores
Prevención Propia	Recuperar y fortalecer las prácticas ancestrales de higiene y cuidado bucal, para mantener el equilibrio armónico entre el cuerpo y el territorio.	Implementar el uso de plantas medicinales locales (masticatorios o enjuagues tradicionales), rituales de armonización para la dentición en la infancia y dietas propias bajas en azúcares procesados.	Sabedores y médicos tradicionales (Mayores), Equipos de Salud Propia, Promotores Interculturales y la familia.	Permanente (enfoque de ciclo de vida).	Porcentaje de familias que incorporan prácticas de higiene tradicional en su cotidianidad.
Atención Itinerante	Garantizar el acceso a servicios	Despliegue de Unidades Móviles	Estructuras Propias de Salud	Mensual o trimestral, según las	Número de comunidades rurales

	odontológicos clínicos y ancestrales, en los territorios, priorizando en las zonas de difícil acceso, mediante equipos interculturales que se desplazan al territorio.	Interculturales de Salud Oral, equipadas con tecnología portátil realización de jornadas de atención clínica y preventiva en las Unidades Comunitarias de Atención Intercultural (UCAI).	Intercultural (EPSI/IPSI) y Equipos Básicos de Salud Interculturales.	comunidades y la dispersión geográfica de las mismas.	dispersas con cobertura efectiva de atención oral al año.
Educación Bilingüe	Promover el autocuidado oral, respetando la lengua materna y las cosmovisiones de cada pueblo para facilitar la comprensión y el diálogo de saberes.	Creación de materiales didácticos (guías, audios, cartillas) en lengua propia; talleres de educación en salud dirigidos por dinamizadores, promotores, médicos ancestrales, que hablen la lengua materna.	Promotores de salud, Sabedores ancestrales, miembro de la familia, agentes del Ministerio de Salud, en concertación con autoridades indígenas.	Semestral (ajuste de materiales pedagógicos).	Tasa de comprensión de mensajes preventivos, en personas que solo hablan lengua materna.
Gobernanza	Ejercer la autonomía en la administración y toma de decisiones sobre los recursos y el modelo de atención oral dentro del territorio indígena.	Definición de planes de salud oral territoriales por parte de las autoridades tradicionales; administración directa de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud oral y el SISPI.	Autoridades Indígenas (Cabildos o Consejos), Ministerio de Salud y Protección Social.	Anual (evaluación de la ejecución presupuestal y operativa).	Porcentaje de recursos para salud oral ejecutados directamente por las estructuras de gobierno propio.

Nota: Elaboración propia.

Modelos Que Se Pueden Implementar.

Modelo De Prácticas De cuidado.

- Conservación de las lagunas, ríos y montes.

- Reforestación y siembra de plantas medicinales.
- Autocuidado alimentario (consumo de productos naturales sin químicos).
- Armonización con los elementos espirituales del territorio.
- “La salud está directamente ligada al territorio, al agua, al aire y a los recursos naturales que lo conforman.”

Modelo de Cuidado Espiritual y Comunitario.

1. **Eje central:** La armonización espiritual como práctica colectiva de prevención y sanación.
2. **Prácticas ancestrales:**
    - Danzas, cantos, rezos, baños, encierros, ceremonias, tejer, oralidad de la lengua y cosmovisión.
    - Acompañamiento de los Jaibaná, parteras y mayores para restablecer la armonía del cuerpo, pensamientos, corazón (equilibrio, armonía) y el espíritu.
    - Cuidado colectivo del enfermo, donde la familia y la comunidad participan.
3. **Interculturalidad:**
    - Se busca articular estos ritos con los programas de salud pública, sin reemplazarlos, esto desde un diálogo previo, de mutuo acuerdo sin afectar otras prácticas.
    - Se plantea que el modelo intercultural debe reconocer la medicina espiritual como parte de la atención en salud.

- "La medicina ancestral no solo cura, sino que también es preventiva: abrazar los árboles, realizar encierros o rituales en el ciclo menstrual fortalecen el cuerpo y evitan enfermedades."

Modelo de Partería y Cuidado de la Vida.

1. **Fundamento:** Cuidado desde el embarazo, cuidado desde el nacimiento y primeras etapas de vida del niño o niña a cargo de las parteras y mujeres sabedoras.
2. **Principios ancestrales:**
   - La mujer embarazada es un ser sagrado que debe ser protegido y acompañado.
   - La partera no solo atiende el parto, sino que garantiza el equilibrio espiritual de madre y bebé.
   - Se transmiten conocimientos sobre plantas, masajes, rezos y protección energética.
3. **Dimensión intercultural:**
   - Se busca reconocimiento formal y articulación con los servicios de salud occidental, pero manteniendo la autonomía de la partería ancestral.
   - "La partería es un saber ancestral transmitido de generación en generación, que garantiza la vida, el cuidado de la madre y del recién nacido."

Modelo de Medicina Preventiva Ancestral.

Basado en la observación de la naturaleza y en el equilibrio del cuerpo con el entorno, se comprende que el actuar de las personas en la comunidad —sus pensamientos, conductas y la armonía de sus espíritus— debe aportar bienestar

colectivo y fortalecer la vida comunitaria.

1. **Ejemplos de prácticas**

- Uso de plantas como la manaca para prevenir la anemia, otras hierbas sirven para curar la malaria, curar el pensamiento, serenar el corazón y dar orientación cuando hay problemas intrafamiliares.
- Dietas rituales, ayunos, limpiezas con humo o con agua consagrada.
- Educación desde la infancia sobre la conexión entre alimentación, espíritu, territorio, ombligarlos y hacerlos participe en las ceremonias cuando sea posible.

2. **Dimensión intercultural:**

- Articulación con los programas de salud preventiva del Estado (nutrición, vacunación, salud mental, pautas de cuidado, cuidado del territorio, medio ambiente, salud oral, teniendo en cuenta también la visión indígena del cuerpo y del espíritu).
- “La salud debe entenderse como un proceso continuo de cuidado, prevención y transmisión de vida.”

Modelo de Ética y Protección del Conocimiento.

1. **Fundamento:** La medicina ancestral tiene doble poder, puede sanar o dañar y debe orientarse siempre hacia el bien.

2. **Principios éticos:**

- Uso responsable del conocimiento.
- Formación espiritual de los nuevos sabedores, usar prácticas como ver el corazón y el pensamiento, esto como elección de que el saber cae en buenas manos.

- Compromiso de no usar el saber para causar daño.

3. **Interculturalidad:**

- Se propone incluir este principio ético en la reglamentación del SISPI, como parte del cuidado integral.
- “El reto actual es reafirmar el compromiso ético de los médicos tradicionales, para que el saber ancestral se consolide como un pilar de vida, armonía y cuidado colectivo.”

Estado del arte.

Chocó.

Caracterización del estado de salud desde lo propio y lo institucional.

1. Comprensión del estado de salud desde la visión propia.

En el departamento del Chocó, el estado de salud de los pueblos indígenas Emberá Dobidá, Emberá Katío y Emberá Chamí se comprende desde una concepción integral de la vida, en la cual el bienestar no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se expresa como equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la familia, la comunidad y el territorio. Desde esta visión propia, las afectaciones en salud están profundamente relacionadas con procesos históricos y estructurales que han alterado las condiciones de vida y los sistemas de armonía territorial.

Las comunidades identifican como causas centrales de las desarmonías en salud la pérdida del control territorial, la contaminación de ríos y fuentes de alimento, el desplazamiento forzado, la violencia armada y la ruptura de las dinámicas comunitarias tradicionales. Estas afectaciones generan enfermedades que no siempre tienen una correspondencia directa en las categorías biomédicas, pero que

se manifiestan en síntomas físicos, emocionales y espirituales reconocidos colectivamente.

Desde lo propio, el estado de salud se evalúa a partir de indicadores comunitarios como la fortaleza espiritual, la cohesión familiar, la capacidad de producir y consumir alimentos propios, la presencia activa de sabedores y parteras, y la posibilidad de realizar prácticas de armonización y sanación en el territorio. Cuando estos elementos se ven afectados, las comunidades reconocen un deterioro del estado de salud colectivo, incluso antes de que se presenten eventos clínicos visibles.

2. Estado de salud desde el enfoque institucional.

Desde el enfoque institucional, el análisis de la situación de salud en el Chocó se ha construido principalmente a partir de fuentes como el ASIS departamental, los registros del SISPRO, SIVIGILA, RIPS y los reportes de las Secretarías de Salud. Estos sistemas evidencian una alta carga de enfermedad asociada a infecciones respiratorias y gastrointestinales, enfermedades transmitidas por vectores, desnutrición, mortalidad materna y perinatal, así como afectaciones en salud mental relacionadas con violencia y desplazamiento.

No obstante, la información institucional presenta limitaciones importantes para reflejar de manera adecuada la realidad de los pueblos indígenas. Los subregistros, la baja cobertura de atención, la dificultad de acceso geográfico y la ausencia de variables culturales y territoriales hacen que el estado de salud reportado no capture la totalidad de las afectaciones reconocidas por las comunidades. En muchos casos, los eventos en salud solo ingresan al sistema cuando las desarmonías han alcanzado niveles críticos.

4. Articulación entre el estado de salud propio e institucional.

El análisis comparado evidencia una brecha estructural entre la forma como las comunidades indígenas del Chocó comprenden su estado de salud y la manera en que el sistema institucional lo registra y analiza. Mientras el enfoque propio identifica las causas profundas de las afectaciones —territoriales, espirituales y comunitarias, el sistema institucional se centra en eventos clínicos aislados.

El SISPI, en el componente de cuidado de la salud propia e intercultural, plantea superar esta brecha mediante la integración de ambos enfoques, reconociendo que el estado de salud no puede analizarse únicamente a partir de indicadores biomédicos, sino que debe incorporar los criterios propios definidos por las comunidades.

4. Estado del arte de los sistemas de información en salud – Chocó.

En el Chocó, los sistemas de información disponibles para el análisis de la situación de salud se dividen en dos grandes ámbitos: los sistemas institucionales y los mecanismos propios de registro comunitario.

Desde lo institucional, se utilizan principalmente el SISPRO, SIVIGILA, RIPS, el ASIS departamental y los registros administrativos de EPSI, IPSI y ESE. Estos sistemas permiten identificar tendencias generales, pero presentan limitaciones en términos de cobertura territorial, desagregación étnica efectiva y pertinencia cultural.

Desde lo propio, las comunidades cuentan con instrumentos de registro no estandarizados, construidos a partir de la memoria colectiva, las relatorías de encuentros comunitarios, los registros de parteras y sabedores, y los instrumentos técnicos aplicados en el marco del Convenio 2157 de 2025.

Estos insumos recogen información sobre enfermedades propias, prácticas

de cuidado, itinerarios terapéuticos, criterios de remisión y barreras de acceso, aunque no siempre dialogan de manera sistemática con los sistemas institucionales.

El SISPI identifica la necesidad de consolidar un sistema de información intercultural que articule ambos niveles, respetando la autonomía comunitaria y garantizando la protección de los saberes ancestrales.

5. Actores, procesos y protocolos de articulación.

En el análisis del estado de salud del Chocó intervienen múltiples actores, entre ellos autoridades tradicionales, sabedores, parteras, comités comunitarios de salud, EPSI, IPSI, ESE y Secretarías de Salud. Sin embargo, los protocolos de articulación entre estos actores han sido débiles o inexistentes, lo que ha dificultado la coordinación efectiva del cuidado.

El modelo SISPI propone establecer protocolos interculturales de articulación que definan claramente los roles de cada actor, los criterios de referencia y contrarreferencia, los mecanismos de intercambio de información y las rutas de atención desde lo propio hacia lo institucional y viceversa.

El análisis de la situación de salud desde lo propio e institucional en Chocó evidencia que la construcción del modelo de salud propia e intercultural requiere integrar ambos enfoques de manera complementaria y no subordinada. El SISPI se configura, así como la plataforma que permite articular la información, los actores y las prácticas de cuidado, garantizando que el estado de salud de los pueblos indígenas sea analizado y atendido desde sus realidades territoriales, culturales y espirituales.

Inspección, vigilancia y control del sistema.

Chocó.

1. El control propio es un proceso espiritual, no técnico. Para los pueblos del Chocó, el control del sistema se hace desde la sabiduría ancestral del Jaibaná, el territorio y la espiritualidad.

- El seguimiento se expresa mediante lecturas espirituales sobre enfermedades, desequilibrios y afectaciones a la comunidad.
- Evaluar la salud implica ver si la comunidad está en armonía con el río, el monte y el orden espiritual.

2. La ley de origen guía todo seguimiento.

El Art. 67 habla del mandato propio, para el Chocó esto significa:

- Aplicar las orientaciones de los mayores.
- Mantener la memoria del territorio.
- Actuar desde normas espirituales y culturales que vienen antes del Estado.

3. Las autoridades tradicionales ejercen el control.

Ejercen la vigilancia del sistema:

- Jaibanás, parteras, curanderos
- Cabildos y líderes del territorio
- Sabedoras Sabedores

El control no es para sancionar sino para corregir y armonizar lo que se ha roto.

4. El control se hace territorialmente.

No se concibe que la vigilancia se haga en oficinas o con formatos:

- Se hace en fogones, malocas, ríos, caminos, espacios rituales.

- El territorio es un indicador que muestra el equilibrio o desequilibrio del sistema.

5. Vigilar significa proteger saberes y prácticas.

El control propio incluye:

- Proteger al Jaibaná y su rol.
- Evitar que prácticas externas vulneren los espacios sagrados.
- Garantizar que los servicios interculturales no afecten la espiritualidad de las personas.

Para el Chocó, el Art. 67 Decreto Ley 0480 del 2025 es la base jurídica que reconoce que el verdadero control del sistema de salud indígena, es espiritual, comunitario y territorial, ejercido por los sabedores y no por la institucionalidad externa.

Principios transversales a incorporar.

- **Primacía del Mandato Propio**: Todo mecanismo de seguimiento se legitima por la Ley de Origen, Palabra de Vida y las decisiones del Cabildo o estructura de gobierno propio.
- **Control diferencial**: Distinguir claramente entre *control propio* (prácticas, rituales, saberes) y *control estatal / intercultural* (servicios biomédicos), con procesos y actores distintos.
- **Territorialidad y espiritualidad como indicadores**: indicadores culturales/espirituales deben ser parte del M&E.

Propuestas concretas para incluir en el modelo SISPI.

1. Gobernanza del seguimiento y control propio.

1.1. Propuesta normativa: *"Cada territorio definirá y registrará su* ***Mandato Propio de Seguimiento y Control****, que será aprobado en Asamblea de Cabildo y consignará: autoridades responsables (jaibaná/payé, cabildo, comité de sabedores), procedimientos de control, instrumentos de registro cultural, rutas de referencia interna entre sabedores, y mecanismos de articulación con órganos institucionales. El Mandato Propio prevalecerá para todo lo concerniente a prácticas, rituales y saberes propios."*

1.2. Elementos clave a definir en el Mandato Propio:

a. **Composición del Comité de Seguimiento y Control Propio (CSCP):** jaibaná/payé, 2 mayores, 1 representante juvenil, 1 representante de parteras, 1 representante del Consejo.

b. **Competencias:** seguimiento espiritual, valoración de prácticas, protección de saberes, autorización de remisiones espirituales.

2. *Mecanismo de articulación intercultural con entidades estatales.*

2.1. Propuesta normativa: *"Se establece la figura del* ***Enlace Intercultural Territorial****, designado por el Cabildo y reconocido por el Ministerio/Secretaría de Salud, para coordinar la comunicación entre el CSCP y las instituciones de salud (incluida la Supersalud), garantizando la no intromisión en prácticas propias y una ruta de referencia / contrarreferencia intercultural."*

2.2. Funciones del Enlace Intercultural: Mediación en remisiones, acompañamiento a pacientes en IPS, traducción cultural, seguimiento a acuerdos interculturales.

3. Protección de saberes y consentimiento informado comunitario.

3.1. Incluir un Protocolo de Biocustodia y Acceso al Conocimiento: reglas para registro, uso, y divulgación de saberes; propiedad colectiva; sanciones comunitarias por extracción indebida.

3.2. Incluir plantillas de Consentimiento Informado Comunitario: para cualquier investigación, registro o capacitación que involucre saberes tradicionales.

4. *Matriz de Monitoreo y Evaluación intercultural: Indicadores mixtos.*

Diseñar una matriz de seguimiento que incluya:

4.1. Indicadores espirituales/culturales (propios): por ejemplo, Porcentaje de rituales/ceremonias realizadas según calendario tradicional, percepción comunitaria de armonía" evaluación por asamblea, existencia de viveros de plantas medicinales.

4.2. Indicadores operativos (estatal/intercultural): Porcentaje de remisiones interculturales correctamente registradas; tiempo de respuesta en traslado; existencia de Enlace Intercultural activo.

5. Reconocimiento y protección de los sabedores.

5.1. Crear Reglamento de reconocimiento Comunitaria de Sabedores: criterios de legitimidad (años de práctica, reconocimiento comunitario, ejercicios de transmisión), niveles de formación (aprendiz, guardián, mayor).

5.2. Registro comunitario de sabedores El cual no debe ser público sin consentimiento y debe ser adjuntado como anexo.

6. Rutas de referencia y contrarreferencia intercultural.

6.1. **Formalizar Rutas internas (entre sabedores y casas de curación) y Rutas externas (cuando se requiere atención biomédica); cada**

remisión debe incluir registro cultural: si se rompió un proceso ritual, qué se hizo para restituir la armonía.

7. Protección financiera y transparencia.

7.1. **Incluir en el modelo la creación de subcuentas territoriales** para recursos SISPI, manejo transparente y rendición de cuentas comunitaria (actas de cabildo, reportes a asamblea).

Propuestas y medidas específicas para Chocó.

A. Sistema de Control Espiritual dirigido por Jaibanás.

- **Propuesta:** Crear el Sistema de Seguimiento y Control Espiritual del Pueblo indígena del Chocó filiales a Gobierno Mayor, liderado por Jaibanás y mayores, como instancia máxima encargada de vigilar la armonía y el equilibrio del sistema de salud propia.
- **Funciones:**
  a. Realizar *lecturas espirituales* para evaluar desequilibrios comunitarios.
  b. Identificar faltas, rupturas o afectaciones provocadas por personas, instituciones o prácticas externas.
  c. Orientar correcciones y armonización.
  d. Autorizar y supervisar prácticas de medicina propia.
- **Justificación:** El Jaibaná es el que determina cuándo hay desequilibrios espirituales, cómo se repara y quién debe intervenir.

B. Comité de Valoración Cultural del Cabildo

- **Propuesta:** Conformar un Comité de Valoración Cultural dentro del Cabildo, encargado de revisar, validar y acompañar:
  a. La conducta de promotores y agentes interculturales.

b. La coherencia de las acciones del SISPI con la Ley de Origen.

c. La relación entre familias, territorios y prácticas de salud.

- **Funciones específicas:**

a. Levantar *actas de palabra* sobre situaciones que afecten el sistema.

b. Recomendar acciones espirituales o comunitarias.

c. Ser puente directo entre Jaibanás y estructuras organizativas.

- **Justificación:** Los Cabildos indígenas del Chocó son los espacios donde se corrigen comportamientos y se toman decisiones colectivas.

C. Sistema Comunitario de Monitoreo Territorial

- **Propuesta:** Establecer un sistema donde los propios comuneros vigilen el estado del territorio, ya que el territorio es el primer indicador de salud para los pueblos del Chocó.
- **Elementos del sistema:**

a. Caminatas rituales para revisar ríos, montes, lugares de fuerza.

b. Observación territorial para detectar desequilibrio espiritual.

c. Informes comunitarios sobre afectaciones ambientales que incidan en la salud.

d. Verificación de que se respete la concentración espiritual del Jaibaná.

- **Justificación:** Para las comunidades indígenas del Chocó el equilibrio de salud está ligado al territorio; por lo tanto, el control no puede separarse del territorio.

D. Ruta Restaurativa y de Armonización Propia

- **Propuesta:** Implementar una Ruta Restaurativa y de Armonización para corregir afectaciones al sistema de salud indígena, tanto internas como provocadas por servicios externos.

Incluye cuatro pasos:

1. **Identificación del daño espiritual o cultural** (por Jaibaná y Comité de Valoración).
2. **Realización del ritual necesario** para restaurar la armonía.
3. **Recomposición comunitaria**: palabra, acuerdos, corrección de conducta.
4. **Registro comunitario** en acta de Cabildo como evidencia del control propio.

- **Justificación:** Para las comunidades indígenas del Chocó cuando algo se rompe, debe "arreglarse espiritualmente"; por lo tanto, el control propio corrige y armoniza, no sanciona como el Estado.

E. Escuela Territorial de Transmisión de Saber para el Control Propio

- **Propuesta:** Transformar la idea de "escuela de saberes" en un espacio especializado para la formación de jóvenes y futuros sabedores en temas de control propio, no solo en plantas medicinales.
- **Enfoque de formación:**
  a. Ley de Origen y Ley Natural.
  b. Cómo hacer lectura espiritual.
  c. Cómo acompañar procesos de armonización.
  d. Normas culturales del territorio.
  e. Ética del comportamiento indígena.

- **Justificación:** El relevo generacional es esencial para que el sistema de control propio no desaparezca.

¿Para qué sirve la Matriz de Monitoreo y Evaluación con indicadores culturales y operativos en el SISPI?

En el SISPI la Matriz M&E no es solo para cifras, también sirve para:

- Medir equilibrio espiritual
- Revisar si se está respetando la Ley de Origen
- Evaluar si las rutas interculturales funcionan
- Vigilar que los sabedores estén protegidos
- Acompañar las decisiones de Cabildo
- Mostrar al Estado un reporte intercultural sin perder la esencia cultural

  Es decir, combina lo propio (cultural/espiritual) y lo institucional (operativo).

Tabla 29.

Matriz M&E Propuesta

Indicador	Tipo	Responsable	Evidencia	Frecuencia
Número de rituales de armonización realizados	Cultural/espiritual	Sabedor/Payé	Actas o registro de ritual	Mensual
Cumplimiento de remisiones interculturales	Intercultural/operativo	Enlace intercultural	Formato de remisión	Mensual
Armonía comunitaria percibida	Cultural	Asamblea	Acta de reunión	Trimestral
Uso de plantas medicinales protegidas	Cultural	Sabedoras	Registro comunitario	Trimestral

Nota: Elaboración propia.

Inspección, Vigilancia Y Control (IVC) Intercultural Para Chocó

Principios rectores de la propuesta.

1. Respeto pleno a la Ley de Origen, Derecho Propio, Palabra de Vida y Autoridades Tradicionales. El ejercicio de IVC estatal solo procede cuando está enmarcado en mecanismos concertados, validados por Cabildo y Sabedores.
2. Dualidad de sistemas**:**
    - **IVC Estatal** (Supersalud – MSPS – Secretarías),
    - **IVC Propio** (Sabedores, Cabildos, Jaibaná).
3. Cogobernanza**:**

    Toda acción de IVC debe ser concertada con la estructura indígena de gobierno propio, tal como exige el Art. 66.
4. No intervención en prácticas, rituales ni espacios sagrados; el control estatal no puede vigilar ni intervenir lo espiritual o propio (Art. 67).
5. Adaptación cultural del Manual de la Supersalud**.**

    Se aplican los capítulos del manual sobre auditoría, supervisión y verificación, adaptándolos a criterios interculturales para no vulnerar prácticas ancestrales.

Propuesta general para ambos territorios.

1. Creación del "Mecanismo Intercultural de IVC del SISPI – MIIVC".

Es la estructura formal donde se coordina la IVC estatal y propia.

- **Composición:**
    a. 1 Enlace Intercultural Territorial (designado por Cabildo).
    b. 2 Sabedores / Jaibaná / Payé.
    c. 1 Representante del Cabildo.
    d. 1 Profesional del MSPS (designado para el SISPI).

e. 1 Delegado de la Supersalud (solo para temas interculturales).

f. 1 Representante de la Secretaría de Salud departamental.

- **Funciones:**

a. Definir las metodologías de IVC intercultural.

b. Adaptar el Manual de Supersalud al contexto propio.

c. Revisar casos donde el IVC estatal pueda generar afectación cultural.

d. Articular el IVC propio (Art. 67) con el IVC intercultural (Art. 66).

e. Emitir conceptos interculturales sobre servicios y actores del sistema.

- **Justificación:** El Artículo 66 exige concertación, crear el MIIVC garantiza un espacio legítimo y estable de coordinación.

2. Adaptación intercultural del Manual de la Supersalud.

Se propone aprobar una “Guía Territorial de IVC Intercultural” que adapte el manual a:

- Tiempos culturales (asambleas, palabra, permisos espirituales).
- Territorios y accesos (río, selva, maloca).
- Procedimientos que no vulneren lo sagrado.

- **Ajustes principales:**

a. Reemplazar inspecciones intrusivas por visitas dialogadas, avaladas por cabildo.

b. Sustituir el requerimiento documental tradicional por actas de palabra, informes comunitarios o valoraciones rituales.

c. Incorporar criterios de respeto territorial: no ingreso a lugares sagrados sin autorización.

d. Crear formatos interculturales de verificación (en vez de auditorías estándar frías).

3. Enlace Intercultural como figura obligatoria.

El Enlace Intercultural será el punto de contacto entre:

- Supersalud
- MSPS
- Secretaría de Salud
- Cabildo
- Sabedores

Rol: Garantizar que la IVC estatal no interfiera con prácticas espirituales ni procesos propios.

4. Criterios interculturales de IVC.

- **IVC estatal no puede vigilar:**
  a. Ritualidades, curaciones espirituales, plantas sagradas, malocas, sitios prohibidos.
  b. Procesos donde el cabildo determine que son de naturaleza espiritual.
- **IVC estatal sí puede vigilar (con aval comunitario):**
  a. Cumplimiento de acuerdos interculturales por IPS.
  b. Atención diferencial e intercultural.
  c. Uso adecuado de recursos asignados.
  d. Cumplimiento de rutas interculturales.
  e. Garantía de derechos en la atención.
- **IVC propio es el encargado de:**
  a. Evaluar armonía espiritual y cultural.

b. Controlar conducta de promotores.

c. Vigilar respeto por la palabra de origen.

d. Definir acciones restaurativas.

Propuesta específica para Chocó.

1. Protección del Jaibaná como criterio de IVC.

La autoridad espiritual es esencial, la IVC debe incluir un criterio obligatorio: Ningún procedimiento de inspección o supervisión afectará, interrumpirá o interferirá las funciones del Jaibaná, ni los espacios rituales del pueblo indígena del Chocó filiales a Gobierno Mayor

2. Verificación sobre plantas medicinales y casas de salud propias.

El IVC intercultural debe revisar si:

- Las IPS respetan el uso de plantas tradicionales.
- Existen espacios para parteras y sabedores dentro del sistema.
- La atención no vulnera el territorio sagrado, ni los lugares de fuerza.

3. Mecanismo restaurativo ante afectación cultural por parte del sistema occidental.

Si un servicio de salud rompe un proceso espiritual, el MIIVC activará:

- Ritual de armonización.
- Reparación comunitaria.
- Medidas preventivas a la institución.
- Registro de la falencia.

Esto sustituye la noción clásica de sanción inmediata.

Articulo sugerido

"El MIIVC adaptará el Manual de IVC de la Superintendencia, garantizando el respeto absoluto por la Ley de Origen y los sistemas espirituales, de acuerdo con la diversidad de los pueblos del Chocó. Las acciones estatales de IVC se limitarán al ámbito intercultural y operativo, quedando excluidas las prácticas propias, que serán vigiladas exclusivamente por las autoridades ancestrales según el Artículo 67".

Caracterización del estado de salud desde el SGSSS.

Chocó. Aunque la salud es un derecho fundamental, en este departamento su garantía enfrenta grandes desafíos asociados a barreras de acceso, debilidades estructurales del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), dispersión geográfica, conflicto armado y profundas inequidades sociales. En este contexto, el presente capítulo desarrolla la caracterización del estado de salud de los pueblos indígenas del Chocó desde el ASIS institucional, articulando los hallazgos del SGSSS con la visión del cuidado propio e intercultural que orienta el SISPI.

De conformidad con los lineamientos del ASIS institucional, la caracterización del estado de salud de los pueblos indígenas del Chocó se realiza considerando la morbilidad, mortalidad, determinantes sociales, ambientales y culturales de la salud, así como las prioridades definidas en las dimensiones del PDSP, incorporando el enfoque diferencial étnico y territorial.

La situación de salud evidencia una transición epidemiológica incompleta, en la cual coexisten enfermedades crónicas no transmisibles con enfermedades transmisibles, infecciosas y parasitarias, configurando una carga de enfermedad elevada y evitable, particularmente en población indígena residente en zonas rurales dispersas.

MorbiMortalidad.

Morbilidad. A nivel nacional, las enfermedades no transmisibles continúan

siendo las principales causas de consulta y hospitalización. El ASIS 2024 reporta que el 83,4 % de las atenciones en salud correspondieron a este grupo de patologías. Mientras que, en el departamento del Chocó, la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Organización Mundial de la Salud OMS alertaron sobre un incremento significativo de la morbilidad y mortalidad infantil durante el primer trimestre de 2024. Las principales causas identificadas fueron la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la malaria y la desnutrición, afectando especialmente a niños y niñas menores de cinco años.

En cuanto a la desnutrición infantil sigue siendo una de las problemáticas más críticas en la región. En 2024, el Chocó registró 988 casos de morbilidad asociados a desnutrición, dentro del total nacional de 21.867 casos. Además, se reportaron 28 muertes en menores de cinco años relacionadas con esta condición, en el mismo año.

Aunque no se cuenta con un listado completo de las principales causas de morbilidad en Chocó, que además sea consolidado del ASIS 2024 e integre todas las causas identificadas, el análisis del territorio, junto con la revisión de informes previos y la información suministrada por las instituciones y las comunidades, permite destacar los siguientes aspectos como los más relevantes.

- **Enfermedades gastrointestinales y del sistema respiratorio**. En zonas fronterizas del Chocó (según un ASIS más antiguo) se identificaron como primeras causas de morbilidad para consulta externa y urgencias las enfermedades gastrointestinales y del sistema respiratorio.
- **Enfermedades del sistema circulatorio / no transmisibles.** A nivel

general para el departamento, el análisis de la situación en salud recoge que las enfermedades nutricionales y metabólicas estaban aumentando como causa de mortalidad, seguidas por enfermedades respiratorias e infecciosasparasitarias. Esto sugiere que en morbilidad también tienen un peso relevante las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.).

- **Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años**. Como se indicó previamente, esta situación constituye una de las problemáticas más críticas en el departamento, reflejada en el elevado número de casos de enfermedad y en la preocupante mortalidad infantil.
- **Enfermedades infecciosas / parasitarias**. Dadas las condiciones de comunidad, territorio, clima, aislamiento en algunas zonas del Chocó y los retos de acceso a servicios básicos, las enfermedades transmisibles siguen siendo parte importante de la carga de morbilidad. Por ejemplo: Malaria, EDA, IRA.
- **Signos, síntomas y estados mal definidos.** En el informe nacional, se indicaba que, tras las enfermedades no transmisibles, un porcentaje de las atenciones son por “síntomas, signos y estados mal definidos” (≈ 9 % en Colombia). Lo anterior sugiere que, en el Chocó, también es probable que una parte importante de las atenciones en salud no llegue a un diagnóstico preciso.

Factores que agravan la morbilidad en el Chocó.

1. Contexto de **conflicto armado**, desplazamientos, confinamientos y vulnerabilidad que impactan salud y acceso a servicios.
2. Condiciones de **inseguridad alimentaria y falta de infraestructura de**

servicios de salud, agua, saneamiento, que favorecen enfermedades de base, especialmente en poblaciones indígenas y afrodescendientes.

3. **Territorio con geografía compleja y comunidades dispersas,** lo que dificulta la vigilancia en salud, retrasa el diagnóstico temprano y limita la posibilidad de brindar tratamientos oportunos.
4. **La combinación de enfermedades "crónicas" emergentes + transmisión "clásica" (infecciosas) + determinantes sociales adversos** hacen que la morbilidad sea multifactorial.

Tabla 30.

Morbilidad Chocó

Causa / agrupación	Comentario breve y evidencia
Enfermedades no transmisibles (p. ej. hipertensión, diabetes, enfermedades nutricionales/metabólicas)	A nivel nacional las ENT son la principal causa de consultas en ASIS 2024. En Chocó se observa aumento de problemas crónicos y metabólicos en los análisis territoriales.
Enfermedades del sistema respiratorio (IRA — Infecciones respiratorias agudas)	Las IRA figuran entre las principales causas de consulta y morbilidad en el ASIS departamental, preocupación por mortalidad infantil por IRA en 2024.
Enfermedades gastrointestinales / EDA (Enfermedad Diarreica Aguda)	Elevada carga en zonas con falta de agua/ saneamiento, aumento de muertes por EDA en menores de 5 años reportado para Chocó en 2024.
Desnutrición infantil (morbilidad y mortalidad en <5 años)	Casos significativos de desnutrición y muertes en <5 años reportados por fuentes nacionales y regionales (Chocó aparece entre los departamentos con aumento).
Enfermedades infecciosas / parasitarias (Malaria, dengue, otras)	Malaria, dengue y otras enfermedades vectoriales aparecen en los reportes regionales y en el ASIS nacional como preocupantes para zonas como Chocó.
Signos, síntomas y estados mal definidos (consultas sin diagnóstico concreto)	En el ASIS nacional un porcentaje importante de atenciones corresponde a esta categoría, se refleja también en los territorios con limitaciones diagnósticas.
Salud mental / violencia (incluye impactos por conflicto y desplazamiento)	Aunque la mortalidad directa puede ser baja, la afectación por violencia, salud mental y daños indirectos es relevante en la caracterización territorial del Chocó.

Lesiones y causas externas (accidentes, violencia interpersonal)	Identificadas en análisis de necesidades y boletines locales como parte de la carga por causas externas.

Nota: Elaboración propia

En el departamento del Chocó, entre 20232024, podemos concluir que las **principales causas de morbilidad general** incluyen:

- Enfermedades no transmisibles (crónicas: sistema circulatorio, nutricionales, metabólicas).
- Enfermedades del sistema respiratorio.
- Enfermedades gastrointestinales / infecciosas (EDA, IRA).
- Desnutrición, especialmente en menores de 5 años.
- Enfermedades transmisibles / parasitarias (Malaria).
- Consultas por signos, síntomas y estados mal definidos.

Mortalidad. En el año 2023, la tasa de mortalidad general en Chocó presentó un incremento en comparación con el 2019, en concordancia con otros departamentos con condiciones socioeconómicas y territoriales similares como Bolívar, Sucre y Huila. Este incremento no es tan pronunciado como el observado en los años críticos de pandemia, pero muestra una tendencia sostenida, lo cual sugiere que no se ha retornado completamente a niveles prepandémicos. Este patrón se asocia con factores estructurales: acceso limitado a servicios de salud, condiciones de ruralidad dispersa y determinantes sociales que afectan la atención oportuna de enfermedades crónicas y agudas.

En lo referente a la mortalidad infantil y en primera infancia, uno de los aspectos más críticos en Chocó es la alta mortalidad en menores de 5 años.

- La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) alcanzó 29,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, tres veces la tasa nacional.

- En primera infancia (0–5 años), la tasa fue 3,8 por 1.000 habitantes, muy superior al promedio nacional de 1,6.
- Estas cifras evidencian problemas estructurales de salud pública, especialmente en atención maternoinfantil, cobertura de servicios básicos, vacunación y nutrición.

El análisis permitió identificar cinco categorías principales de mortalidad, que se presentan a continuación.

1. **Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**

➢ En adultos mayores, al igual que en el resto del país, predominan las enfermedades isquémicas del corazón, hipertensivas y cerebrovasculares.

➢ Estas causas concentran la mayor proporción de muertes en la población de 60 años y más.

➢ La tendencia es consistente con el perfil epidemiológico nacional, aunque en Chocó se ve amplificada por diagnósticos tardíos y menor acceso a controles preventivos.

2. **Enfermedades infecciosas y parasitarias**

➢ La mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) es significativa, sobre todo en población infantil.

➢ Estas enfermedades están fuertemente asociadas a desnutrición y condiciones de vida precarias.

➢ Persisten secuelas del impacto de COVID19 dentro de la categoría de “otras enfermedades infecciosas”.

3. **Desnutrición y causas asociadas**

- Chocó reportó la tasa más alta de mortalidad infantil por desnutrición en Colombia en 2023, con 61,8 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años.
- El 72,1 % de estas muertes ocurrieron en zonas rurales, reflejando profundas brechas de acceso a servicios y alimentos básicos.
- Esta situación tiene una correlación directa con la mortalidad por EDA e IRA en menores, lo que evidencia un problema sistémico y no solo clínico.

4. **Mortalidad por causas externas (no naturales)**

- En Chocó, las causas externas presentan un patrón diferenciado respecto a otros departamentos.
- Homicidios: presentes, sobre todo en jóvenes y adultos jóvenes, pero sin niveles críticos como los observados en Antioquia o Valle del Cauca
- Accidentes de tránsito: Chocó registra la tasa más baja del país, debido a baja densidad vial y menor volumen de vehículo.
- Suicidios: casos reportados, pero sin aumento significativo.
- Este patrón indica que la carga de mortalidad en Chocó está más concentrada en causas prevenibles y enfermedades crónicas e infecciosas, no en violencia o accidentalidad vial.

5. **Distribución etaria de la mortalidad**

- El grupo de adultos mayores (60 años y más) concentra la mayor proporción de defunciones, principalmente por enfermedades

cardiovasculares y respiratorias crónicas.

- En la población joven, las causas externas son más relevantes, pero no superan a las causas naturales.
- En menores de 5 años, predominan causas potencialmente evitables como desnutrición, infecciones respiratorias y diarreas.

Esto confirma que la transición epidemiológica en Chocó es incompleta: coexisten enfermedades transmisibles propias de contextos con rezago en salud pública, con enfermedades crónicas propias de etapas avanzadas de la transición demográfica.

Tabla 31.

Mortalidad Chocó

Categoría	Indicador / Causa	Detalle / Ejemplos	Valor / Situación 2023	Comparación nacional / Observaciones
Mortalidad general	Tasa de mortalidad general	Total defunciones por 1.000 hab.	↑ mayor que en 2019	Tendencia similar a Bolívar, Sucre y Huila
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil	Muertes menores de 1 año por 1.000 NV	**29,2**	Alta — 3 veces la nacional
Primera infancia (0–5 años)	Tasa de mortalidad	Defunciones por 1.000 hab.	**3,8**	Muy superior al promedio nacional (1,6)
Enfermedades circulatorias	Enfermedades isquémicas, hipertensivas, cerebrovasculares	Principal causa en adultos mayores	Alta	Alineada con tendencia nacional
Enfermedades infecciosas y parasitarias	COVID19, IRA, EDA	Alta incidencia	Alta	Impacto fuerte en menores y población vulnerable
Desnutrición	Desnutrición proteicocalórica, EDA/IRA asociadas	Especialmente en 0–5 años	**Tasa 61,8 x 100.000**	Más alta del país
Causas externas	Homicidios, accidentes de tránsito, suicidios	Principalmente homicidios	Baja en accidentes, media en homicidios	Accidentes: tasa más baja del país

Enfermedades respiratorias crónicas	EPOC, bronquitis crónica, otras	En adultos mayores	Moderada	Similar a media nacional
Neoplasias (tumores)	Estómago, colon, órganos digestivos	En adultos mayores	Moderada	Sin repunte relevante
Mortalidad infantil – causas específicas	Bajo peso al nacer, IRA, malformaciones congénitas	Menores de 1 año	Alta	Defunciones sin asistencia frecuente
Violencia	Homicidios	Jóvenes y adultos jóvenes	Presente	Menor que en Valle y Antioquia
Accidentes de tránsito	Lesiones no intencionales	Población general	Muy baja	Más baja del país
Población afectada	Grupos etarios más afectados	Menores de 5 años y adultos mayores	Alta vulnerabilidad	Urge fortalecimiento de atención primaria

Nota: Elaboración propia

Determinantes Sociales En Salud.

- Falta de servicios públicos esenciales (energía, agua, alcantarillado).
- Falta de saneamiento básico (agua potable, letrinas, no clasificación de residuos).
- Contaminación minera y de desechos de ríos.
- Tala de árboles que afectan el medio ambiente y territorio.
- Presencia de grupos armados, que generan desplazamientos forzosos de la comunidad y reclutamiento de menores.
- Limitada infraestructura vial, lo hace uno de los departamentos con mayores retos de conectividad en el país.
- La geografía, condiciones de hábitat, pobreza y cuestiones deficitarias estructurales del sistema de salud.
- Determinantes sociales negativos para la salud pública, lo cual conlleva a riesgo elevado de enfermedades infecciosas.
- Necesidad de proteger la práctica espiritual frente a la violencia, minería y

contaminación que afectan la recolección de plantas y el equilibrio espiritual.

Barreras De Acceso.

- Falta de atención en salud por no llevar documento de identidad o que lo acredita como indígena.
- Discriminación por parte de la población afro.
- Distancia entre la comunidad y el puesto de salud más cercano.
- Pesca o caza restringida por fuera del territorio para su alimentación.
- Ingresos económicos restringidos.
- Presencia de grupos armados.
- Creciente de ríos, así mismo cuando están secos se convierten en riesgos visibles para transportarse.
- Ausencia de medios de transporte fluviales para el desplazamiento al acceso de los servicios de salud requeridos.
- La movilidad depende en gran medida de los ríos y de la limitada infraestructura vial.
- Sistema de referencia y contrarreferencia insuficiente.
- Los sabedores advirtieron que la minería y el conflicto armado están deteriorando los lugares sagrados y obstaculizando el ejercicio espiritual, las dragas y el mercurio afectan la “vida de las plantas”, reduciendo la eficacia de las curaciones.

Relación De La Medicina Ancestral Con El SGSSS.

- Los hospitales y centros de salud deben tener espacios para la medicina ancestral, como salas de atención intercultural.

- Fortalecer la salud propia e intercultural significa tener un equipo completo, capacitado, con infraestructura adecuada y comunicación permanente, donde convivan la medicina ancestral y la occidental.
- Se recuerda que el ejemplo personal es fundamental: un promotor o un líder de salud debe practicar en su hogar lo que enseña a la comunidad.
- En lo ancestral, no tienen una tabla de contenidos ni una dosificación exacta para entregar los medicamentos.
- Capacitación y formación de equipos de salud en las comunidades, con encuentros e intercambios entre sabedores tradicionales y profesionales occidentales.
- Los auxiliares requieren formación técnica y ancestral, las campañas de prevención deben responder a la realidad del territorio y la articulación entre medicina propia y occidental debe construirse con respeto.
- Capacitación y formación de equipos de salud en las comunidades, con encuentros e intercambios entre sabedores tradicionales y profesionales occidentales.
- Cuando llega un enfermo, el médico tradicional, el Jaibaná, utiliza su canto para reconocer el origen del mal. A través de ese canto, él determina si la enfermedad tiene cura dentro del territorio o si, por el contrario, no corresponde a lo propio y debe remitirse al pueblo o al hospital.

Distancia Que Existe Entre La Comunidad Y El Puesto De Salud Más Cercano. Las comunidades indígenas del Chocó enfrentan tiempos de desplazamiento de entre 2,5 y más de 10 horas hasta el centro de salud más

cercano, principalmente por vía fluvial. Esta situación obliga a fortalecer estrategias de atención extramural, brigadas comunitarias, puestos de salud interculturales y equipos básicos de salud con enfoque territorial.

1. **Comunidad Playita Gella Llanito Gella:** Dependiendo de la comunidad el centro de salud más cercano se encuentra en el municipio de Pizarro (Bajo Baudó). Hospital de primer nivel de atención, en lancha de 4, 5, 6, 7 horas, 1 día o dos días, en motor 15.
2. **Comunidad Unión Resguardo río Salaqui:** El centro de salud más cercano queda en el municipio de Riosucio, primer nivel de atención (Bajo Atrato): 4 horas en motor 15.
3. **Comunidad Chanú – Resguardo Alto Río Bojayá Bellavista:** El Hospital más cercano es de primer nivel de atención y queda en Bojayá Bellavista a 910 horas (motor 15).
4. **Comunidad Nuncidó Resguardo Katru Dubasa Ankoso:** Los centros de salud más cercanos están en los municipios de Piepato y el municipio de Puerto Meluk, primer nivel de atención, queda a 4 y 5 horas respectivamente. (Motor 15).
5. **Comunidad Caimaneros de Jampapa Resguardo Río Munguido:** El centro de salud más cercano es en el municipio de Quibdó, Hospital San Francisco de Asís, II nivel de atención, queda a 4 a 5 horas. (Motor 15).
6. **Comunidad Puerto Indio Resguardo Chori – Nuquí:** El centro de salud más cercano es en el municipio de Nuquí, primer nivel de atención, queda a 2,5 horas (Motor 15).

Tabla 32.

Subregiones del Chocó

Región	Municipios
Región Atrato	Conformada por los municipios de: Quibdó, El Carmen de Atrato, Atrato, Bagadó, Bojayá, Lloró, Medio Atrato y Rio Quito.
Región San Juan	Conformada por los municipios de: Istmina, Medio San Juan, Sipí, El Litoral del San Juan, Tadó, El Cantón de San Pablo, Cértegui, Unión Panamericana, Condoto, Nóvita, Rio Iró y San José del Palmar.
Región Pacifico	Conformada por los municipios de Bahía Solano, Juradó y Nuquí
Región Darién	Conformada por los municipios de Riosucio, Carmen del Darién, Belén de Bajirá, Unguía y Acandí
Región Baudó	Conformada por los municipios de Alto Baudó, Medio Baudó y Bajo Baudó

Fuente: Informe Plan Financiero Territorial de Salud 20242027 Departamento de Chocó. MinSalud

Organización De La Red De Prestación De Servicios. La Red está conformada por las Subregiones Atrato, San Juan, Pacífico, Darién y Baudó. Para la atención de mediana complejidad, la red de servicios del Chocó se apoya principalmente en municipios de otros departamentos debido a las limitaciones locales en oferta y capacidad instalada. La región del Darién tiene como centros de referencia los municipios de Turbo y Apartadó (Antioquia). En la parte baja de la región del San Juan, especialmente en Litoral del San Juan, las remisiones se realizan hacia Buenaventura (Valle del Cauca). Por su parte, San José del Palmar, también perteneciente a la región del San Juan, remite a Cartago (Valle del Cauca). En la región del Atrato, El Carmen de Atrato tiene como referencia el municipio de Ciudad Bolívar (Antioquia).

Las demás zonas del departamento, incluyendo las regiones del Pacífico y el Baudó, cuentan como centro de referencia de mediana complejidad con la Nueva

ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís, entidad que actualmente se encuentra bajo medida de intervención forzosa administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto a la atención de alta complejidad, la población del Chocó es remitida principalmente a la ciudad de Medellín, donde los servicios son prestados por el Hospital General de Medellín y la IPS Universitaria. Los pacientes llegan allí a través de remisiones realizadas desde la Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís y desde el municipio de Turbo (Antioquia), que recibe la mayor parte de usuarios provenientes de la red de Urabá.

Asimismo, las personas referidas inicialmente a Cartago (Valle del Cauca) son trasladadas a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, mientras que quienes llegan a Buenaventura son enviados a la ESE Hospital Universitario del Valle. Finalmente, los usuarios atendidos en Ciudad Bolívar (Antioquia) son remitidos también hacia centros de alta complejidad en la ciudad de Medellín.

La prestación de servicios de salud mental, se realiza en la Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís.

En lo que respecta a la atención de baja complejidad está dada por cinco (5) municipios del departamento, Quibdó (ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia), Istmina (ESE Hospital Eduardo Santos), Tadó (ESE Hospital San José de Tadó), Condoto (ESE Hospital San José de Condoto) y Carmen de Atrato (ESE Hospital San Roque). Son ESE de carácter municipal para la prestación de servicios de baja complejidad. Los restantes veinticinco (25) municipios cuentan con infraestructuras públicas operadas por IPS privadas.

Las aseguradoras presentes en el Chocó son:

1. Nueva EPS
2. Comfachocó
3. Sanitas

Problemas De Carácter Médico/ Sanitario.

- El deterioro agudo del contexto aumenta gravemente las barreras de acceso en un sistema de salud disfuncional, aumentando las tasas de morbimortalidad evitable.
- El sistema de vigilancia epidemiológico del departamento es deficiente y con escaso alcance, lo que invisibiliza la situación epidemiológica de estos municipios y limita la reactividad institucional y de agencias humanitarias sobre acciones necesarias en salud para la población.
- Servicios de urgencias médicas y programas preventivos están limitados a las cabeceras municipales.
- Modelo de salud privado (EPS – IPS) disfuncional y politizado y con baja cobertura, no adaptado a geografía y contexto.
- Desconexión entre la zona rural dispersa y los siguientes niveles de atención en salud.
- Abandono de las estructuras de salud en área rural.
- Los trabajadores de salud están afectados por amenazas y situaciones de inseguridad.
- La situación de conflicto armado reduce drásticamente el número de actividades extramurales, siendo la población más vulnerable la más afectada.

Barreras de acceso en el marco del SGSSS.

Se identifican barreras estructurales en el aseguramiento, la prestación de servicios, la promoción y la prevención, tales como:

- Exigencia de documentos de identidad y acreditación étnica.
- Discriminación y trato no diferencial.
- Grandes distancias geográficas y ausencia de transporte fluvial adecuado.
- Sistemas de referencia y contrarreferencia insuficientes.
- Riesgos asociados al conflicto armado y a las condiciones climáticas.

Las autoridades que asistieron a los espacios desarrollados también afirmaron que:

- “No hay trato humanizado para los diferentes pueblos en las estructuras de salud, hay estigma, discriminación, prejuicios entre muchas más”.
- “Cuando vamos por problemas de salud nos dicen porque vamos tan tarde, “vienen cuando están mal” “la ropa está sucia vaya cámbiese” y porque vamos pintado”.
- “No hay alguien de nuestro propio pueblo para que nos ayude a entender que dice el médico y nosotros decir que sentimos o tenemos. (solo señalamos donde nos duele)”.
- “Nos piden documentación sin entender que documentos”
- “Hablen bien qué no se entiende, vaya busque a alguien que le ayude para que le traduzca”.
- “Pida a tiempo la cita (desconociendo que no viven en los municipios y

territorio a grandes distancias)".

- "No le ofrecen una ruta adecuada para el albergue o no tienen a nadie asignado para la atención de este".
- "Son atrasados en entender lo que le decimos, es que no entienden estos cholos".
- "Ya vienen estos cholos a joder" (Cholos es la forma despectiva de llamar a los pueblos originarios del Chocó).
- "No entiendo lo que dice el médico para tomarme las pastillas".
- "La mayoría si no tiene transporte propio para subir a la comunidad, esperan en los albergues o donde a alguien que le dé posada, hasta que alguien de la comunidad baje o de cercanía a su comunidad entonces retornan".
- "La mayoría no cuenta con afiliación de EPS no saben dónde los atienden, los afilian sin ellos saber dónde los atienden o en qué municipio esta su afiliación".
- "Las ambulancias de algunas entidades prestadoras de salud en los territorios, ya sea terrestre o acuática, no llegan a las comunidades. En otros casos no tienen".

Articulación de la medicina propia con el SGSSS.

El SISPI reconoce la medicina ancestral como un sistema legítimo de cuidado de la salud. En los pueblos Emberá, los sabedores tradicionales, como el Jaibaná, cumplen funciones de diagnóstico espiritual, orientación terapéutica y armonización.

- La articulación con el SGSSS debe garantizar:
- Espacios interculturales en hospitales y centros de salud.

- Formación del talento humano en salud con enfoque intercultural.
- Reconocimiento del rol de promotores, sabedores y parteras.
- Protocolos de referencia y contrarreferencia intercultural, respetando la autonomía de los pueblos.

Lineamientos para el fortalecimiento del cuidado propio e intercultural.

En coherencia con el SISPI, se establecen como lineamientos prioritarios:

- Fortalecer la gobernanza indígena en salud.
- Proteger el territorio como determinante esencial de la salud.
- Integrar acciones del PDSP con los planes de vida y planes de salvaguarda de los pueblos indígenas.
- Garantizar la participación efectiva de autoridades tradicionales y sabedores.
- Avanzar hacia un modelo de atención intercultural, territorial y comunitario.

La caracterización del estado de salud de los pueblos indígenas del Chocó evidencia la necesidad urgente de consolidar el SISPI como un sistema propio, articulado al SGSSS, que garantice el derecho fundamental a la salud desde un enfoque diferencial, intercultural y territorial, contribuyendo a la pervivencia física, cultural y espiritual de los pueblos indígenas.

Identificación y análisis de las desarmonías y desequilibrios interculturales.

El análisis de las desarmonías en salud de los pueblos indígenas del Chocó, permite comprender que la enfermedad no se reduce a una alteración del cuerpo. Para estas comunidades, enfermar es una señal de ruptura del equilibrio profundo que une al cuerpo, el espíritu, la familia, la comunidad y el territorio. Desde esta mirada integral, las afectaciones en salud se expresan en tres dimensiones inseparables: espiritual, física y psicosocial, que, aunque pueden manifestarse de manera distinta, están estrechamente conectadas en la

cosmovisión indígena.

En el Chocó, las comunidades enfrentan una carga persistente de enfermedades transmisibles como la malaria, la tuberculosis, las parasitosis, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas, junto con altos niveles de desnutrición infantil. Estas desarmonías físicas no surgen de manera aislada: están profundamente relacionadas con la contaminación de las fuentes de agua, las dificultades históricas para acceder a servicios de salud oportunos y los efectos prolongados del desplazamiento forzado y el confinamiento. En el plano espiritual, la minería, la violencia armada y la pérdida de líderes y sabedores han generado un desequilibrio profundo. La muerte de quienes custodiaban el conocimiento ancestral y la estigmatización de prácticas tradicionales, frecuentemente señaladas como "brujería", han dado lugar a enfermedades que, desde la mirada indígena, no tienen una causa visible, pero sí un origen espiritual y territorial. En el ámbito psicosocial, la tristeza persistente, el miedo y la desconfianza hacia las instituciones reflejan un tejido comunitario herido por años de violencia, exclusión y abandono.

La salud indígena de Chocó se concibe como un equilibrio entre cuerpo, territorio, espíritu y comunidad. Las desarmonías y desequilibrios (enfermedades) surgen cuando se rompe esta armonía, ya sea por causas físicas, espirituales, sociales o ambientales. Este análisis se realiza desde una perspectiva propia e intercultural, reconociendo tanto los saberes ancestrales como los indicadores epidemiológicos intercultural.

Tabla 33.

Desarmonías prevalentes Chocó

Tipo De Desarmonía	Manifestación	Causas	Saberes De Intervención	Impacto Comunitario	Actores responsables	Resultado esperado

Espirituales	Pérdida de conexión con los espíritus del agua y del monte, sueños perturbadores, enfermedades sin causa visible.	Contaminación minera, violencia armada, intervención religiosa.	Ceremonias con jaibanás, uso del pilde, baños rituales, cantos y soplos, plantas medicinales.	Debilitamiento de cohesión comunitaria, estigmatización cultural	Gobierno Mayor, comunidades, Ministerio de Salud	Recuperación del equilibrio espiritual, protección de sabedores
Física	Malaria, tuberculosis, parasitosis, desnutrición infantil, IRA, EDA.	Agua contaminada, acceso limitado a servicios, desplazamientos forzados.	Plantas medicinales, sobanderos, veedores de orina, parteras	Alta mortalidad infantil y materna	EPS indígenas, alcaldías, Ministerio de Salud	Reducción de mortalidad, acceso seguro a agua y alimentos
Psicológica	Tristeza profunda, miedo, desconfianza institucional	Estigmatización cultural, persecución de sabedores, ruptura comunitaria	Acompañamiento colectivo, rituales de armonización, orientación de mayores	Fragmentación del tejido social	Comunidades, líderes espirituales	Disminución de miedo y fortalecimiento comunitario

Nota: Elaboración propia.

El siguiente cuadro es el diagnóstico integral, que conecta cuerpo, espíritu y comunidad en cada etapa. Muestra cómo cada etapa enfrenta riesgos específicos: la niñez marcada por la desnutrición y la pérdida de protección ritual, la juventud por la migración y la violencia, la adultez por la presión de economías ilegales y la estigmatización de sabedores, y la vejez por el abandono y la pérdida de lengua. Frente a estas rupturas, se plantean necesidades y saberes propios: parteras, plantas medicinales, escuelas de sabiduría, ceremonias de sanación y reconocimiento político de mayores.

Tabla 34.

Ciclo de Vida con Desarmonías y Equilibrios – Chocó

Etapa	Desarmonías / Desequilibrios	Necesidades / Saberes
Niñez (0–12 años)	**Físicas:** desnutrición infantil, EDA, malaria, parasitosis. **Espirituales:** pérdida de protección ritual en nacimientos. **Psicosociales:** miedo por violencia y	Acceso a agua y alimentos, vacunación, baños rituales, plantas medicinales, protección espiritual desde el nacimiento.

	desplazamiento.	
Juventud (13–25 años)	**Físicas:** riesgo de malaria y tuberculosis en zonas mineras. **Espirituales:** desconexión con espíritus del agua y monte. **Psicosociales:** violencia armada, desplazamiento, pérdida de cohesión comunitaria.	Espacios de formación cultural, orientación de mayores, mingas de salud, fortalecimiento de identidad.
Adultez (26–59 años)	**Físicas:** tuberculosis, malaria, enfermedades crónicas no atendidas. **Espirituales:** asesinatos de sabedores, estigmatización de prácticas ancestrales. **Psicosociales:** desconfianza institucional, fragmentación comunitaria.	Acceso a servicios interculturales, protección de sabedores, acompañamiento comunitario, reconocimiento oficial en SISPI.
Vejez (60+ años)	**Físicas:** enfermedades crónicas, abandono de mayores. **Espirituales:** estigmatización de sabedores como “brujos”, pérdida de equilibrio espiritual. **Psicosociales:** aislamiento, falta de reconocimiento político.	Reconocimiento político de mayores como médicos ancestrales, cantos, soplos, transmisión de sueños, custodios de memoria espiritual.

Nota: Elaboración propia.

La información condensada en el siguiente cuadro es la herramienta de seguimiento, que convierte el diagnóstico en metas concretas y medibles, y traduce esas desarmonías en indicadores verificables: mortalidad infantil, cobertura de vacunación, migración juvenil, número de sabedores reconocidos, transmisión de lengua, participación en ceremonias. Permite que el SISPI y las instituciones midan avances en cada etapa vital, combinando indicadores biomédicos con culturales y comunitarios.

Tabla 35.

Mapa de Indicadores por Ciclo de Vida – Chocó

Etapa	Indicadores Físicos	Indicadores Espirituales	Indicadores Psicosociales
Niñez (0–12 años)	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Número de ceremonias de protección en	Percepción de seguridad en comunidades

	Cobertura de vacunación (%) Prevalencia de malaria, EDA, parasitosis.	nacimientos Registro de parteras activas	Participación infantil en espacios culturales
Juventud (13–25 años)	Prevalencia de tuberculosis y malaria en jóvenes. Acceso a servicios básicos de salud.	Número de jóvenes que participan en ceremonias de sanación Porcentaje de jóvenes que hablan lengua materna.	Tasa de migración juvenil (%) Índice de cohesión comunitaria (encuestas) Tasa de migración juvenil (%) Índice de cohesión comunitaria (encuestas)
Adultez (26–59 años)	Prevalencia de enfermedades crónicas (anemia, respiratorias) Acceso a infraestructura hospitalaria	Número de sabedores reconocidos oficialmente en SISPI. Casas de Sabiduría en funcionamiento.	Participación en mingas de salud. Nivel de confianza institucional (encuestas).
Vejez (60+ años)	Prevalencia de enfermedades crónicas en mayores. Acceso a servicios de salud interculturales.	Número de ceremonias comunitarias lideradas por mayores. Transmisión oral de lengua y sueños.	Reconocimiento político de sabedores mayores. Índice de integración comunitaria de adultos mayores.

Nota: Elaboración propia.

Actores de salud dentro del SISPI. El fortalecimiento del talento humano o actores de salud constituye uno de los pilares estratégicos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Su desarrollo debe responder a las realidades territoriales, culturales, epidemiológicas y organizativas de los pueblos indígenas, garantizando la articulación entre los saberes propios y los saberes occidentales, sin subordinación ni pérdida de autonomía.

La estimación de las necesidades de talento humano en salud se fundamenta

en la identificación de los actores propios e interculturales existentes, el análisis de las brechas en la atención, la definición de procesos de formación pertinente y el fortalecimiento de la investigación en salud propia, bajo los principios de autodeterminación, consentimiento libre, previo e informado, y control territorial del conocimiento.

1. **Identificación y relación del talento humano en salud propio e intercultural**

El SISPI reconoce como actores de salud a todas aquellas personas que cumplen funciones de cuidado, sanación, acompañamiento, diagnóstico, orientación espiritual y prevención de la enfermedad dentro de las comunidades, independientemente de su reconocimiento formal por el sistema de salud occidental. Estos actores se organizan desde lo propio y desde lo intercultural, y su articulación es clave para la garantía del derecho a la salud.

El cuidado de la salud propia e intercultural nace y se sostiene en las personas que cuidan la vida en los territorios: sabedores y sabedoras, jaibanás, tsaimanás, parteras, médicos tradicionales, rezanderos, promotores comunitarios y profesionales interculturales que, desde sus conocimientos y prácticas, acompañan a las personas, las familias y las comunidades en los procesos de prevención, sanación y armonización. En el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), el talento humano o como les nombran las comunidades indígenas, actores de salud, no se entiende solo como una capacidad técnica, sino como un tejido vivo de saberes, espiritualidad, ética y compromiso colectivo con el buen vivir.

Desde esta mirada, se reconoce la necesidad de estimar y fortalecer el talento humano en salud de acuerdo con las realidades de los pueblos indígenas del

Chocó, territorios diversos, dispersos y profundamente conectados con la naturaleza y el mundo espiritual. Allí, los actores propios del cuidado cumplen un papel fundamental para garantizar la continuidad de la atención, especialmente en contextos donde el acceso al sistema de salud occidental es limitado, y donde la palabra, el ritual, el acompañamiento y el conocimiento ancestral siguen siendo el primer camino para cuidar la vida. Al mismo tiempo, es prioritario el fortalecimiento de los actores de salud, tanto desde lo propio como desde lo intercultural, para crear un proceso de acompañamiento y protección del conocimiento, y no como una sustitución de las prácticas tradicionales.

A continuación, se describen quienes, desde ambos enfoques, contribuyen directamente a los procesos de cuidado, acompañamiento y articulación intercultural.

2.1 Actores de salud desde lo propio. En el departamento del Chocó, los pueblos indígenas Emberá cuentan con un sistema propio de salud sustentado en una red amplia de sabedores y sabedoras, cuyas funciones se complementan y se transmiten de generación en generación:

Tabla 36.

Actores en salud desde lo propio para el Chocó

Sabedor	Rol principal	Aporte al SISPI
Jaibaná *(daubara)*	Son los médicos espirituales y líderes del conocimiento ancestral. Utilizan el pilde (borrachero) como planta de poder para entrar en contacto con los Jaís (espíritus o esencias). Realizan ceremonias de curación, protección y armonización del territorio. Ejercen autoridad en temas de salud, justicia y conflictos comunitarios.	Atención de enfermedades espirituales, prevención colectiva, justicia y salud propia

Partera (o) *(warra careba tobibata)*	Expertas en el acompañamiento del embarazo, parto y posparto. Utilizan técnicas tradicionales, plantas medicinales y saberes transmitidos por generaciones. Su labor es clave en territorios donde el acceso a servicios médicos es limitado.	Reducción de mortalidad materna e infantil, atención culturalmente segura
Yerbatero o hierbatero *(neara kitua kababe)*	Personas que tiene conocimiento de plantas curativas, de cómo administrar y dar la cantidad de estas plantas para aliviar el cuerpo, según la afectación.	Primer nivel de atención desde la medicina propia
Tonguero (*ibatau*)	Son especialistas en el diagnóstico a través de la lengua y otras señales corporales. Su práctica puede incluir la interpretación de síntomas visibles y el uso de plantas específicas. Su saber está basado en la observación, la experiencia y la transmisión oral.	Identificación temprana de desequilibrios
Sobandero (*dayi tabari, dayi tasobari)*	Son sanadores tradicionales que practican técnicas manuales para aliviar dolencias físicas como luxaciones, esguinces, contracturas y otros malestares musculares o articulares. Utilizan técnicas empíricas para acomodar huesos, relajar músculos y tratar lesiones. Emplean remedios caseros como ungüentos, esencias, plantas medicinales y en algunos casos, rezos o rituales.	Atención de lesiones frecuentes en el territorio
Veedor de orina (*Siba akubari, Shiba akubari)*	Son sabedores que analizan la orina de una persona para diagnosticar enfermedades o desequilibrios físicos y espirituales. Observa la orina directamente en un recipiente, sin instrumentos médicos.	Detección de enfermedades desde el saber propio
Curandero *(dayi akubari)*	Es una persona que tiene conocimientos tradicionales en plantas medicinales, rituales espirituales o prácticas ancestrales, brinda atención a personas con problemas físicos, emocionales o espirituales; su conocimiento se basa en la tradición oral, la experiencia, y la cultura propia.	Complemento a otros saberes tradicionales.

Nota:

Tabla 37.

Síntesis comparativa del rol de los actores

Dimensión	Chocó
Espiritual	Jaibanás, parteras, sabedores de montaña y río; guías del acompañamiento espiritual.
Comunitario	Familias, comunidades y mujeres guardianas de la medicina viva.

Dimensión	Chocó
Territorial	Consejo Territorial de Sabiduría del Chocó; articulado a cabildos y autoridades.
Técnico – intercultural	IPSI Indígenas, mediadores culturales y equipos de salud del Chocó.
Educativo – formativo	Escuelas de Jaibanás y Parteras; procesos pedagógicos por etapas.
Protección y defensa	Guardias indígenas, Defensorías comunitarias, redes de mujeres.

Nota: Elaboración propia.

2.2 Actores de salud desde lo intercultural y occidental.

El talento humano del sistema occidental presente en el territorio cumple un papel complementario y debe actuar bajo enfoques diferenciales e interculturales.

Tabla 38.

Actores en salud occidental relevantes para el territorio

	Función principal	Rol intercultural
Médico	Persona con formación profesional en medicina, y que cuenta con una licencia que la autoriza a ejercer la profesión. Los médicos ayudan a prevenir, diagnosticar, tratar y atender lesiones, enfermedades y otras afecciones.	Articulación con rutas propias
Enfermero jefe	Profesional de la salud capacitado para atender a las personas con enfermedades o discapacidades. También se conoce como profesional de enfermería y titulado en enfermería.	Enlace entre comunidad e IPS
Auxiliar de enfermería	Profesional de la salud que asiste a médicos y enfermeros en el cuidado básico de los pacientes. Su trabajo es fundamental para garantizar el bienestar y la comodidad de los enfermos.	Atención en territorio
Promotor en salud / Gestor en salud / Agente comunitario en salud	Profesional o voluntario capacitado para educar, informar y motivar a las personas sobre temas de salud. Su trabajo principal es prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables en la comunidad.	Puente intercultural

Psicólogo	Profesional especializado en el estudio de la conducta humana, los procesos mentales y las emociones. Su objetivo principal es comprender, evaluar, prevenir y tratar problemas psicológicos, emocionales y conductuales.	Abordaje psicosocial y comunitario
Microscopista	Técnico especializado en el uso del microscopio para analizar muestras biológicas (sangre, orina, esputo, etc.) y detectar microorganismos, como: Parásitos, bacterias, hongos y protozoos. Su trabajo es clave en el diagnóstico temprano de muchas enfermedades infecciosas, especialmente en zonas donde enfermedades como la malaria, tuberculosis o enfermedades parasitarias son comunes.	Detección temprana
Bacteriólogo	Profesional de laboratorio especializado en el estudio de bacterias y otros microorganismos que causan enfermedades. Su función principal es identificar, aislar y analizar microorganismos patógenos en muestras biológicas (sangre, orina, heces, esputo, etc.) para ayudar en el diagnóstico médico.	Soporte diagnóstico
Odontólogo	Profesional de la salud especializado en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades y condiciones de la boca, los dientes, las encías, la lengua y otras estructuras orales. Su trabajo no solo se enfoca en la estética dental, sino también en la salud general del paciente, ya que muchas enfermedades sistémicas comienzan en la boca.	Prevención oral

Nota: Elaboración propia.

Su articulación con los sabedores debe basarse en el respeto mutuo, el reconocimiento del saber propio y la construcción conjunta de rutas de atención intercultural.

Imagen 17.

Actores generales del modelo de salud propio e intercultural



Nota: Elaboración propia.

Necesidades de fortalecimiento del talento humano en salud.

El fortalecimiento del talento humano debe responder a las brechas estructurales identificadas en cada territorio.

Tabla 39.

Fortalecimiento talento humano

Chocó
• Diagnóstico intercultural actualizado y unificado por subregiones. • Registro de rutas fluviales, tiempos reales, barreras y costos. • Mapeo de actores propios de salud por comunidad. • Análisis detallado de morbilidad/mortalidad infantil y enfermedades transmisibles. • Alto subregistro por vigilancia débil. • Red de servicios fragmentada, dependencia de otros departamentos para mediana y alta complejidad. • Información georreferenciada de IPS, ESE, sabedores, puntos críticos y riesgos ambientales. • Identificación de brechas en talento humano, insumos, transporte y vigilancia. • Línea de base de salud mental comunitaria y espiritual.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 40.

Compilación de Estructuras Organizativas Propias

Estructura Organizativa Propia	Función Principal o Énfasis	Chocó
Autoridades Tradicionales / Asamblea Comunitaria	Gobierno, decisión y creación de estructuras.	Sí
Sabedores / Certificación Ancestral	Eje central de la medicina propia y salvaguarda de conocimientos.	Sí
Casa de Sabiduría / Verdad (Infraestructura Propia)	Espacio sagrado de curación y articulación intercultural.	Sí
Guardia Indígena	Protección territorial articulada al cuidado colectivo y la seguridad.	Sí
Comités de Coordinación Intercultural	Diálogo y resolución de tensiones con el sistema de salud occidental.	Sí
Proyección de institución propia en salud	Aspiración a largo plazo de contar con una entidad administradora y operativa de salud propia.	Sí

Nota: Elaboración propia.

Esquema Organizativo Propio En El Departamento Del Chocó.

El esquema organizativo propio en el Departamento del Choco se enfoca en la autoridad política, el territorio (los ríos como eje vital) y la articulación intercultural con el SGSSS.

Tabla 41.

Tipo de Estructura Organizativa Propia Departamento del Chocó

Tipo de Estructura Organizativa Propia	Función y Mandato Específico
Autoridades Tradicionales (Gobernadores, Capitanes, Cabildos)	Son las estructuras Políticoorganizativas que orientan, deciden, consolidan e implementan el SISPI. Tienen el mandato de asegurar que el modelo se trabaje y exija desde los Planes de Vida, siendo la guía para el cuidado y la protección de la vida.
Sabedores y Sabedoras Tradicionales	Son el eje central de la medicina propia (*Jaibanás, Yerbateros, Parteras*), reconocidos como autoridades espirituales en salud. Sus estructuras son responsables de la protección y salvaguarda de los conocimientos ancestrales.
Casa de Verdad (Dearate) / Casa Ancestral de Salud	Es el espacio sagrado de curación donde se atiende tanto el cuerpo físico como el espíritu. Se requiere su construcción para articular la medicina ancestral con el personal de salud occidental en un esquema verdaderamente intercultural.
Guardia Indígena	Estructura organizativa cuya función principal es la protección territorial y que debe articularse con las estrategias del SISPI para el cuidado colectivo y la seguridad de las prácticas de salud.
Comités de Coordinación Intercultural	Se propuso la creación de un Comité Intercultural de Gestión y Seguimiento, con representación de Chocó, para garantizar transparencia, diálogo permanente y resolución de tensiones con el

	sistema occidental.
Proyección de instituciones propias en salud Indígenas	La administración comunitaria debe contemplar la aspiración a largo plazo de contar con una estructura propia para la administración y operatividad del modelo, para garantizar una atención diferencial y pertinente, administrada por los propios pueblos.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 42.

Necesidades de formación propia y complementaria.

Chocó
• Escuela territorial de medicina ancestral y fortalecimiento a parteras Emberá y Wounaan. • Mayor articulación entre la medicina ancestral y procesos de capacitación institucional. • Herramientas pedagógicas propias y bilingües.

Nota: Elaboración propia.

La formación debe reconocer a los sabedores como formadores, no solo como sujetos de capacitación.

Procesos de investigación en salud propia e intercultural.

La investigación es entendida como un proceso comunitario de recuperación, protección y fortalecimiento del conocimiento.

- Escuelas de investigación propia.
- Sistematización comunitaria de prácticas y narrativas de sanación.
- Protocolos propios de investigación para proteger el conocimiento
- ancestral.
- Centros de documentación vivos (archivos orales, cartografías,
- herbolarios).
- Investigaciones interculturales sobre epidemiología propia, plantas
- medicinales, prácticas de parto y enfermedades prevalentes.
- Creación de un Observatorio indígena de salud y buen vivir con

- indicadores propios de salud y el monitoreo comunitario.

Tabla 43.

Procesos de investigación priorizados

Proceso	Objetivo
Escuelas de investigación propia	Fortalecer capacidades comunitarias
Sistematización de prácticas	Preservar el conocimiento
Protocolos propios	Proteger saberes
Centros de documentación vivos	Memoria colectiva
Observatorio indígena	Monitoreo del buen vivir

Nota: Elaboración propia.

Estrategias y desarrollos propios en investigación

- Investigación propia e intercultural: Fomentar procesos de investigación comunitaria que documenten prácticas, plantas medicinales, rituales y técnicas de sanación.
- Sistematización territorial: Crear repositorios comunitarios protegidos, en lengua propia y español, que resguarden y organicen los conocimientos.
- Protocolos de uso y protección del conocimiento: Definir acuerdos éticos y jurídicos para evitar el extractivismo cultural y asegurar que el conocimiento permanezca bajo control de las autoridades.
- Laboratorios territoriales de conocimiento: Espacios comunitarios para experimentar, revitalizar y validar prácticas ancestrales (huertos medicinales, casas de partería, centros de armonización).
- Diálogo de saberes estructurado: Crear mecanismos permanentes donde sabedores, profesionales y entidades analicen conjuntamente casos, prácticas y rutas interculturales.

Tabla 44.

Estrategias de desarrollo del conocimiento

Estrategia	Descripción
Investigación comunitaria	Liderada por autoridades y sabedores
Repositorios protegidos	En lengua propia y español
Protocolos éticos	Prevención del extractivismo cultural
Laboratorios territoriales	Casas de partería, huertos medicinales
Diálogo de saberes	Espacios permanentes interculturales

Nota: Elaboración propia.

Identificación del estado de avance desde lo intercultural.

Chocó. El desarrollo de procesos interculturales presenta una dualidad marcada por avances en el reconocimiento normativo y la validación de saberes ancestrales, pero sufre de dificultades estructurales persistentes, como la pobreza extrema, el conflicto armado y la limitada capacidad institucional.

Avances en los Procesos Interculturales en Salud:

- **Reconocimiento Normativo y de Políticas Públicas:** Colombia se ha reconocido como un país multiétnico y pluricultural, lo que ha llevado al desarrollo de políticas y lineamientos para la salud con enfoque diferencial. Recientemente, se han emitido resoluciones, como la Resolución 1964 de 2024, que buscan la integración de prácticas y conocimientos ancestrales como parte esencial de la identidad cultural en la planeación en salud.
- **Fortalecimiento de Sistemas Propios:** Se han dado pasos significativos hacia la estructuración e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que busca incluir la sabiduría ancestral y las prácticas medicinales tradicionales en el cuidado de la salud.
- **Organización Comunitaria:** Existen experiencias de base, como la Red Interétnica de Parteras y Parteros del Chocó (ASOREDIPARCHOCO), que trabajan por la integración y agrupación de las parteras y parteros

tradicionales, sirviendo como puentes entre la medicina propia y el sistema de salud convencional.

- **Diálogo de Saberes:** Se han identificado buenas prácticas y promovidos intercambios interculturales para afianzar conocimientos y lecciones aprendidas entre el personal de salud y las comunidades, fomentando la comunicación asertiva y el respeto mutuo.

Dificultades y Barreras Principales:

- **Problemas Estructurales y Pobreza:** El Chocó es uno de los departamentos más pobres de Colombia, con un bajo índice de desarrollo humano (IDH), lo cual impacta directamente en la salud y el bienestar de su población. Las carencias de recursos son una barrera fundamental.
- **Crisis Humanitaria y Conflicto Armado:** El conflicto armado persistente, la violencia y la presencia de grupos armados ilegales generan una aguda crisis humanitaria, desplazamientos y confinamientos, lo que impide el acceso efectivo a los servicios de salud y la implementación de programas en los territorios.
- **Ineficiencia Institucional y Barreras de Acceso:** A pesar de las políticas, persisten barreras en el acceso a servicios de salud, largas esperas y una ineficiencia general del sistema. La respuesta del Estado se ha centrado a menudo en la militarización en lugar de soluciones integrales.
- **Vacíos de Información y Documentación:** Existe la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales para documentar sistemáticamente las experiencias locales y las buenas prácticas en salud intercultural, lo cual limita la toma de decisiones basada en evidencia.

- **Modelos de Desarrollo Inadecuados:** Los planes de desarrollo a menudo han priorizado modelos económicos que no han mejorado la situación del departamento y han relegado los enfoques étnicos y ambientales, que son fundamentales para la cosmovisión de las comunidades locales.
- **Baja Valoración de la Salud Propia:** Aunque se busca la integración, persiste en ocasiones una baja valoración de los sistemas de medicina tradicional por parte del personal de salud convencional y de las instituciones, lo que dificulta un diálogo simétrico y horizontal.

Identificación de procesos de complementariedad terapéutica adecuados y pertinentes interculturalmente.

Chocó. Los procesos de complementariedad terapéutica adecuados y pertinentes interculturalmente en las comunidades indígenas del Chocó se centran en el diálogo de saberes y la integración de la medicina ancestral (liderada por *jaibanás*, parteras y sabedores) con la medicina occidental, bajo los principios de autonomía y respeto mutuo.

Procesos de Complementariedad Terapéutica Adecuados.

La pertinencia de estos procesos radica en reconocer que la salud, para los pueblos indígenas Emberá del Chocó, es un concepto integral que abarca el equilibrio físico, mental, espiritual y territorial.

Activación de la Ruta de Atención Dual:

- **Primer Recurso Medicina Propia:** El proceso culturalmente pertinente implica que la comunidad acuda primero a sus médicos tradicionales (*jaibanás*, curanderos, parteras) para el manejo inicial de síntomas o "desarmonías" espirituales.

- **Remisión y Coordinación:** Cuando la medicina tradicional identifica padecimientos que requieren intervenciones de alta complejidad o que escapan de su ámbito (Ej: cirugías, urgencias vitales), se espera una remisión coordinada al sistema de salud occidental. El personal de salud occidental debe, a su vez, respetar y dar continuidad al manejo inicial, evitando la subvaloración de los recursos terapéuticos indígenas.

Diálogo Horizontal y Bilingüismo:

- La comunicación efectiva es fundamental. Los promotores de salud indígenas juegan un papel crucial como puentes lingüísticos y culturales, asegurando que tanto el personal médico como los pacientes comprendan los diferentes enfoques y procedimientos.
- La complementariedad terapéutica debe ser un reflejo de la salud intercultural, una fusión que respete la autonomía y autodeterminación de cada pueblo indígena.

Uso Conjunto de Recursos Terapéuticos:

- **Plantas Medicinales y Rituales:** La medicina occidental puede coexistir con el uso de plantas medicinales autóctonas, rituales de sanación colectiva y vaporizaciones, que son prácticas vigentes y eficaces para las comunidades.
- **Salud Mental Holística:** En salud mental, la complementariedad es vital. La medicina indígena aborda las "desarmonías del espíritu" causadas por zozobra o conflicto, mientras que la medicina occidental puede ofrecer apoyo psicosocial, reconociendo siempre la dimensión espiritual y comunitaria del bienestar.

Implementación a través del SISPI. Estos procesos se enmarcan en el desarrollo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), que es el mecanismo diseñado para operativizar esta complementariedad en el Chocó. El SISPI establece las bases para construir los alcances, canales y carácter de esta articulación, garantizando el derecho fundamental a la salud desde una concepción de vida colectiva.

La clave para la pertinencia es que nuestro modelo de atención de cuidado lo estamos construyendo desde la base, en las asambleas, encuentros de sabedores, jornadas de sistematización, encuentros de retroalimentación y ajuste, desplazamientos a territorio comunitarios, con la participación activa de las autoridades y sabedores ancestrales, en foros y reuniones en el Chocó.

En resumen, si bien existe un marco normativo prometedor y esfuerzos locales valiosos, las condiciones socioeconómicas y de seguridad del Chocó representan obstáculos monumentales para el pleno desarrollo de procesos interculturales efectivos en salud.

Fase II: Construcción de contenidos y plan de acción para la implementación del SISPI

Componente de cuidado de salud propia e intercultural

En los territorios indígenas, la salud se concibe como un proceso vivo que existe únicamente cuando las personas, los espíritus y el territorio mantienen un equilibrio profundo. Cuando este balance se rompe, surgen la enfermedad y las desarmonías que afectan el buen vivir. En esta visión, transmitida por los mayores, el territorio (incluidos el agua, el aire, los montes, los animales, las plantas, los sitios sagrados y la vida comunitaria) forma parte de un mismo organismo

interdependiente, donde cada elemento sostiene la salud y la continuidad de la vida.

Bajo esta comprensión, el Modelo de Salud Propio e Intercultural del componente de Cuidado Propio del SISPI surge como una apuesta colectiva para fortalecer las prácticas ancestrales, garantizar su articulación con el sistema de salud nacional y consolidar procesos que preserven la vida, la cultura y la autonomía de los pueblos. Este modelo reconoce que la medicina ancestral es más que un conjunto de prácticas: es una forma de gobernanza espiritual del territorio, una manera de interpretar las señales de la naturaleza y una red de cuidado que acompaña los momentos vitales de las familias y comunidades.

Pero también tendrá el reto de articularse de manera armónica con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sin perder su esencia, bajo el principio de complementariedad, respeto y autonomía cultural, avanzando hacia un sistema que responda a las realidades de los pueblos indígenas y fortalezca su capacidad de cuidado, prevención, sanación y protección territorial. El propósito es consolidar rutas de atención que respeten los tiempos, lenguajes y dinámicas del territorio, fortaleciendo la autonomía de los pueblos y articulando de manera complementaria las acciones con el sistema de salud occidental.

La estructura del Modelo de Salud Propia e Intercultural desde este Componente, integra rutas operativas, matrices de implementación, resultados esperados por eje, indicadores de seguimiento y fases de implementación. El diseño se basa en la caracterización sociocultural, el ASIS propio e institucional, la participación de autoridades indígenas, parteras, médicos ancestrales, sabedores y comunidad.

El modelo se estructura en cinco ejes estratégicos:

- **Caracterización:** Diagnóstico integral de salud, territorio y prácticas propias.
- **Planeación:** Diseño de rutas, indicadores y estrategias de atención intercultural.
- **Implementación:** Ejecución de acciones de cuidado, prevención y armonización.
- **Evaluación:** Seguimiento de resultados, ajustes y retroalimentación comunitaria.
- **Coordinación:** Articulación institucional y fortalecimiento de capacidades comunitarias.

Objetivo General. Construir conjuntamente, desde un enfoque interdisciplinario, un proceso que reconozca y respete las características poblacionales, geográficas, sociales y culturales de los pueblos indígenas del Chocó. Esto permitirá comprender de manera integral sus realidades, necesidades y formas propias de entender la salud y la enfermedad, fortaleciendo así acciones acordes con sus contextos y sus caminos de cuidado.

Objetivos Específicos.

- Identificar la cosmovisión y las concepciones propias sobre saludenfermedad de los pueblos indígenas del Chocó, resaltando su valor para la preservación del conocimiento ancestral y el fortalecimiento de un cuidado integral que armonice cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.
- Describir los actores propios y externos involucrados en la atención y el cuidado integral de la salud en los territorios indígenas.
- Describir las condiciones de vida y los determinantes sociales que afectan la

salud en el territorio.

- Identificar desigualdades y brechas en el acceso a servicios de salud.

Eje 1. Caracterización.

Tabla 45.

Hallazgos

Chocó
• Movilidad limitada por dependencia del transporte fluvial, altos costos, falta de combustible, distancias extremas (3 horas a 5 días). • Alta carga de morbilidad asociada a: • EDA, IRA, malaria. • Enfermedades crónicas no transmisibles. • Desnutrición severa en niños/as. • Mortalidad infantil crítica (triplica la nacional) asociada a desnutrición, IRA y falta de atención oportuna. • Deficiencia estructural del sistema de salud: baja oferta instalada, infraestructura deteriorada, EPS/IPS desarticuladas. • Afectación por conflicto armado: confinamientos, imposibilidad de brigadas, amenazas al personal. • Saberes ancestrales activos (jaibaná, parteras, yerbateros) pero poco articulados con el sistema oficial. • Territorio en deterioro: contaminación de ríos, minería, deforestación, afectación espiritual y ecológica. • Brechas en vigilancia epidemiológica por dispersión geográfica y limitaciones operativas. • Salud mental afectada por violencia, desplazamiento, afectación espiritual y pérdida territorial.

Nota: Elaboración propia

Tabla 46.

Necesidades

Chocó
• Diagnóstico intercultural actualizado y unificado por subregiones. • Registro de rutas fluviales, tiempos reales, barreras y costos. • Mapeo de actores propios de salud por comunidad. • Análisis detallado de morbilidad/mortalidad

infantil y enfermedades transmisibles. • Alto subregistro por vigilancia débil. • Red de servicios fragmentada, dependencia de otros departamentos para mediana y alta complejidad. • Información georreferenciada de IPS, ESE, sabedores, puntos críticos y riesgos ambientales. • Identificación de brechas en talento humano, insumos, transporte y vigilancia. • Línea de base de salud mental comunitaria y espiritual.

Nota: Elaboración propia

Tabla 47.

Riesgos

Chocó
• Desabastecimiento de combustible → interrupción de referencias. • Conflicto armado → imposibilidad de ingreso a comunidades. • Resistencia institucional al reconocimiento de sabedores. • Condiciones climáticas extremas (aguaceros, crecientes). • Dificultad para consolidar datos epidemiológicos. • Desconfianza institucional de las comunidades. • Invisibilización del componente espiritual del territorio. • Desplazamiento de médicos tradicionales por imposiciones externas. • Retrasos en caracterizaciones por movilidad extrema.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 48.

Estrategias

Chocó
• Levantar caracterización por subregiones usando equipos mixtos (EPS–IPS–autoridades indígenas–académicos). • Crear Observatorio Territorial Intercultural con datos epidemiológicos y de movilidad. • Integrar cartografía social + georeferenciación oficial. • Realizar diagnósticos participativos (mingas, círculos de palabra, visitas fluviales). • Consolidar Registro Departamental de

Sabedores y Sabedoras, y casas de atención ancestral.

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

1. Ruta de caracterización sanitaria–epidemiológica: Orienta la prevención y sanación desde prácticas propias como armonizaciones, plantas medicinales y rituales guiados por sabedores. Busca mantener el equilibrio entre cuerpo, espíritu y territorio.
2. Ruta de caracterización ancestral y espiritual (jaibaná, parteras, tongueros): Articula el sistema propio con el occidental mediante diálogo, pertinencia cultural e intérpretes. Garantiza que la atención externa respete la cosmovisión indígena.
3. Ruta de caracterización territorial–ambiental: Fortalece capacidades comunitarias de autocuidado mediante educación tradicional, señalamiento de desarmonías y protección territorial. Integra saberes ancestrales en todas las etapas del ciclo vital.
4. Ruta de movilidad y accesibilidad: Activa respuestas integrales ante crisis emocionales o espirituales con apoyo de sabedores y equipos interculturales. Combina rituales, contención comunitaria y orientación terapéutica.
5. Ruta Materna, Partería y Cuidado al Recién Nacido: Acompaña gestación, parto y posparto desde la partería, rituales y plantas medicinales. Articula cuidados tradicionales con controles biomédicos cuando es necesario.
6. Ruta de Referencia y Contrarreferencia Intercultural: Define traslados entre sistema propio y servicios externos con acompañamiento cultural y respeto de protecciones espirituales. Asegura retorno para completar armonizaciones.

7. Ruta de Vigilancia Territorial y Protección Espiritual: Supervisa ríos, bosques y lugares sagrados para identificar desequilibrios y activar rituales colectivos. Protege el territorio como base de la salud comunitaria.
8. Ruta de Gestión Comunitaria y Gobernanza del Cuidado: Organiza la coordinación entre autoridades, equipos de salud y EPSI mediante asambleas y planes de vida. Garantiza decisiones autónomas y coherentes con el territorio.
9. Ruta de identificación de actores propios: Proceso mediante el cual las comunidades registran, reconocen y validan a sus sabedores, parteras, jaibanás y cuidadores tradicionales, garantizando que su rol sea legítimo y aceptado colectivamente. Además, permite integrarlos formalmente al modelo de salud propia e intercultural para articular sus acciones con el sistema de salud.

Tabla 49.

Resultados esperados

Chocó
• Línea base clara por subregión y por pueblo. • Mapa operativo de movilidad y tiempos fluviales. • Identificación oficial de sabedores. • Perfil epidemiológico actualizado y validado por las comunidades.

Nota: Elaboración propia.

Indicadores.

Cuantitativos.

- Porcentaje comunidades caracterizadas por subregión.
- Nº sabedores identificados y registrados.
- Nº rutas fluviales georreferenciadas y clasificadas por riesgo.

- Tiempo promedio de desplazamiento a centros de salud.
- Nº de casas de salud rurales activas/inactivas.
- Casos reportados por EDA/IRA/malaria/desnutrición.

Cualitativos.

- Nivel de reconocimiento institucional del sistema propio.
- Percepción comunitaria de acceso al sistema.
- Evaluación cultural y espiritual del estado del territorio.
- Nivel de confianza en los servicios y en la articulación intercultural.
- Grado de reconocimiento y rol de los sabedores.

Eje De Planeación

Tabla 50.

Hallazgos

Chocó
• Planificación fragmentada entre EPS, IPS y autoridades indígenas. • Ausencia de un modelo de movilidad fluvial integrado. • Bajo presupuesto para salud rural dispersa. • Poca inclusión del conocimiento espiritual como criterio de planificación.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 51.

Necesidades

Chocó
• Plan territorial intercultural de salud por subregión. • Ordenamiento de rutas fluviales para atención y referencia. • Fortalecimiento del presupuesto específico para comunidades dispersas. • Incorporación de diagnósticos espirituales en la priorización.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 52.

Riesgos

Chocó
• Planes sin enfoque territorial ni cultural. • Continuidad de la desarticulación EPS–SISPI. • Planificación sin participación efectiva de autoridades propias. • Afectación del conflicto armado.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 53.

Estrategias

Chocó
• Crear Comité Intercultural Departamental de Planeación en Salud. • Incluir sabedores en el análisis de prioridades de inversión. • Elaborar Mapa de Riesgo en Salud Intercultural (salud + espiritualidad + ambiente + conflicto). • Crear plan fluvial sanitario: transporte, rutas seguras, combustible.

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

1. Ruta de Planeación Sanitaria con Enfoque SISPI: Organiza acciones de salud propia e intercultural a partir del análisis territorial, los determinantes culturales y las prioridades comunitarias. Define metas, rutas y responsabilidades articuladas con el SGSSS sin perder la autonomía indígena.
2. Ruta de Planeación Espiritual y Ambiental: Orienta decisiones de cuidado basadas en la lectura espiritual del territorio, la protección de lugares sagrados y la relación con la naturaleza. Garantiza que toda acción en salud mantenga la armonía entre territorio, espíritus y comunidad.
3. Ruta de Participación Comunitaria y Sabedores: Incorpora la voz de

autoridades tradicionales, parteras, jaibanás y comunidad en la planificación, seguimiento y evaluación del cuidado. Asegura un modelo construido colectivamente, legitimado y sostenido por quienes lo viven en el territorio.

Tabla 54.

Resultados Esperados

Chocó
• Plan de salud propia e intercultural para el Chocó. • Priorización de acciones en salud maternoinfantil, EDA, IRA, malaria y nutrición. • Plan de fortalecimiento espiritual del territorio (armonizaciones colectivas).

Nota: Elaboración propia.

Indicadores.

Cuantitativos.

- De planes subregionales construidos.
- Recursos asignados a movilidad y salud rural.
- % de municipios con plan intercultural aprobado.

Cualitativos.

- Nivel de participación de sabedores en la planeación.
- Integración del territorio y espiritualidad en los planes.

Eje De Implementación

Tabla 55.

Hallazgos

Chocó
• Limitada capacidad instalada. • Falta de personal y amenazas por conflicto. • Pocos servicios extramurales. • Barreras de comunicación y descoordinación EPS–autoridades.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 56.

Necesidades

Chocó
• Equipos extramurales fluviales interculturales. • Implementación del cuidado materno por parteras con soporte técnico. • Rehabilitación de puestos de salud rurales. • Kit de plantas medicinales, insumos y espacios de práctica ancestral. • Plan de protección para líderes, sabedores y personal de salud.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 57.

Riesgos

Chocó
• Conflicto armado que impide la ejecución. • Falta de combustible para misiones fluviales. • Interferencia política en contratación y ejecución. • Daño o contaminación del territorio que impide prácticas ancestrales.

Nota: Elaboración propia.

.

Tabla 58.

Estrategias

Chocó
• Crear Equipos Interculturales de Salud Fluvial (EISF). • Incluir parteras y sabedores con roles, protocolos y pagos definidos. • Implementar telemedicina para territorios más aislados. • Asegurar combustible mensual vía convenio interinstitucional. • Recuperar casas de salud como “Centros de Cuidado Propio”.

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

- Ruta de Atención Propia (jaibaná, parteras, sobanderos): Brinda atención

basada en saberes ancestrales mediante rituales, partería, sobanderos y armonización espiritual para restablecer el equilibrio. Actúa como primera respuesta territorial según la lectura cultural del malestar.

- Ruta de Atención Biomédica: Garantiza acceso a servicios del SGSSS cuando se requieren procedimientos clínicos, diagnósticos o intervenciones especializadas. Asegura pertinencia cultural mediante acompañamiento y coordinación con el sistema propio.
- Ruta de Complementariedad Intercultural: Articula de forma coordinada la medicina ancestral y la biomédica, definiendo cuándo y cómo se complementan según la valoración comunitaria y técnica. Busca respuestas integrales que respeten la cosmovisión indígena.
- Ruta de Referencia y Contrarreferencia Fluvial: Establece los protocolos para trasladar personas vía fluvial desde el territorio a centros de atención biomédica y asegurar su retorno. Incluye acompañamiento espiritual, comunicación continua y seguimiento intercultural del caso.

Tabla 59.

Resultados Esperados

Chocó
• Mayor acceso de transporte fluvial para la atención. • Reducción de morbilidad infantil (IRA/EDA/desnutrición/malaria). • Fortalecimiento de la medicina ancestral. • Territorios armonizados energéticamente y socialmente.

Nota: Elaboración propia.

Indicadores

Cuantitativos.

- De brigadas extramurales interculturales.
- De parteras vinculadas al modelo.
- De armonizaciones territoriales realizadas.
- % de aumento en atención oportuna de IRA, EDA y desnutrición.

Cualitativos.

- Satisfacción comunitaria con la atención intercultural.
- Reconocimiento social del rol del jaibaná y la partera.
- Resultados esperados
- Mayor acceso fluvial a atención.
- Reducción de morbilidad infantil (IRA/EDA/desnutrición/malaria).
- Fortalecimiento de la medicina ancestral.
- Territorios armonizados energéticamente y socialmente.

Eje De Evaluación

Tabla 60.

Hallazgos

Chocó
• Ausencia de indicadores interculturales. • Falta de registros ancestrales (curaciones, armonizaciones, acompañamiento). • Datos oficiales con subregistro y mala calidad.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 61.

Necesidades

Chocó
• Sistema de evaluación intercultural SISPI–Chocó.

• Indicadores espirituales y de armonización territorial. • Auditorías comunitarias con autoridades propias. • Reporte conjunto EPS–SISPI–cabildos.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 62.

Riesgos

Chocó
• Dependencia exclusiva de indicadores biomédicos. • Invisibilización de resultados propios. • Pérdida de información por falta de conectividad y registros.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 63.

Estrategias

Chocó
• Crear Sistema de Monitoreo Intercultural en Salud (SMIS). • Fichas de evaluación espiritual. • Auditorías sanitarias + auditorías espirituales. • Informes trimestrales integrados (occidental + propio).

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

- Ruta de Seguimiento Epidemiológico: Realiza monitoreo continuo de eventos en salud, identifica riesgos y activas alertas tempranas según los lineamientos del SGSSS. Articula la información con las autoridades indígenas para orientar acciones de prevención y control.
- Ruta de Seguimiento Ancestral (con jaibaná y autoridades): Evalúa el estado espiritual, territorial y comunitario mediante rituales, lecturas del territorio y orientación de sabedores. Permite identificar desarmonías y definir acciones de protección y sanación colectiva.

- Ruta de Auditoría Social Comunitaria: Supervisa el cumplimiento de los acuerdos del SISPI mediante veeduría comunitaria, evaluando calidad, oportunidad y pertinencia cultural de los servicios. Garantiza transparencia y mejora continua a partir de la voz de la comunidad.

Tabla 64.

Resultados Esperados

Chocó
• Sistema de monitoreo con enfoque espiritual, epidemiológico y territorial. • Evaluación participativa y transparente. • Ajustes continuos al modelo SISPI.

Nota: Elaboración propia

Indicadores

Cuantitativos.

- Reducción de mortalidad infantil.
- Reducción de casos de EDA/IRA/malaria.
- De armonizaciones registradas.
- Aumento de consultas preventivas.

Cualitativos.

- Mejoría percibida del equilibrio espiritual.
- Percepción de seguridad territorial.
- Evaluación de bienestar emocional y comunitario.

Eje De Coordinación

Tabla 65.

Hallazgos

Chocó
• Desarticulación entre EPS, IPS, autoridades indígenas, líderes y sabedores. • Falta de rutas claras para coordinar movilidad, referencia y respuesta temprana. • Baja participación comunitaria en toma de decisiones.

Nota: Elaboración propia

Tabla 66.

Necesidades

Chocó
• Mesa intercultural permanente del SISPI–Chocó. • Protocolo de alerta temprana sanitaria y espiritual. • Coordinación EPS–parteras–jaibaná para atención materna. • Comité de movilidad fluvial en salud. • Articulación con entidades ambientales por contaminación territorial.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 67.

Riesgos

Chocó
• Conflictos institucionales. • Falta de validez o reconocimiento del saber ancestral. • Ruptura de la ruta de atención por conflicto armado o limitaciones logísticas.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 68.

Estrategias

Chocó
• Crear Mesa Departamental de Coordinación Intercultural en Salud. • Activar rutas compartidas EPS–IPS–autoridades indígenas. • Integrar sectores: salud, ambiente, transporte, protección.

• Establecer protocolos unificados de remisión fluvial. • Crear un Centro de Coordinación de Emergencias Fluviales.

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

- Ruta de Articulación Institucional: Coordina acciones entre EPS, IPS, autoridades indígenas y entidades territoriales para garantizar una respuesta coherente en salud. Define roles, tiempos y responsabilidades para implementar el MSPI de manera integrada.
- Ruta de Articulación Ancestral–Espiritual: Vincula a jaibanás, parteras y autoridades espirituales en la toma de decisiones sobre salud y territorio. Asegura que toda acción sanitaria respete la cosmovisión, los rituales y la armonización espiritual.
- Ruta de Coordinación Logística Fluvial y Terrestre: Organiza el transporte de personas, equipos y suministros por vía fluvial y terrestre según las necesidades del territorio. Define tiempos, responsables y protocolos para garantizar traslados seguros y culturalmente adecuados.

Tabla 69.

Resultados esperados

Chocó
• Sistema articulado y funcional de salud intercultural. • Formalización del rol de los sabedores y parteras en el sistema. • Mejora de la referencia y contrarreferencia fluvial.

Nota: Elaboración propia.

Indicadores

Cuantitativos.

- De reuniones de coordinación interinstitucional.
- De acuerdos firmados y ejecutados.
- De rutas fluviales validadas y operativas.

Cualitativos.

- Niveles de confianza entre actores.
- Fluidez de la comunicación intercultural.

Tabla 70.

Matriz Integrada De Fases De Implementación Chocó

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
1. Preparación y organización comunitaria	Establece las condiciones políticas, técnicas y comunitarias para iniciar la implementación del MSPI. Garantiza legitimación, acuerdos y ruta metodológica.	• Concertación con autoridades tradicionales y organizaciones indígenas. • Creación de equipos territoriales interculturales. • Definición de plan metodológico y herramientas de trabajo. • Socialización comunitaria inicial. • Revisión normativa y articulación institucional.	Autoridades tradicionales, Gobierno Mayor, equipos técnicos SISPI, entidades territoriales de salud.	**1–2 meses**
2. Caracterización integral del territorio y del cuidado	Recoge y analiza información cuantitativa y cualitativa sobre salud, territorio, prácticas propias y condiciones de vida.	• Diagnóstico cultural y espiritual del territorio. • Identificación de condiciones de vida y determinantes sociales. • Levantamiento de indicadores de salud, buen vivir y armonía. • Mapeo de cuidadores: jaibanás, parteras, sobanderos, guías espirituales. • Documentación de tensiones y complementariedades con el SGSSS.	Equipos de caracterización, sabedores, parteras, personal de salud local, líderes comunitarios.	**3–4 meses**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
3. Análisis participativo y lectura intercultural del proceso salud–enfermedad	Construye una comprensión compartida entre pueblos indígenas y sector salud sobre causas, afectaciones y rutas de cuidado propias.	• Mesas de análisis espiritual, comunitario y técnico. • Identificación de riesgos, desarmonías y prácticas protectoras. • Reconocimiento de barreras en el SGSSS. • Procesos comunitarios de priorización.	Sabedores, autoridades espirituales, equipos interculturales, instituciones de salud.	**2 meses**
4. Diseño del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI)	Define la estructura, ejes, rutas, indicadores y procedimientos del modelo con participación amplia.	• Definición de ejes de cuidado y estrategias por cada eje. • Construcción de rutas operativas propias e interculturales. • Definición de indicadores cuantitativos y cualitativos. • Elaboración de matriz de implementación y resultados esperados. • Validación comunitaria y técnica.	Gobierno Mayor, equipos técnicos, autoridades tradicionales, mesas interculturales.	**3 meses**
5. Implementación territorial del MSPI	Pone en marcha las acciones del modelo de manera articulada entre medicina ancestral y occidental.	• Activación de cuidadores tradicionales y equipos de salud intercultural. • Desarrollo de acciones de fomento, prevención y armonización. • Implementación de rutas operativas (territoriales, comunitarias, espirituales, institucionales). • Coordinación con EPS, ESE y redes locales. • Registro y seguimiento de los procesos.	Cuidadores tradicionales, parteras, jaibanás, ESEs, EPS indígenas, gobiernos locales.	**6–12 meses (según territorio)**
6. Seguimiento, monitoreo y evaluación continua	Verifica avances, resultados y transformaciones del proceso mediante indicadores propios e institucionales.	• Evaluación participativa de resultados por eje. • Monitoreo de armonía, buen vivir y prácticas culturales. • Evaluación de casos atendidos y rutas activadas.	Equipos de seguimiento del SISPI, autoridades espirituales, personal de salud, organizaciones indígenas.	**Cada 6 meses**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
		• Ajustes periódicos según recomendaciones espirituales, comunitarias y técnicas.		
7. Retroalimentación, mejora y sostenibilidad	Garantiza la continuidad del modelo, fortaleciendo capacidades comunitarias y articulación institucional.	• Formación continua en salud propia e intercultural. • Fortalecimiento del tejido de cuidadores y parteras. • Actualización anual de rutas e indicadores. • Gestión para financiamiento permanente en el SGSSS. • Consolidación de acuerdos interculturales.	Gobierno Mayor, organizaciones indígenas, Ministerio de Salud, entes territoriales.	**Proceso continuo (revisión anual)**

Nota: Elaboración propia.

Componente de Sabiduría ancestral

La construcción de un modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas del Chocó nace de un compromiso profundo con la vida, la memoria y la dignidad de los pueblos. Este modelo se fundamenta en el componente de Sabiduría Ancestral del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI, entendido no solo como un lineamiento técnico, sino como el corazón espiritual, terapéutico y cultural de las comunidades.

En los ríos, montañas, sabanas y selvas de Chocó, los médicos tradicionales, sabedores, jaibanás y parteras continúan ejerciendo un saber que no se aprende en un aula, sino en la palabra de los mayores, en la escucha del territorio y en el respeto por los seres que habitan el mundo. Su conocimiento ha guiado por generaciones el cuidado de la vida mediante rituales, plantas medicinales, cantos, limpiezas, armonizaciones y prácticas espirituales que han resistido al tiempo y a los cambios culturales.

En el territorio, la salud se vive como una relación estrecha con la Madre Tierra. Cuando ese vínculo se rompe, también se afecta el equilibrio interno de la persona y de la comunidad. La tarea consiste en fortalecer la autonomía comunitaria en la gestión de la salud, garantizar la transmisión intergeneracional de los saberes, revitalizar las prácticas tradicionales y proteger a quienes las ejercen.

Por ello, este modelo también reconoce la necesidad de fortalecer un diálogo respetuoso y equilibrado con la medicina occidental. La formación de nuevos médicos tradicionales y parteras implica no solo garantizar su aprendizaje en los caminos espirituales y territoriales, sino también ofrecer herramientas para comprender elementos de la salud occidental que puedan complementar su labor sin desplazar ni deslegitimar su rol ancestral.

Este modelo se teje desde la vida misma de los pueblos indígenas, la palabra de los mayores y la relación profunda que cada comunidad mantiene con su territorio. No nace únicamente de normas o lineamientos técnicos, sino del reconocimiento del conocimiento ancestral. Su estructura descansa en tres pilares, los cuales sostienen la forma en que los pueblos conciben el bienestar y el cuidado de la vida.

Pilar 1: Sabiduría Ancestral Como Base Espiritual Y Terapéutica

- La salud es entendida como equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.
- La enfermedad surge de la ruptura de ese equilibrio.
- Sanar implica reconectar con la Madre Tierra, con las fuerzas espirituales, con los ancestros y con los elementos de la naturaleza.

Pilar 2: Territorio Como Espacio De Vida, Medicina Y Aprendizaje

- El territorio no es un espacio físico sino un ser vivo que orienta las prácticas de sanación: el río, la selva, el monte, las montañas, los espíritus protectores y los ciclos naturales hacen parte del sistema de salud.

Pilar 3: Interculturalidad Como Diálogo Respetuoso Y No Asimilador

- La medicina ancestral y la medicina occidental se conciben como campos de saber complementarios, no jerárquicos.
- La articulación parte del respeto a la Ley de Origen y la palabra de los sabedores.

Acciones Clave.

1. Reconocimiento del rol de jaibanás, médicos tradicionales, parteras y sabedores
2. Protocolos propios de diagnóstico y tratamiento basados en:
    - Armonización espiritual
    - Cantos y rezos
    - Baños rituales
    - Plantas medicinales
    - Ofrendas y pagos a la Madre Tierra
3. Creación de Casas de Pensamiento y Sabiduría Ancestral donde se registren prácticas, narrativas de origen y lineamientos espirituales.
4. Implementación del consentimiento libre, previo e informado para el uso, sistematización o transmisión de saberes.

Objetivo General. Fortalecer el acompañamiento espiritual, cultural y territorial de la medicina ancestral de los pueblos indígenas del Chocó filiales a

Gobierno Mayor, garantizando la transmisión intergeneracional de saberes, el reconocimiento y ejercicio de los médicos tradicionales, y la articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), bajo los principios de autonomía, reciprocidad y complementariedad con la medicina occidental.

Objetivos Específicos.

- Identificar de manera participativa los saberes y prácticas médicas ancestrales de los pueblos indígenas del Chocó, garantizando el consentimiento libre, previo e informado de sus autoridades tradicionales.
- Consolidar el componente de Sabiduría Ancestral como eje espiritual y terapéutico de los Modelos de Salud Indígena, articulando sus principios y prácticas con los lineamientos del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).
- Promover el diálogo intercultural entre los sistemas de salud ancestral y el sistema de salud occidental, bajo principios de respeto, reciprocidad y complementariedad, para garantizar la pertinencia cultural y la integralidad de los servicios de salud en los territorios indígenas.

Ejes del Modelo de Salud Propia e Intercultural.

Acompañamiento a los Sistemas de Conocimiento de los Pueblos Indígenas.

- Reconocer y fortalecer el rol de sabedores, parteras y médicos tradicionales como guías espirituales y terapéuticos de los procesos de salud, garantizando su participación activa en todas las decisiones y rutas de atención.

- Implementar prácticas de acompañamiento espiritual y territorial que integren armonización, cantos, rezos, plantas medicinales, uso del agua, caminatas de territorio y rituales propios en los procesos de cuidado y prevención.
- Desarrollar acciones de protección y revitalización del territorio como ser vivo, mediante la defensa de ríos, selvas, sabanas, montes, lagunas y sitios sagrados, asegurando su relación directa con la salud y la sanación comunitaria.
- Crear y aplicar rutas interculturales de atención que respeten el diagnóstico espiritual, garanticen traducción lingüística y articulen de manera complementaria la medicina ancestral con la medicina occidental en IPSI e instituciones afines.
- Establecer mecanismos de protección y salvaguarda del conocimiento ancestral, atendiendo riesgos como amenazas a sabedores, pérdida de saberes, desplazamientos, contaminación ambiental y rupturas territoriales.
- Fortalecer la articulación comunitaria e institucional, integrando autoridades tradicionales, cabildos, IPSI, guardias indígenas, organizaciones de mujeres, familias y equipos técnicos interculturales en la implementación del modelo.

Prácticas Culturales De Protección Al SISPI.

- Implementar la articulación de medicinas mediante puestos de salud interculturales que integren de forma real la medicina ancestral y la

occidental, garantizando respeto a los diagnósticos espirituales y a la palabra de los sabedores.

- Desarrollar cartografía cultural y territorial participativa que permita generar alertas tempranas para la movilidad segura del SISPI ante la presencia de grupos armados, minas antipersonales, cultivos ilícitos o riesgos ambientales.
- Consolidar infraestructura propia del SISPI mediante la construcción, adecuación y sostenibilidad de IPS indígenas, Casas de Sabiduría, viveros medicinales, huertos y centros de armonización.
- Proteger la soberanía alimentaria recuperando semillas nativas, dietas propias, técnicas tradicionales de siembra y preparación de alimentos, incorporándolas como parte del cuidado integral y la prevención de enfermedades.
- Generar estrategias para evitar la pérdida o desarraigo del saber mediante encuentros comunitarios, grabación de relatos, formación de aprendices y revitalización de rituales.

Orientación A Los Componentes Y Estrategias Del Sistema Indígena De Salud Propio E Intercultural SISPI.

- Incorporar la cosmovisión indígena en todos los procesos de atención, garantizando que diagnósticos, rutas y decisiones estén orientados por la sabiduría ancestral y el vínculo entre cuerpo, espíritu, territorio y comunidad.

- Implementar comités de salud con enfoque comunitario y lingüístico propio, garantizando espacios de participación donde se analicen problemáticas, crisis territoriales y decisiones sobre el SISPI.
- Garantizar transporte digno (ambulancias fluviales, terrestres y canoas con motor) para la atención en salud, priorizando territorios aislados como las cuencas del Atrato y Baudó.
- Asegurar que el análisis de enfermedad incluya factores espirituales, territoriales y ambientales identificados por los sabedores, como la contaminación minera, la pérdida de territorio o la ruptura del equilibrio espiritual.
- Adaptar las rutas interculturales a las prioridades territoriales, en Chocó, atención a crisis por violencia y minería.
- Garantizar vivienda digna, ambiente sano, agua potable y espacios libres de contaminación como determinantes espirituales y culturales de la salud.
- Crear sistemas de alertas comunitarias que permitan identificar rupturas de armonía espiritual, ambiental o social, actuando de manera preventiva ante crisis que puedan generar enfermedad.

Reconocimiento, Protección Y Salvaguarda De Los Sistemas De Conocimiento, Prácticas Ancestrales, Sabios, Sabias Y Autoridades Tradicionales En Salud.

Transmisión Intergeneracional, Memoria Cultural Y Educación Propia.

- Crear escuelas de sabiduría ancestral lideradas por médicos tradicionales en ambos departamentos, para formar jóvenes aprendices que garanticen la continuidad de los saberes.
- Diseñar rutas formativas interculturales que integren oralidad, cantos, rituales, plantas medicinales y prácticas cotidianas.
- Implementar encuentros intergeneracionales para fortalecer la identidad cultural.
- Crear archivos comunitarios orales y audiovisuales para registrar narraciones, rituales y memorias de los mayores.

***Protección Territorial Y Cultural Frente A Amenazas Externas*.**

- Fortalecer la Guardia Indígena como mecanismo autónomo de resguardo de la vida, el territorio y los saberes.
- Elaborar cartografías interculturales con zonas sagradas, rutas de riesgo y áreas prohibidas.
- Diseñar protocolos de recolección segura de plantas medicinales y protección de ecosistemas esenciales para la medicina tradicional.
- Implementar rutas de protección comunitaria frente a minería ilegal, mercurio, desplazamiento forzado y actores armados.
- Desarrollar estrategias para contrarrestar influencias religiosas y educativas que debilitan prácticas tradicionales.

Infraestructura Intercultural Y Reconocimiento Institucional.

- Crear y fortalecer IPS indígenas administradas por autoridades tradicionales con enfoque de salud propia.
- Construir Casas de Sabiduría, Casas de Verdad o Centros de Armonización, destinadas al ejercicio ritual privado y comunitario.
- Implementar protocolos propios de atención, articulados al SGSSS y respetuosos de la espiritualidad de cada pueblo.

Ruta de Atención Integral Intercultural.

El modelo establece rutas diferenciadas:

1. **Ruta Espiritual Y Ancestral**
   - Diagnóstico por médico tradicional
   - Ritual de armonización.
   - Prescripción de plantas, masajes, baños y cantos.
   - Acompañamiento familiar y comunitario.
2. **Ruta Biomédica**
   - Atención en puestos de salud interculturales.
   - Articulación con equipos extramurales.
   - Atención maternoperinatal intercultural.
3. ***Ruta De Articulación Intercultural***
   - Derivación y contrarreferencia respetuosa entre sabedores y profesionales de salud.
   - Registro conjunto respetando secretos rituales y propiedad cultural.
   - Equipos interculturales de atención: médicos tradicionales + médicos occidentales + parteras + promotores indígenas.

Matriz De Implementación Del Modelo De Salud Propia E Intercultural.

Fase 1. Inicio y Activación (0 a 6 Meses).

Tabla 71.

Acción 1. Activación del proceso comunitario y espiritual

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Encuentros de armonización con sabedores, jaibanás, parteras y autoridades. Identificación de mayores y custodios del conocimiento en riesgo. Convocatoria y selección de jóvenes aprendices. Recorridos territoriales (selva, río, sabana, sitios sagrados) para escuchar al territorio.	Médicos tradicionales, sabedores, parteras, organizaciones indígenas, equipos territoriales SISPI.	Transporte fluvial/terrestre, logística de encuentros, materiales de registro, apoyos a mayores.	Línea base espiritual y cultural, mapa de sabedores, acuerdos iniciales de orientación del modelo.

Nota. Elaboración propia.

Tabla 72.

Acción 2. Primer vínculo intercultural entre medicina ancestral y occidental

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Conversatorios de saberes sin tecnificación. Identificación de complementariedades y límites éticos. Reconocimiento de prácticas compartidas.	Sabedores, parteras, EPSI, IPSI, personal hospitalario, universidades	Intérpretes culturales, espacios de diálogo, logística.	Base de confianza intercultural, lineamientos iniciales de articulación.

Nota: Elaboración propia.

Fase 2. Fortalecimiento Y Desarrollo (6 a 12 Meses).

Tabla 73.

Acción 3. Reconocimiento normativo del médico tradicional

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Lineamientos territoriales	Organizaciones	Equipos técnicos,	Reconocimiento formal

para su ejercicio. Registro comunitario de sabedores y parteras. Protocolos interculturales de atención.	indígenas, EPSI, MinSalud, autoridades locales.	procesos de consulta previa, documentos normativos.	y protección del rol del médico tradicional.

Nota: Elaboración propia.

Fase 3. Consolidación Y Autonomía (1 a 3 Años).

Tabla 74.

Implementación plena del Modelo de Salud Propia e Intercultural

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Funcionamiento estable del modelo bajo gobierno propio. Integración continua entre medicina ancestral y occidental. Creación de centros de sanación tradicionales.	Autoridades indígenas, sabedores, MinSalud, EPSI, hospitales, universidades.	Infraestructura intercultural, financiamiento permanente, equipos interculturales.	Modelo consolidado y reconocido a nivel institucional.

Nota: Elaboración propia.

Resultados Esperados.

- Fortalecimiento de la medicina ancestral en Chocó.
- Incremento de médicos tradicionales y parteras formados en competencias interculturales.
- Reducción de brechas de atención en salud para pueblos indígenas.
- Mayor autonomía territorial y espiritual.
- Modelos de salud propios plenamente reconocidos y articulados al sistema oficial.
- Continuidad intergeneracional de los saberes ancestrales.
- Respeto pleno a la identidad cultural y a la Madre Tierra.

Riesgos.

- Pérdida progresiva de saberes ancestrales por fallecimiento de sabedores,

desplazamientos o falta de transmisión intergeneracional.

- Deterioro de ecosistemas y sitios sagrados por minería, cultivos ilícitos, deforestación o contaminación de ríos, afectando el acceso a plantas medicinales y prácticas de armonización.
- Dificultades de movilidad por condiciones geográficas extremas, crecientes de ríos, caminos intransitables o aislamiento estacional.
- Insuficiencia presupuestal para garantizar sostenibilidad del modelo, formación, dotación y pago a sabedores, parteras y equipos comunitarios.
- Riesgo de cooptación o instrumentalización del saber ancestral por actores externos.
- Desigualdades internas por tensiones entre clanes, linajes o comunidades que dificulten acuerdos colectivos.
- Fatiga comunitaria por múltiples proyectos externos que generan sobrecarga de reuniones y consultas.
- Expectativas desiguales sobre el modelo, generando frustración si no se cumple lo que algunos esperan.

Indicadores.

Cuantitativos.

- Número de escuelas de sabiduría ancestral creadas.
- Número de encuentros intergeneracionales realizados al año.
- Número de jóvenes aprendices vinculados a procesos de formación tradicional.
- Reducción porcentual de incidentes en sitios sagrados.
- Diversidad y número de especies de plantas medicinales recuperadas o

protegidas.

- Número de IPS indígenas habilitadas.
- Número de Casas de Sabiduría/Armonización construidas y activas.
- Tiempo promedio de acceso a servicios de salud propia.
- Porcentaje de enfermedades atendidas con diagnóstico espiritual previo.
- Número de perfiles epidemiológicos con enfoque intercultural actualizados.
- Número de remisiones interculturales realizadas (sabedor–IPSI–occidental).
- Porcentaje de pacientes atendidos con complementariedad ancestral – occidental.
- Disminución porcentual de patologías asociadas a crisis alimentaria y ambiental.
- Número de proyectos de soberanía alimentaria implementados.
- Número de médicos tradicionales, parteras y sabedores certificados comunitariamente.
- Reducción de recurrencia en enfermedades relacionadas con desequilibrios espirituales.

Cualitativos.

- Percepción de seguridad territorial frente a amenazas externas.
- Evaluación del riesgo cultural percibido por sabedores y parteras.
- Percepción de pertinencia cultural de las IPS indígenas y Casas de Sabiduría.
- Valoración de las familias sobre la calidad de los servicios espirituales y terapéuticos.
- Evaluación comunitaria sobre el respeto a rituales y espacios sagrados dentro del sistema de salud.

- Calidad del diálogo intercultural entre sabedores, EPSI y medicina occidental.
- Percepción de las comunidades sobre la complementariedad ancestral–occidental.
- Nivel de confianza comunitaria en autoridades tradicionales y comités de salud.
- Evaluación de la participación de mujeres, jóvenes y sabedores en la toma de decisiones.
- Evaluación cultural del impacto de rituales, armonizaciones y acompañamientos espirituales.

Principales Fuentes De Financiación Recomendadas.

Financiación Pública.

- Ministerio de Salud y Protección Social
- ADRES
- Gobernaciones de Chocó
- Alcaldías
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Cultura
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas
- Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia, APC

Cooperación internacional.

- UNESCO (patrimonio cultural inmaterial).
- UNFPA (partería y salud sexual).
- OPS/OMS (interculturalidad y salud pública).
- Unión Europea – Fondos de cultura y conocimiento tradicional.

- Embajadas.
- Fondo de Apoyo a los Pueblos Indígenas.
- Fondo Guardianes de la Tierra – KOEF.
- Fondo Para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC).
- ONG internacionales con enfoque étnico.

Fuentes comunitarias.

- Organizaciones Indígenas (a través de convenios).
- Saberes, territorios y pedagogías como recursos no monetarios valorizados.

Componente Político Organizativo

En desarrollo de lo previsto en el Decreto Ley 0480 de 2025, y particularmente de su componente políticoorganizativo para la consolidación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI, se formula la siguiente propuesta de modelo de salud propia e intercultural para los departamentos del Chocó, orientada a su incorporación progresiva en los instrumentos de planeación y gestión territorial.

Principios Político Organizativos Del Modelo. El componente político organizativo del modelo de salud propia e intercultural para Chocó se edifica sobre un conjunto de principios que orientan el diseño institucional, la toma de decisiones y la implementación de las acciones en salud, en coherencia con el Decreto Ley 0480 de 2025 y con los mandatos de gobierno propio de los pueblos indígenas.

En primer lugar, se reconoce el principio de autonomía y gobierno propio, conforme al cual las autoridades tradicionales, cabildos, capitanías y asambleas comunitarias constituyen las máximas instancias de decisión en materia de salud en

sus territorios. Ello implica que las definiciones sobre organización del cuidado, priorización de intervenciones, reconocimiento de sabedores y adopción de reglamentos propios se toman desde las estructuras de gobierno indígena, y las entidades estatales actúan en coordinación y respeto de dichas decisiones.

En segundo término, se consagra el principio de territorialidad y enfoque comunitario, que supone que el modelo no se organiza exclusivamente a partir de las divisiones políticoadministrativas estatales, sino desde las unidades territoriales propias: resguardos, asentamientos, cuencas, ríos y territorios ancestrales. La planificación, asignación de recursos y organización de la red de servicios deben responder a estas realidades territoriales y a las formas de ocupación y uso del espacio definidas por los pueblos.

De igual manera, se establece el principio de interculturalidad y complementariedad de sistemas de salud, en virtud del cual la medicina propia y la medicina occidental se conciben como sistemas distintos pero complementarios, que dialogan en condiciones de igualdad y sin subordinación, en beneficio del buen vivir y la pervivencia física y cultural de los pueblos. Este principio se traduce en la construcción de rutas interculturales de atención, en el reconocimiento de dispositivos propios (casas de sabiduría, hospitales del espíritu, yerbatarios) y en la adaptación de los servicios occidentales a la cosmovisión indígena.

El modelo incorpora, además, el principio de participación efectiva de mujeres, jóvenes y sabedores, asegurando la voz incidente de parteras, mayoras, sabedores, tsamanis/jaibanás, jóvenes y promotores de salud en las fases de diagnóstico, planeación, ejecución y seguimiento. No se trata solo de convocar, sino

de garantizar espacios formales de decisión en los que estos actores tengan capacidad real para definir prioridades y ejercer control político y comunitario.

Asimismo, se acoge el principio de transparencia y control propio de recursos, según el cual los recursos destinados al SISPI deben ser administrados bajo mecanismos de control comunitario, rendición de cuentas periódica y delimitación clara entre el control autónomo indígena y el control fiscal y administrativo estatal. La información financiera y técnica debe ser accesible, comprensible y validada por las asambleas y los comités de salud propia e intercultural.

Finalmente, se enuncia el principio de sostenibilidad normativa y financiera, que exige anclar el modelo en la normativa específica del SISPI, en los mandatos de las asambleas indígenas y en su inclusión expresa en los planes de salud, planes de desarrollo y presupuestos territoriales. La permanencia del modelo no puede depender exclusivamente de proyectos o convenios de corto plazo, sino de decisiones de política pública adoptadas en el marco del Decreto Ley 0480 de 2025.

Estructura políticoadministrativa y gobernanza del modelo de salud propia e intercultural. La estructura políticoadministrativa y la gobernanza del modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas de Chocó se organiza en tres niveles articulados: el nivel comunitario o de resguardo, el nivel territorial o departamental y el nivel nacional. Esta organización parte del reconocimiento de que la salud es un campo de decisión política y de ejercicio del gobierno propio, en el cual las autoridades indígenas, las comunidades y las instituciones estatales deben coordinarse desde la autonomía, la interculturalidad y la complementariedad de sistemas de salud.

Nivel comunitario / resguardo / territorio ancestral. En el nivel comunitario, de resguardo o de territorio ancestral, la gobernanza del modelo se ejerce a partir de las instancias propias de gobierno de los pueblos indígenas, que asumen la conducción política y espiritual del cuidado de la vida y del territorio. La asamblea comunitaria o asamblea de resguardo se reconoce como la máxima autoridad de decisión en materia de salud propia e intercultural. En este espacio se deliberan y aprueban las orientaciones generales del modelo, sus ajustes, los planes anuales y la priorización de acciones según las necesidades, riesgos y prioridades definidas por la comunidad. Las decisiones adoptadas en la asamblea se formalizan mediante actas y mandatos que orientan la actuación de las autoridades y de los equipos técnicos.

El cabildo, el consejo o la estructura de gobierno propio ejerce la representación política y administrativa del territorio frente a las entidades del Estado, organizaciones aliadas y otros actores. Esta instancia es responsable de implementar los acuerdos de la asamblea, gestionar los recursos y apoyos necesarios, realizar seguimiento político al modelo de salud y velar porque las instituciones externas respeten la autonomía, los reglamentos internos y la forma propia de cuidado. En esa medida, el cabildo o consejo actúa como puente entre la decisión colectiva comunitaria y los escenarios de negociación y concertación interinstitucional.

Como espacio técnicopolítico especializado se configura el Comité de Salud Propia e Intercultural (CSPI), integrado por autoridades indígenas, sabedores y sabedoras, parteras, mujeres lideresas, jóvenes, promotores de salud y, cuando se requiera, referentes técnicos del sistema occidental que trabajan en clave

intercultural. Este comité analiza las situaciones de salud que afectan a la comunidad, define las rutas de atención y remisión, prioriza casos críticos, acuerda la participación de los médicos ancestrales y de los equipos occidentales, y coordina la relación cotidiana con las instituciones de salud. De esta forma, el CSPI permite que las decisiones técnicas y operativas se mantengan subordinadas al gobierno propio y a la visión cultural de la salud, evitando que la oferta institucional imponga agendas ajenas al territorio.

Un lugar central en esta estructura lo ocupan las Casas de Sabiduría, los Hospitales del Espíritu o las Casas de la Palabra, según la denominación de cada pueblo. Estos espacios son escenarios físicos y espirituales en los que se presta atención en salud propia, se realizan rituales, armonizaciones, curaciones y acompañamientos espirituales, se transmite conocimiento entre mayores y aprendices, y se sostienen procesos de formación comunitaria. Al mismo tiempo, en estas casas se toman decisiones sobre el cuidado del territorio, el manejo de las plantas medicinales, la organización de los yerbatarios y la articulación con el sistema externo de salud. Por su naturaleza, las Casas de Sabiduría son, simultáneamente, dispositivos de prestación de servicios, de gobierno comunitario y de fortalecimiento cultural.

Nivel territorial / departamental (Chocó). En el nivel territorial o departamental, aplicable a los departamentos de Chocó, la gobernanza del modelo se concreta a través de instancias de articulación entre el gobierno propio indígena y las autoridades departamentales y municipales. La principal instancia es la Mesa Departamental de Salud Indígena – SISPI, o la que haga sus veces, en la que participan representantes de resguardos y organizaciones indígenas, la Secretaría

Departamental de Salud y, cuando corresponda, otras dependencias sectoriales. Esta Mesa tiene la función de incorporar el modelo SISPI en los planes, programas y proyectos departamentales de salud; concertar prioridades, metas e indicadores; definir la manera en que la red de servicios reconoce e integra la medicina propia y garantizar que las decisiones comunitarias se reflejen en los instrumentos de política pública territorial.

De manera complementaria, la Comisión o Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación (MPC) territorial actúa como espacio de concertación política y seguimiento a la implementación del modelo. En este escenario se revisa el avance de los compromisos adquiridos por la gobernación y los municipios, se tramitan ajustes normativos o administrativos requeridos para la operatividad del SISPI y se eleva a un plano de diálogo interinstitucional lo que ha sido previamente definido por las comunidades y sus autoridades. La Subcomisión de Salud de la MPC se convierte, así, en un lugar privilegiado para garantizar que el modelo tenga fuerza política y no se quede solo en el ámbito técnico.

Además, se prevé el funcionamiento de comités técnicos interculturales, integrados por autoridades indígenas designadas por sus comunidades, sabedores y sabedoras con reconocimiento, y funcionarios de las secretarías de salud, hospitales, EPS, EPSI e IPS/IPSIs que prestan servicios en los territorios. Estos comités tienen la responsabilidad de ordenar la red de servicios con enfoque intercultural, definir y ajustar las rutas de remisión y contrarreferencia para casos que requieren articulación entre medicina propia y occidental, revisar situaciones complejas que hayan generado tensiones o barreras de acceso, y proponer acuerdos operativos concretos (por ejemplo, acompañamiento de sabedores en

remisiones, adecuaciones culturales en servicios de maternidad, uso de lengua propia, alimentación pertinente, entre otros). De este modo, el nivel departamental se ocupa de asegurar que lo decidido en los territorios no se diluya en la gestión rutinaria del sistema de salud, sino que se traduzca en cambios efectivos en la forma en que se prestan los servicios y se administran los recursos.

Nivel nacional. En el nivel nacional, la estructura políticoadministrativa y la gobernanza del modelo se proyectan a través de las organizaciones indígenas de carácter nacional y las instancias estatales de rectoría y regulación en salud. El Gobierno Mayor u otra organización nacional que agrupe a los pueblos filiales de Chocó cumple la función de representar y articular las voces de estos territorios en los escenarios nacionales de política pública. Desde esta posición, presenta y defiende el modelo territorial construido en Chocó, incide en los procesos de reglamentación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural, participa en la definición de criterios de asignación de recursos y acompaña a los territorios en la interlocución con las entidades del orden nacional.

Por su parte, la Subcomisión Nacional de Salud Indígena y el Ministerio de Salud y Protección Social constituyen las instancias estatales encargadas de concertar los criterios normativos, técnicos y financieros para el desarrollo del SISPI. En estos espacios se analiza el modelo territorial descrito en este documento como parte de la solicitud de administración, planeación, gestión y ejecución de recursos del SISPI por parte de los pueblos indígenas; se verifica su coherencia con el marco normativo vigente; se acuerdan medidas de apoyo técnico y financiero y se definen los ajustes sistémicos necesarios para garantizar que la medicina propia y los modelos territoriales indígenas sean efectivamente reconocidos dentro del sistema

general de salud. La articulación con el nivel nacional no sustituye el gobierno propio, sino que lo respalda y le da proyección en la arquitectura estatal.

Arquitectura Político Organizativa Del Modelo. A partir de estos principios, la arquitectura político organizativa del modelo SISPI para Chocó se estructura en tres niveles de gobernanza articulados entre sí: comunitario/territorial ancestral, departamental/territorial y nacional, con funciones diferenciadas pero complementarias.

En el nivel comunitario, de resguardo o territorio ancestral, la Asamblea comunitaria o de resguardo se configura como máxima instancia de decisión, encargada de definir las orientaciones generales de salud propia e intercultural, aprobar los reglamentos internos, validar el modelo y sus ajustes, y priorizar las acciones en relación con las necesidades de cada pueblo. El cabildo, las capitanías y demás autoridades tradicionales ejercen la representación política y jurídica del resguardo ante entidades públicas y organizaciones, lideran la implementación territorial del modelo y realizan seguimiento al cumplimiento de acuerdos y compromisos.

Dentro de este mismo nivel se crea o fortalece el Comité de Salud Propia e Intercultural (CSPI) como espacio técnicopolítico en el que participan autoridades, sabedores, parteras, mujeres, jóvenes, promotores y equipos de salud. El CSPI define las rutas de atención propias, prioriza casos, orienta remisiones, acuerda mecanismos de articulación con IPS/IPSIs y EPS/EPSI, y recoge las decisiones que luego deben ser reconocidas en los niveles departamental y nacional. Las Casas de Sabiduría, Hospitales del Espíritu y Casas de la Palabra se identifican como dispositivos comunitarios que combinan atención, formación y gobernanza local del

modelo, soportando el ejercicio de la medicina propia y la articulación con los procesos de formación y gestión del conocimiento.

En el nivel territorial/departamental Chocó, se propone la consolidación de una Mesa Departamental de Salud Indígena – SISPI, integrada por delegados de los resguardos, organizaciones indígenas y la Secretaría Departamental de Salud, entre otras dependencias. Esta Mesa tiene la función de incorporar los acuerdos del SISPI en los planes de salud, la red de servicios y los esquemas de contratación, así como de servir de instancia de coordinación entre las entidades territoriales y las autoridades indígenas.

Adicionalmente, se reconoce el rol de la Comisión o Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación –MPC– territorial, como escenario político en el cual se validan lineamientos del modelo y se negocian compromisos concretos de los departamentos y municipios con los pueblos indígenas. Se prevé la conformación de Comités Técnicos Interculturales, como equipos mixtos compuestos por autoridades, sabedores, referentes de salud y funcionarios departamentales, responsables de ordenar la red de servicios, definir rutas de remisión intercultural e integrar la información del SISPI a los sistemas de información departamentales.

En el nivel nacional, la organización Gobierno Mayor ejerce la vocería nacional de los pueblos filiales y asume la responsabilidad de incidir en la reglamentación del SISPI, la asignación de recursos y el seguimiento de los compromisos del Ministerio de Salud y Protección Social y demás entidades competentes. La Subcomisión Nacional de Salud de la MPC y el propio Ministerio de Salud se consolidan como espacios en los que se discute la implementación del

modelo de salud de Chocó, se validan avances, se revisan obstáculos y se acuerdan ajustes normativos, técnicos y financieros, de conformidad con el Decreto Ley 0480 de 2025.

Funciones Político Organizativas Del Modelo. Sobre la base de la arquitectura descrita, el componente político organizativo del modelo SISPI para Chocó asume un conjunto de funciones específicas orientadas a garantizar la gobernanza propia, la articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas.

En materia de planeación y formulación de política territorial en salud propia, corresponde a las instancias del modelo incorporar explícitamente el SISPI en los planes de salud departamentales y municipales y en los planes de desarrollo (PDD y PDM), definiendo metas, indicadores e hitos por territorio, pueblo y comunidad. Esta planeación debe partir de la caracterización sociocultural y de la situación de salud desde el enfoque propio e institucional, así como de los insumos construidos en las jornadas y relatorías.

En desarrollo de la regulación interna y normativa propia en salud, el modelo contempla la adopción de reglamentos internos por pueblo y territorio, en los cuales se establecen las reglas para el ejercicio de la medicina ancestral, los criterios comunitarios para la certificación de sabedores, tsamanis/jaibanás, parteras, rezanderos y demás agentes tradicionales, y los protocolos propios relativos al manejo de lugares sagrados, hierbaterios y espacios de curación. Igualmente, se fijan reglas sobre protección del conocimiento, confidencialidad de la palabra del

sabedor y mecanismos para resolver conflictos internos asociados al ejercicio de la medicina propia.

En relación con la articulación con el SGSSS y la red de servicios, el componente políticoorganizativo debe propiciar la formalización de rutas interculturales de referencia y contrarreferencia, negociadas con EPS/EPSI e IPS/IPSIs, que reconozcan a las Casas de Sabiduría, Hospitales del Espíritu y demás dispositivos propios como parte de la red de servicios. Ello incluye la definición de arreglos especiales de contratación, esquemas de transporte y alojamiento intercultural, mecanismos de coordinación entre equipos tradicionales y equipos biomédicos, y criterios de oportunidad y pertinencia cultural en la atención.

En cuanto a la gestión de recursos y administración del modelo, el componente se encarga de identificar y gestionar las diferentes fuentes de financiación (recursos del SGSSS y del Sistema General de Participaciones –SGP–, recursos propios de las entidades territoriales, convenios, proyectos y cooperación técnica), así como de establecer criterios de asignación que tengan en cuenta la población indígena, las condiciones de dispersión y accesibilidad y los niveles de riesgo territorial. Esta gestión debe realizarse bajo parámetros de transparencia y en coordinación permanente con las autoridades indígenas.

Finalmente, en materia de control político, evaluación y rendición de cuentas, el modelo prevé la realización de asambleas periódicas de rendición de cuentas a las comunidades, la conformación de veedurías indígenas y otros mecanismos de control interno propios, y la elaboración de reportes técnicos y financieros a la MPC y a las entidades estatales, sin que ello implique renunciar al control comunitario de la información ni a la autonomía en la toma de decisiones.

Ruta De Implementación PolíticoOrganizativa. Para asegurar la implementación gradual y ordenada del modelo, se propone una ruta en cuatro fases, articulada con lo ya avanzado y las jornadas territoriales desarrolladas en Chocó:

Fase I – Alistamiento Político Y Normativo. En esta fase se busca asegurar el consentimiento informado, el mandato colectivo y la legitimidad del proceso, comprende:

- Socialización del diagnóstico con las autoridades y comunidades.
- Discusión y aprobación en asambleas de la hoja de ruta para el modelo SISPI en cada territorio.
- Conformación o formalización de los Comités de Salud Propia e Intercultural (CSPI) y de las Mesas Departamentales de Salud Indígena.

Fase II – Diseño Participativo Del Modelo Territorial. Se orienta a precisar, mediante talleres, reuniones y relatorías, los roles de cada instancia, las rutas de atención y remisión, y los dispositivos propios y mixtos (Casas de Sabiduría, hierbaterios, equipos interculturales). Como resultado, se deberán elaborar documentos específicos de Modelo SISPI Chocó, validados en asambleas y en los espacios de concertación de la MPC.

Fase III – Formalización Institucional. Los acuerdos y definiciones del modelo se incorporan de manera expresa en los planes de salud, en los planes de desarrollo y en los actos administrativos que expidan los departamentos y municipios (acuerdos, decretos u otros instrumentos), mediante los cuales se reconoce formalmente la existencia y funciones de las instancias del SISPI. En esta fase también se definen los mecanismos contractuales entre entidades territoriales,

EPS/EPSI e IPS/IPSIs que permitan materializar el modelo en la práctica.

Fase IV – Implementación, Monitoreo Y Ajuste. Comprende la puesta en marcha de los CSPI, las Mesas de salud indígena, los equipos interculturales y los dispositivos priorizados (Casas de Sabiduría, hierbaterios, etc.), así como la construcción participativa de indicadores propios –no limitados a variables biomédicas– que permitan medir el fortalecimiento de la medicina ancestral, la mejora en el acceso, la pertinencia cultural y la satisfacción de las comunidades. Con base en estos resultados y en las decisiones de las asambleas, se realizarán ajustes periódicos al modelo, en coherencia con el carácter dinámico del SISPI previsto en el Decreto Ley 0480 de 2025.

Tabla 75.

Matriz de Implementación – Componente PolíticoOrganizativo del SISPI

Fase / Plazo	Acción Estratégica	Actividades Principales	Actores Involucrados	Recursos Necesarios	Resultados Esperados
Fase I – Inmediato / 06 meses	Alistamiento Político y Normativo	Socialización del diagnóstico con autoridades y comunidades. Discusión y aprobación de la hoja de ruta para el modelo SISPI. Conformación/formalización de Comités de Salud Propia e Intercultural (CSPI) y Mesas Departamentales de Salud Indígena.	Autoridades tradicionales, líderes comunitarios, equipos territoriales SISPI, gobernaciones, alcaldías.	Salones de reunión, materiales de divulgación, transporte territorial, facilitadores culturales.	Mandato colectivo legitimado, CSPI y Mesas departamentales constituidas y operativas, hoja de ruta aprobada en asambleas.
Fase II – Corto Plazo / 612 meses	Diseño Participativo del Modelo Territorial	Talleres participativos sobre roles y responsabilidades. Definición de rutas de atención y remisión. Identificación de dispositivos propios y mixtos (Casas de Sabiduría, hierbateros, equipos interculturales).	CSPI, sabedores, parteras, equipos interdisciplinarios, líderes comunitarios, MPC, universidades aliadas.	Facilitadores, materiales para talleres, espacios para reuniones, transporte, logística de relatorías.	Modelos territoriales diseñados y validados, documentos del modelo aprobados en asambleas y MPC, roles y rutas claros.

Fase / Plazo	Acción Estratégica	Actividades Principales	Actores Involucrados	Recursos Necesarios	Resultados Esperados
		Elaboración de documentos específicos para SISPI Chocó.			
Fase III – Mediano Plazo / 1224 meses	Formalización Institucional	Incorporación de acuerdos en planes de salud y planes de desarrollo. Emisión de actos administrativos que reconozcan funciones e instancias del SISPI. Establecimiento de mecanismos contractuales entre EPS/EPSI e IPS/IPSIs.	Gobernaciones, alcaldías, MinSalud, EPS/EPSI, IPS/IPSIs, CSPI.	Asesoría jurídica, documentos normativos, reuniones interinstitucionales, seguimiento técnico.	Reconocimiento institucional del modelo, formalización de instancias y acuerdos, mecanismos contractuales implementados.
Fase IV – Largo Plazo / 2448 meses	Implementación, Monitoreo y Ajuste	Operativización de CSPI y Mesas de Salud Indígena. Activación de dispositivos priorizados (Casas de Sabiduría, hierbateros, equipos interculturales). Construcción de indicadores propios para evaluar medicina ancestral, acceso, pertinencia cultural y satisfacción comunitaria. Ajustes periódicos basados en resultados y decisiones de asambleas.	CSPI, Mesas de Salud, equipos interculturales, sabedores, parteras, líderes comunitarios, autoridades tradicionales.	Recursos para operación de dispositivos, transporte, registro de indicadores, apoyo técnico y logístico para monitoreo.	Modelo operativo y funcional; indicadores propios implementados, ajustes continuos realizados, fortalecimiento de la medicina ancestral y mejora en acceso y pertinencia cultural.

Nota: Elaboración propia.

Instrumentos PolíticoAdministrativos Del Modelo. Con el fin de hacer operable el componente políticoorganizativo, se propone el desarrollo de un conjunto mínimo de instrumentos, articulados con el diagnóstico, las relatorías y las matrices ya elaboradas.

1. **Reglamento de salud propia e intercultural por pueblo y territorio**, en el que se definan las reglas de organización del modelo, las competencias de las instancias, los procedimientos para la toma de decisiones, los criterios de

reconocimiento de sabedores y las disposiciones sobre protección del conocimiento y manejo de conflictos.

2. **Mapa de actores e instancias del SISPI en sus niveles comunitario, territorial y nacional**, que identifique autoridades, organizaciones, entidades estatales, EPS/EPSI, IPS/IPSIs, equipos técnicos y otros actores clave, así como sus roles y responsabilidades. Este instrumento debe servir como base para la coordinación interinstitucional y para la definición de rutas de articulación.
3. **Matrices de compromisos y avances por entidad**, en las que se consignen los acuerdos adoptados con Secretarías de Salud, EPS/EPSI, IPS/IPSIs, la organización Gobierno Mayor, alcaldías y gobernaciones, entre otros, así como el estado de cumplimiento, los plazos y las observaciones formuladas por las comunidades.
4. **Adopción de Protocolos de articulación interinstitucional** para remisiones, contrarreferencias y atención de eventos críticos en clave intercultural, precisando responsables, tiempos de respuesta, mecanismos de comunicación y consideraciones culturales que deben ser observadas por los equipos de salud.
5. **Formato estandarizado de actas y relatorías de decisiones en salud**, que permita dejar evidencia ordenada y completa de los acuerdos, mandatos y procesos de seguimiento adelantados en asambleas, CSPI, Mesas Departamentales y espacios de concertación, facilitando su incorporación posterior en los instrumentos de política pública.

Validación Y Sostenibilidad PolíticoOrganizativa. La validez y

sostenibilidad del modelo SISPI para Chocó descansan en su reconocimiento por las comunidades y autoridades indígenas, en su anclaje en los instrumentos de política pública y en la existencia de mecanismos permanentes de seguimiento y ajuste.

En materia de validación comunitaria y de gobierno propio, la propuesta debe ser aprobada en asambleas, actas y mandatos escritos, dejando constancia de la voluntad de los pueblos de adoptar este modelo como referente de organización de la salud propia e intercultural. Los CSPI y las autoridades realizarán revisiones periódicas del modelo para verificar su pertinencia y proponer las modificaciones que resulten necesarias.

En cuanto al anclaje en instrumentos de política pública, el modelo SISPI deberá ser incorporado en los planes de salud, en los planes de desarrollo y en los acuerdos y actas de la MPC, garantizando su reconocimiento institucional y la asignación de recursos. Esta incorporación se realizará en armonía con la reglamentación nacional del SISPI y con lo dispuesto en el Decreto Ley 0480 de 2025, de manera que el modelo territorial de Chocó se reconozca como desarrollo específico de dicho marco normativo.

Se prevé también un componente de formación política y administrativa dirigido a autoridades, líderes, sabedores y promotores, orientado al fortalecimiento de capacidades en administración pública, normatividad en salud indígena, gestión de recursos y rendición de cuentas, de modo que las comunidades cuenten con herramientas para ejercer plenamente su autonomía y su derecho a la participación informada.

Finalmente, se establecen mecanismos de seguimiento y ajuste, que incluyen la presentación de informes periódicos a las comunidades, la realización de espacios anuales de evaluación del modelo SISPI en cada departamento con participación de todos los actores involucrados y la actualización de los instrumentos y reglamentos con base en los aprendizajes y decisiones colectivas. De esta manera, el componente políticoorganizativo se consolida como eje estructurante para la implementación efectiva y sostenible del SISPI en los territorios indígenas de Chocó.

Resultados Esperados.

- Respaldo de autoridades, sabedores, parteras, mujeres y jóvenes, con consentimiento informado y acuerdos colectivos.
- Operación de Comités de Salud Propia e Intercultural (CSPI), Mesas Departamentales y espacios comunitarios de decisión y control del modelo.
- Integración de rutas de atención, dispositivos propios y servicios biomédicos respetando la cosmovisión indígena.
- Incorporación del SISPI en planes de salud, planes de desarrollo y actos administrativos.
- Administración de recursos bajo control comunitario, con rendición de cuentas y sostenibilidad financiera.

Indicadores

Cuantitativos

- Número de Comités de Salud Propia e Intercultural (CSPI) constituidos y operativos.
- Número de Mesas Departamentales de Salud Indígena conformadas.

- Cantidad de talleres, asambleas y encuentros comunitarios realizados.
- Número de dispositivos propios (Casas de Sabiduría, Hospitales del Espíritu, hierbateros) activos.
- Cantidad de protocolos y reglamentos internos adoptados por pueblo y territorio.
- Porcentaje de recursos asignados al SISPI con control comunitario.
- Número de indicadores propios construidos y reportados periódicamente.

Cualitativos

- Nivel de legitimidad y aceptación del modelo entre autoridades y comunidades.
- Percepción de la complementariedad entre medicina ancestral y occidental.
- Grado de participación efectiva de mujeres, jóvenes y sabedores en decisiones de salud.
- Calidad de la coordinación interinstitucional con EPS/EPSI e IPS/IPSIs.
- Satisfacción de la comunidad respecto a la pertinencia cultural de los servicios.
- Evaluación de la transparencia y claridad en la administración de recursos.
- Capacidad de los CSPI y Mesas de Salud para resolver conflictos internos y garantizar la gobernanza propia.
- Adaptación del modelo a las dinámicas territoriales y cambios en las necesidades de la comunidad.

Componente De Formación, Capacitación, Generación Y Uso Del Conocimiento En Salud

El modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas del

Chocó desde el componente de Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento en Salud del SISPI, se proyecta como el eje que garantizará la continuidad, la transmisión y el fortalecimiento de los saberes ancestrales, al tiempo que posibilitará un diálogo equilibrado con los conocimientos técnicoscientíficos de la medicina occidental.

Su implementación parte de un proceso formativo profundamente territorial, participativo e intercultural, construido con y desde los sabedores, parteras, promotores y dinamizadores de cada comunidad. La educación en territorio se fortalecerá mediante espacios de acompañamiento comunitario, mingas de pensamiento, ritualidad, prácticas de sanación y recuperación de la memoria viva, valorando la oralidad y la revitalización de la lengua nativa como columna vertebral de la transmisión de saberes. Al mismo tiempo, el modelo incorporará procesos de formación desde la medicina occidental que permitan a los médicos tradicionales, parteras y agentes comunitarios comprender aspectos técnicos necesarios para la atención integral, la prevención y el ejercicio seguro de sus prácticas, sin descontextualizar ni deslegitimar su tradición.

Este proceso se orientará a consolidar rutas formativas interculturales, diseñadas por organizaciones indígenas, pueblos indígenas y el Ministerio de Salud. Dichas rutas integrarán módulos sobre medicina ancestral, plantas, espiritualidad, curación tradicional, entre otros aspectos, junto con contenidos sobre salud pública, primeros auxilios, gestación y parto seguro, vigilancia comunitaria, prevención de enfermedades, normativa del SISPI y el sistema general de salud. La formación se adaptará a las necesidades y dinámicas del Chocó, respetando los calendarios culturales y ecológicos, los tiempos espirituales y los códigos propios de

comunicación de cada pueblo.

También se propone mecanismos para generar, recopilar y usar conocimientos producidos por las comunidades, fomentando investigaciones propias, sistematización de experiencias, cartografías culturales y procesos de documentación que fortalezcan la autonomía y aseguren la pervivencia del conocimiento ancestral. Esta información se gestionará a través de centros territoriales de saber, bibliotecas comunitarias, semilleros juveniles y espacios de formación intergeneracional.

La articulación entre medicina occidental y medicina ancestral se concibe no como una imposición, sino como un diálogo de saberes horizontal, donde ambas perspectivas contribuyan al bienestar integral. Lo que implica establecer acuerdos sobre complementariedad terapéutica, remisiones interculturales, reconocimiento de autoridades tradicionales en las decisiones de salud y mecanismos de interacción respetuosa entre actores comunitarios y profesionales del sector salud.

La consolidación del Modelo de Salud Propia e Intercultural requiere no solo fortalecer los saberes ancestrales en los territorios, sino también promover la participación de jóvenes indígenas en procesos de educación superior en salud. Por ello, se plantea la necesidad de priorizar el acceso de estudiantes indígenas que ya posean conocimientos tradicionales en medicina ancestral a programas universitarios en áreas como medicina, enfermería, salud pública, epidemiología o psicología, garantizando rutas de acompañamiento académico e intercultural. Esta estrategia permitirá integrar de manera equilibrada los sistemas de conocimiento propio y occidental, formando profesionales con doble comprensión sobre el cuidado, la prevención y la atención en salud. Además, contribuye a la sostenibilidad

del SISPI al asegurar la formación de nuevas generaciones de médicos tradicionales y parteras con competencias técnicas que fortalezcan los procesos de complementariedad terapéutica, autonomía territorial y pervivencia cultural de los pueblos indígenas.

Finalmente, este modelo desde el componente de Formación, Capacitación, Generación y Uso del Conocimiento en Salud, se consolida como una estrategia sostenible que fortalecerá el SISPI Chocó, dignificando el rol de los sabedores, parteras y médicos ancestrales.

Eje De Ancestralidad.

- Proteger y fortalecer los espacios espirituales y naturales donde se practica la medicina ancestral, reconociéndolos como patrimonio cultural y ambiental fundamental para la salud indígena.
- Impulsar la siembra, conservación y uso de plantas curativas, fortaleciendo casas de medicina tradicional, huertos medicinales y sistemas comunitarios de manejo de la biodiversidad.
- Establecer protocolos comunitarios para el uso responsable del territorio, orientados al control de actividades extractivas que afecten lugares sagrados, fuentes de agua y espacios de sanación.

Eje De Formación Y Capacitación En Salud Propia E Intercultural.

Este es el eje central del modelo:

Formación En Salud Propia.

- Escuelas de Sabiduría Ancestral en territorio donde se transmita los conocimientos en medicina tradicional, partería, armonización espiritual y usos de plantas medicinales.

- Círculos de palabra intergeneracionales para fortalecer la transmisión de conocimientos de forma oral y en lengua materna.
- Escuelas itinerantes, adaptadas a territorios dispersos.
- Procesos de certificación y reconocimiento comunitario de parteras, sabedores y médicos tradicionales, por parte de la comunidad.
- Mingas de formación con rituales de armonización y recuperación de la memoria ancestral.
- Normatividad del SISPI.

Formación Intercultural Desde La Medicina Occidental. Busca fortalecer capacidades técnicas clave:

- Atención primaria intercultural.
- Signos de alarma maternoinfantiles.
- Emergencias obstétricas y neonatales.
- Primeros auxilios y gestión del riesgo.
- Vigilancia comunitaria en salud.
- Prevención de desnutrición infantil.
- Salud mental y acompañamiento psicosocial desde enfoques propios.
- Capacitación en gestión, administración y sistemas de información.
- Normatividad del SGSSS.
- Derechos Humanos, liderazgo, gobernanza, gestión administrativa, políticas públicas, y gestión y formulación de proyectos comunitarios.

Esta formación intercultural se realizará mediante diplomados en convenio con el Ministerio de Salud, universidades y organizaciones indígenas, y prácticas de intercambio entre personal biomédico y sabedores. Se debe tener en cuenta la

creación de material pedagógico bilingüe, tanto en lengua propia como en español.

Eje De Generación, Investigación Y Apropiación Del Conocimiento.

- Escuelas de investigación propia.
- Sistematización comunitaria de prácticas y narrativas de sanación**.**
- Protocolos propios de investigación para proteger el conocimiento ancestral.
- Centros de documentación vivos (archivos orales, cartografías, herbolarios).
- Investigaciones interculturales sobre epidemiología propia, plantas medicinales, prácticas de parto y enfermedades prevalentes.
- Creación de un Observatorio indígena de salud y buen vivir con indicadores propios de salud y el monitoreo comunitario.

Eje De Información Y Revitalización De La Comunicación De Los Procesos SISPI.

- Fortalecer una red de comunicación indígena articulada con medios comunitarios y orientada a visibilizar los procesos del SISPI.
- Desarrollar materiales audiovisuales, pedagógicos y bilingües (lenguas propias–español) sobre salud, espiritualidad y prácticas de sanación ancestral.
- Incorporar la comunicación espiritual, simbólica, narrativa y ritual en los procesos de formación, atención y sanación del SISPI.
- Promover la lengua propia y la oralidad como pilares para la transmisión del conocimiento y la pedagogía intercultural.
- Formar mujeres, jóvenes y comunicadores indígenas, fortaleciendo

capacidades comunitarias para el ejercicio de la comunicación desde los territorios.

Rutas Operativas Del Modelo.

Ruta 1: Formación En Salud Propia E Intercultural.

1. Diagnóstico de capacidades.
2. Identificación de parteras, sabedores, dinamizadores y jóvenes aprendices.
3. Diseño de pensum comunitario e intercultural (ancestral + técnico).
4. Implementación de diplomados, talleres y escuelas propias.
5. Certificación comunitaria o institucional (dependiendo de la formación recibida).
6. Seguimiento y acompañamiento territorial.

Ruta 2: Articulación Medicina Ancestral – Medicina Occidental.

1. Encuentros entre EPS, IPS, parteras y autoridades tradicionales.
2. Creación de rutas interculturales de referencia y contrarreferencia.
3. Acompañamiento de parteras en partos institucionales cuando la familia lo solicite.
4. Espacios hospitalarios para la práctica espiritual (armonización, plantas).
5. Comité intercultural de casos priorizados.

Ruta 3: Gestión Del Conocimiento Y Documentación Propia.

1. Recolección oral comunitaria.
2. Registro protegido (propiedad colectiva).
3. Publicaciones interculturales.
4. Centros de documentación vivos en cada organización indígena.

Matriz De Implementación Del Modelo De Salud Propia E Intercultural.

Tabla 76.

Corto plazo (0–12 meses): Activación comunitaria y diseño participativo

Acciones principales	Responsables	Resultados esperados
Realizar encuentros territoriales con autoridades, sabedores y parteras. Desarrollar diagnóstico participativo de capacidades, saberes y brechas. Crear equipos	Organización indígena, MinSalud, autoridades tradicionales, equipos comunitarios	Diagnóstico integral consolidado. Rutas formativas diseñadas. Acuerdos territoriales de articulación pactados.
Construir protocolos iniciales de diálogo de saberes. Definir acuerdos sobre remisiones interculturales.	Organización indígena, EPS e IPS indígenas, MinSalud	Primera versión de protocolos interculturales.

Nota: Elaboración propia

Tabla 77.

Mediano plazo (12–36 meses): Implementación formativa y generación de conocimiento

Acciones principales	Responsables	Resultados esperados
Realizar procesos educativos en territorio. Desarrollar talleres, mingas y escuelas propias. Formar parteras, sabedores y agentes comunitarios con apoyo técnico occidental.	Organización indígena, instituciones educativas, MinSalud, sabedores tradicionales	Sabedores, parteras y dinamizadores fortalecidos. Procesos educativos bilingües y culturalmente pertinentes.
Crear semilleros de investigación indígena. Sistematizar prácticas de sanación y memorias vivas. Elaborar cartografías culturales de salud. Desarrollar protocolos comunitarios para el manejo del conocimiento.	Organización indígena, investigadores propios, equipos comunitarios	Documentos propios consolidados. Producción de conocimiento protegido y reconocido.
Adecuar Centros Territoriales del Saber. Integrar bibliotecas comunitarias, aulas vivas y laboratorios de memoria.	Organización indígena, alcaldías, MinSalud	Espacios comunitarios en funcionamiento para formación continua.

Nota: Elaboración propia

Tabla 78.

Largo plazo (36+ meses): Sostenibilidad y consolidación del modelo

Acciones principales	Responsables	Resultados esperados
Implementar procesos de certificación intercultural. Formalizar roles de parteras, sabedores y dinamizadores.	MinSalud, organizaciones indígenas, entes territoriales	Parteras y sabedores certificados y reconocidos legal y territorialmente.
Ajustar protocolos interculturales de atención. Consolidar rutas de remisión y complementariedad terapéutica. Crear mecanismos de vigilancia comunitaria.	MinSalud, IPS públicas y propias, organizaciones indígenas	Modelo intercultural adoptado y operativo.
Desarrollar planes de formación para nuevas generaciones de médicos tradicionales y parteras. Mantener escuelas de saberes y centros territoriales.	Organización indígena, autoridades tradicionales	Sistema sostenido de transmisión y renovación del conocimiento ancestral.

Nota: Elaboración propia

Resultados Esperados.

- Pervivencia y revitalización del conocimiento ancestral.
- Mayor capacidad de los pueblos para gestionar su propia salud.
- Reducción de brechas de inequidad en salud en Chocó.
- Articulación equilibrada entre sistemas de salud propios y occidentales.
- Consolidación plena del SISPI territorial.

Indicadores Sugeridos.

Cualitativos

- Reconocimiento comunitario de parteras, sabedores y médicos ancestrales formados.
- Fortalecimiento de escuelas propias.
- Confianza entre instituciones y comunidades.

Cuantitativos

- Número de parteras y médicos tradicionales formados y certificados.

- Número de diplomados y talleres implementados.
- Reducción de muertes maternas y neonatales.
- Reducción de casos de suicidio.
- Incremento de remisiones interculturales.
- Participación juvenil en procesos de transmisión de saberes.

Componente de administración y gestión

La salud soñada desde el componente de administración y gestión nace del deseo profundo de que cada decisión y cada recurso camine en armonía con la palabra de los mayores y con el latido del territorio. Soñar la salud desde aquí es imaginar que el sistema que organiza, financia y orienta la atención no sea frío ni lejano, sino un tejido vivo que respira con las comunidades. Es visualizar un modelo donde la financiación se maneje con transparencia y respeto, donde la gestión administrativa reconozca la dignidad de los pueblos, donde el talento humano propio tenga garantías para cuidar y ser cuidado, y donde la información no sea un dato suelto, sino memoria para proteger la vida.

En este sueño, la administración y la gestión cobran sentido cuando responden a lo que piden las comunidades: identificar lo que falta, lo que duele, lo que amenaza y también lo que puede crecer. Implica construir rutas claras y posibles, fortalecer estructuras propias, garantizar que los cuidadores no trabajen en precariedad, y que el sistema de información hable el mismo idioma que el territorio. La salud soñada abraza lo clínico, lo espiritual, lo organizativo y lo cultural, porque en los pueblos indígenas la salud no es solo cuerpo: es río, es montaña, es palabra, es familia, es memoria.

Por eso, esta visión también anuncia resultados que transforman la vida: autonomía real para decidir sobre su propio sistema, procesos ordenados desde los mandatos comunitarios, sabedores reconocidos en su conocimiento, información que se queda en el territorio y un seguimiento hecho no solo para cumplir, sino para mejorar. Con indicadores que miden tanto lo que se ve como lo que se siente, y con fases que respetan los tiempos de la comunidad, la salud soñada desde la Administración y gestión del SISPI se convierte en un camino posible: un camino donde la vida florece, donde la cultura se sostiene y donde el cuidado vuelve a tener el rostro de los propios pueblos del Chocó.

Objetivo General.

Garantizar la administración, gestión y sostenibilidad integral del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) bajo la rectoría exclusiva de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor, con el aval de las comunidades indígenas territoriales, asegurando un manejo directo, transparente y sin intermediación de los recursos físicos, financieros, humanos, tecnológicos y espirituales, así como de los determinantes sociales de la salud, para materializar el derecho fundamental a la salud propia e intercultural en los territorios.

Objetivos Específicos.

- Consolidar la autonomía administrativa y financiera del SISPI, garantizando que la gestión de los recursos sea realizada únicamente por Gobierno Mayor, con aval comunitario y sin participación de operadores externos.
- Fortalecer las estructuras organizativas propias de los pueblos indígenas,

asegurando que la planeación, ejecución y evaluación de las acciones en salud respondan a los Planes de Vida, la Ley de Origen y los mandatos comunitarios.

- Implementar mecanismos de control comunitario, cultural y financiero, que legitimen la gestión de Gobierno Mayor y aseguren la transparencia en el uso de los recursos.
- Desarrollar y consolidar el sistema de información propio SISPI, interoperable con el SGSSS, que registre y visibilice las acciones en salud indígena con indicadores culturales, territoriales y espirituales definidos por las comunidades.
- Asegurar la continuidad y sostenibilidad del SISPI hacia 2026 y años posteriores, mediante estrategias de financiamiento directo, acuerdos interinstitucionales y fortalecimiento de capacidades técnicas y comunitarias, siempre bajo la rectoría de Gobierno Mayor.
- Reconocer, proteger y garantizar el papel de los sabedores, médicos tradicionales, parteras y cuidadores, asegurando su participación activa en la gestión, toma de decisiones y transmisión de conocimientos a las nuevas generaciones.
- Garantizar la formación e investigación en salud propia e intercultural, fortaleciendo escuelas de sabedores, procesos pedagógicos propios y proyectos de investigación comunitaria, en coherencia con el Decreto 0480 de 2025.
- Visibilizar y sistematizar las experiencias de Chocó como territorios pioneros,

para consolidar un modelo diferencial que sirva de referente nacional en la construcción del SISPI.

Eje A: Financiación del SISPI.

Hallazgos.

Chocó.

- Altos niveles de intermediación que retrasan la llegada de recursos al territorio.
- Sabedores y cuidadores sin remuneración estable.
- Escasa trazabilidad financiera y poca lectura intercultural de los informes.
- Infraestructura cultural sin presupuestos claros.
- Riesgos por presencia de actores armados que interrumpen la ejecución financiera.

Necesidades.

Chocó.

- Financiar mecanismos de protección para sabedores.
- Crear fondos de movilidad en contextos de riesgo geográfico y armado.
- Garantizar recursos constantes para infraestructura espiritual (malocas, casas de verdad).

Riesgos.

Chocó.

- Desvío de recursos por actores ilegales.

- Retrasos por bloqueos o restricciones de movilidad.
- Riesgo de corrupción por intermediarios externos.

Estrategias.

Chocó.

- Estudios técnicos propios para cálculo de la UFI.
- Giros directos sin intermediación a Gobierno Mayor.
- Auditoría intercultural con lectura en lengua propia.
- Fondo de contingencia territorial para emergencias.
- Tableros comunitarios de rendición de cuentas.

Rutas.

- Ruta financiera intercultural
- Identificación de necesidades territoriales.
- Costeo propio con sabedores y técnicos.
- Validación comunitaria.
- Giro directo UFI–SISPI.
- Ejecución territorial.
- Auditoría intercultural (trimestral).
- Informe en lengua propia en asamblea.

Actividades Estratégicas.

1. Reglamentación y costeo diferencial

- Elaborar estudios técnicos propios de suficiencia financiera del SISPI en Chocó.
- Construir y validar, con sabedores y autoridades, la metodología intercultural de costos.
- Incidir ante el Ministerio de Salud para la adopción oficial de la metodología (Art. 44, D.L. 0480/2025).

2. Implementación de la UFISISPI

- Formalizar la UFISISPI como unidad contable única por territorio indígena.
- Apertura y administración de cuentas maestras bajo Gobierno Mayor.
- Capacitación comunitaria en gestión financiera intercultural.

3. Operación del flujo directo de recursos

- Establecer protocolos de giro directo desde ADRES y otras fuentes.
- Desmontar esquemas de intermediación financiera.
- Implementar plataformas y tableros comunitarios de seguimiento financiero.

4. Auditoría intercultural y control social

- Diseñar reglamentos financieros comunitarios.
- Realizar informes trimestrales en asambleas territoriales.
- Ejecutar auditorías interculturales anuales con participación de sabedores.

5. Fondo de Contingencia Territorial

- Crear y reglamentar el Fondo de Contingencia del SISPI.
- Definir rutas de activación rápida y usos autorizados.
- Garantizar reserva financiera mínima anual para emergencias.

Responsables.

- **Gobierno Mayor y autoridades indígenas territoriales**: Administración de la UFISISPI, control comunitario y toma de decisiones.
- **Sabedores y médicos tradicionales**: Validación cultural de costos, usos y prioridades.
- **Equipos técnicos indígenas del SISPI**: Estudios de costos, ejecución financiera y reportes.
- **Ministerio de Salud y Protección Social**: Reglamentación, reconocimiento de costos y giros.
- **ADRES y entidades financieras públicas**: Transferencias directas y soporte operativo.

Resultados Esperados.

- 100% de recursos administrados por Gobierno Mayor y las comunidades.
- Costos diferenciales reconocidos oficialmente.
- Reportes financieros validados comunitariamente.
- Eliminación total de intermediación.
- Continuidad plurianual garantizada.

Indicadores.

Cuantitativos.

- % de giros directos sin intermediación (meta: 100%).
- Auditorías interculturales realizadas por año (meta: 4).
- % recursos ejecutados según costeo propio (meta: 95%).

- Proyectos financiados para infraestructura cultural.

Cualitativos.

- Percepción comunitaria de transparencia.
- Legitimidad del proceso financiero.
- Pertinencia cultural del gasto.

Eje B: Gestión Administrativa.

Hallazgos.

Chocó.

- Debilidad administrativa por amenazas a autoridades.
- Falta de protocolos escritos en lengua propia.
- Poca articulación con entidades de salud por discriminación.

Necesidades.

Chocó.

Protocolos administrativos en lengua propia.

- Casas de verdad y tambos como unidades administrativas.
- Protección a coordinadores territoriales.

Riesgos.

Chocó.

- Interrupción de procesos por control armado.
- Desconfianza institucional por discriminación.

Estrategias.

- Construcción de PTSPI desde planes de vida.
- Protocolos de articulación sin subordinación.
- Reconocimiento administrativo de espacios sagrados.
- Fortalecimiento de comités de sabedores.
- Interoperabilidad intercultural con SGSSS.

Actividades Estratégicas y Responsables.

1. Fortalecimiento del gobierno propio y la estructura administrativa.

- Convocar y realizar asambleas territoriales para la legitimación de las estructuras administrativas del SISPI.
- Definir y formalizar los roles, funciones y niveles de responsabilidad (nacional, territorial, comunitario) conforme al Decreto Ley 0480 de 2025.
- Crear y activar instancias propias de dirección, coordinación y control político del SISPI.
- Elaborar y aprobar lineamientos internos de gestión administrativa desde la Ley de Origen y el Derecho Propio.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales
- Asambleas comunitarias
- Consejos de mayores y sabedores

2. Administración comunitaria y gestión financiera autónoma.

- Apertura y operación de cuentas maestras y subcuentas exclusivas del SISPI.

- Elaboración, validación y adopción de reglamentos financieros comunitarios.
- Implementación de mecanismos propios de rendición de cuentas en asambleas territoriales.
- Fortalecimiento de capacidades administrativas y financieras de autoridades y equipos técnicos indígenas.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Comités financieros comunitarios
- Autoridades tradicionales
- Equipos técnicos indígenas del SISPI

3. Gestión del talento humano propio e intercultural.

- Identificación, caracterización y actualización del talento humano propio e intercultural en los territorios.
- Implementación de procesos de certificación comunitaria de sabedores, parteras y médicos tradicionales.
- Priorización de la vinculación de talento humano indígena en la operación del SISPI.
- Desarrollo de procesos de formación intercultural en gestión administrativa, logística y salud propia.

Responsables

- Autoridades tradicionales
- Consejos de sabedores y parteras
- Coordinaciones territoriales del SISPI

- Gobierno Mayor

4. Gestión logística, movilidad e infraestructura intercultural

- Planificación y operación de sistemas de transporte sanitario fluvial, terrestre y aéreo.
- Adecuación, dotación y mantenimiento de infraestructura cultural y de salud propia (casas de sabiduría, malocas, casas de paso).
- Gestión de albergues dignos para procesos de remisión y atención en centros urbanos.
- Articulación logística con entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

Responsables

- Gobierno Mayor
- Autoridades territoriales indígenas
- Entidades territoriales (acompañamiento)
- IPS y actores logísticos aliados

5. Planeación, información y seguimiento territorial

- Formulación y actualización de los Planes Territoriales de Salud Propia e Intercultural, articulados a los Planes de Vida.
- Incorporación de calendarios culturales, ciclos de vida y dinámicas territoriales en la planeación del SISPI.
- Implementación y uso de sistemas propios de información, registros y seguimiento comunitario.
- Socialización periódica de resultados, avances y alertas en asambleas comunitarias.

Responsables

- Autoridades tradicionales
- Equipos técnicos territoriales
- Promotores comunitarios de salud
- Gobierno Mayor

6. Articulación intercultural con el SGSSS

- Suscripción de acuerdos administrativos interculturales con EPS, IPS y entidades territoriales.
- Construcción e implementación de protocolos interculturales para referencia, contrarreferencia y atención hospitalaria.
- Gestión de intérpretes y acompañantes culturales en los servicios de salud del SGSSS.
- Seguimiento y evaluación comunitaria de la articulación con el sistema de salud convencional.

Responsables

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales
- Ministerio de Salud y Protección Social (articulación)
- EPS, IPS y entidades territoriales

Rutas.

- Ruta de gestión administrativa
- Conformación de comités por nivel organizativo.
- Construcción del PTSPI.
- Validación cultural en asambleas.

- Concertación con institucionalidad.
- Implementación territorial.
- Seguimiento comunitario.

Resultados Esperados.

- Gestión legitimada por autoridades tradicionales.
- Protocolos interculturales vigentes en ambos departamentos.
- Estructura administrativa propia en funcionamiento.

Indicadores.

Cuantitativos.

- PTSPI construidos y validados.
- % comités operando según cronograma.
- Protocolos administrativos elaborados.

Cualitativos.

- Pertinencia cultural de la gestión.
- Percepción de articulación sin subordinación.

Eje C: Cuidadores de la salud y la vida.

Hallazgos.

Chocó.

- Jaibanás y parteras en riesgo por violencia.
- Discriminación en hospitales.
- Falta de remuneración y protección.
- Saberes transmitidos por secreto y canto, riesgo de pérdida cultural.

Necesidades.

Chocó.

- Protección física y cultural para sabedores.
- Casas de paso seguras.
- Remuneración digna en contextos de riesgo.

Riesgos.

Chocó.

- Asesinatos o desplazamientos forzados de sabedores.
- Pérdida del saber por amenazas armadas.

Actividades Estratégicas.

1. Registro territorial y reconocimiento legítimo de sabedores y cuidadores.

- Diseñar, implementar y administrar el Registro Único Intercultural de Sabedores y Cuidadores del SISPI, con enfoque territorial diferenciado para Chocó.
- Realizar jornadas comunitarias de identificación, caracterización y aval de sabedores, sabedoras, parteras, jaibanás, promotores y cuidadores comunitarios.
- Validar los perfiles desde la autoridad espiritual y comunitaria, sin exigir certificaciones académicas, respetando las prácticas rituales, la palabra cantada, el secreto y el soplo en Chocó.
- Implementar mecanismos de protección del conocimiento ancestral frente a su uso indebido, mercantilización o despojo, con énfasis en comunidades en aislamiento voluntario y en sabedores en riesgo por el conflicto armado en Chocó.

Responsables.

- Gobierno Mayor (administración del registro)
- Autoridades tradicionales y espirituales
- Consejos de sabedores y mayores
- Asambleas comunitarias

2. Vinculación, funciones y rutas de actuación de los cuidadores del SISPI.

- Definir y socializar las funciones, roles y alcances de los cuidadores del SISPI como actores políticos, espirituales, comunitarios y técnicos.
- Establecer rutas de actuación propias para la atención de enfermedades tradicionales, armonización espiritual y acompañamiento comunitario, diferenciadas para Chocó.
- Priorizar la vinculación de cuidadores avalados por las comunidades dentro de las acciones del SISPI y en la articulación con la atención biomédica.
- Fortalecer la participación de jóvenes y profesionales indígenas con vínculo al saber ancestral, promoviendo la transmisión intergeneracional del conocimiento.

Responsables.

- Autoridades tradicionales
- Consejos de sabedores, parteras y jaibanás
- Coordinaciones territoriales del SISPI
- Gobierno Mayor

3. Formación continua y Escuelas de Sabiduría Ancestral.

- Crear y poner en funcionamiento Escuelas de Sabiduría Ancestral en los territorios indígenas del Chocó, con aval comunitario y presupuesto propio.

- Diseñar procesos pedagógicos propios, desarrollados en lengua materna y desde la vivencia territorial, respetando la Ley de Origen y las cosmovisiones de cada pueblo.
- Realizar jornadas de reflexión, encuentros intergeneracionales y talleres comunitarios para la transmisión de saberes, cantos, rituales, uso de plantas y prácticas de cuidado.
- Sistematizar experiencias de los cuidadores, cuidando la confidencialidad cultural y espiritual del conocimiento.

Responsables.

- Sabedores y sabedoras mayores
- Autoridades tradicionales
- Gobierno Mayor
- Equipos pedagógicos interculturales del SISPI

4. Bienestar integral, protección y remuneración digna de los cuidadores.

- Garantizar asignación presupuestal específica para cubrir honorarios, transporte, alimentación, rituales, insumos tradicionales y logística del ejercicio de los cuidadores.
- Definir escalas de remuneración intercultural, acordadas con las autoridades tradicionales, que reconozcan la dispersión territorial y los contextos de riesgo y violencia en Chocó.
- Implementar medidas de bienestar integral para los cuidadores, incluyendo acompañamiento psicoespiritual, casas de paso, espacios seguros y protección comunitaria.

- Activar mecanismos de alerta y seguimiento frente a amenazas, discriminación o violaciones a los derechos de los cuidadores del SISPI.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales
- Comités comunitarios de protección
- Equipos de gestión financiera del SISPI

5. Articulación intercultural con el sistema de salud biomédico.

- Construir protocolos interculturales de articulación entre cuidadores del SISPI y los servicios del SGSSS, respetando los saberes propios y evitando prácticas de discriminación.
- Garantizar la participación de cuidadores e intérpretes culturales en procesos de referencia, contrarreferencia y atención hospitalaria.
- Realizar seguimiento comunitario a la atención brindada a personas indígenas en los servicios biomédicos, documentando casos de discriminación o vulneración de derechos.
- Fortalecer el reconocimiento institucional de las prácticas de sanación propia como parte integral del derecho a la salud indígena.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales
- Ministerio de Salud y Protección Social (articulación)
- EPS, IPS y entidades territoriales

Estrategias.

- Registro Intercultural de Sabedores.
- Escuelas de Sabiduría Ancestral.
- Remuneración digna y estable.
- Acompañamiento psicoespiritual.
- Mecanismos de protección comunitaria.

Rutas.

- Ruta de fortalecimiento del talento humano
- Registro y validación comunitaria.
- Aval de autoridades tradicionales.
- Capacitación intercultural.
- Pago y protección.
- Seguimiento territorial.

Resultados Esperados.

- Reconocimiento legal y comunitario de sabedores.
- Transmisión intergeneracional garantizada.
- Red de cuidadores fortalecida y protegida.

Indicadores.

Cuantitativos.

- Sabedores registrados.
- Escuelas de sabiduría operando.
- % cuidadores remunerados con periodicidad mensual.

Cualitativos.

- Nivel de protección y bienestar percibido.

- Revitalización lingüística.

Eje D: Sistema De Información (INFOSISPI).

Hallazgos.

Chocó.

- Baja conectividad en ríos Atrato, Baudó y San Juan.
- Miedo a registrar información por control armado.
- Registros en lengua propia no aceptados oficialmente.

Necesidades.

Chocó.

- Equipos móviles con seguridad digital.
- Protocolos de protección de datos frente a actores armados.

Riesgos.

- Apropiación externa del conocimiento ancestral.
- Exposición de comunidades vulnerables.

Actividades estratégicas.

1. Gobernanza y soberanía del Sistema de Información

- Definir y formalizar el modelo de gobernanza del InfoSISPI, estableciendo que la propiedad, custodia y control de la información corresponden a los pueblos indígenas a través de sus autoridades legítimas.
- Construir y aprobar protocolos comunitarios de soberanía de datos, consentimiento informado, uso ético de la información y protección frente al despojo, la estigmatización o el uso indebido por actores externos.

- Realizar procesos de socialización del InfoSISPI en asambleas comunitarias, garantizando comprensión colectiva del sentido, alcances y límites del sistema de información.
- Establecer mecanismos de decisión comunitaria para autorizar o negar el intercambio de información con entidades externas.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales y espirituales
- Asambleas comunitarias
- Consejos de sabedores y mayores

2. Implementación del Registro Único Intercultural.

- Diseñar e implementar el Registro Territorial Intercultural del InfoSISPI, adaptado a las realidades culturales, lingüísticas y organizativas de cada pueblo del Chocó.
- Realizar jornadas territoriales de identificación y validación comunitaria de usuarios, sabedores, parteras, jaibanás, cuidadores y demás actores del SISPI.
- Garantizar que el registro reconozca trayectorias, especialidades y prácticas propias sin exigir certificaciones académicas, respetando la legitimidad comunitaria.
- Implementar medidas técnicas y comunitarias de protección de datos sensibles, especialmente en contextos de violencia, conflicto armado y presencia de comunidades en aislamiento voluntario.

Responsables.

- Gobierno Mayor (administración del registro)
- Autoridades tradicionales
- Consejos de sabedores
- Equipos territoriales del SISPI

3. Construcción y validación de indicadores propio.

- Desarrollar procesos participativos para la definición de indicadores espirituales, territoriales y comunitarios, garantizando que reflejen la concepción indígena de salud, vida y armonía.
- Validar los indicadores en asambleas comunitarias y consejos de sabedores, asegurando su pertinencia cultural y territorial.
- Ajustar los indicadores de manera diferenciada para Chocó, incorporando variables de dispersión, aislamiento, violencia, espiritualidad y protección cultural.
- Documentar metodologías propias de recolección, lectura e interpretación de la información, evitando la imposición de categorías externas.

Responsables.

- Sabedores y sabedoras
- Autoridades tradicionales
- Equipos técnicos interculturales del SISPI
- Gobierno Mayor

4. Interoperabilidad protegida con el SISPRO y el SGSSS.

- Diseñar protocolos interculturales de interoperabilidad entre el InfoSISPI y el SISPRO, basados en el respeto, la complementariedad y la soberanía informativa.

- Definir los tipos de datos que pueden ser compartidos, los niveles de agregación y las salvaguardas culturales para evitar la descontextualización de la información indígena.
- Implementar mecanismos de control comunitario y auditoría intercultural sobre el uso de la información compartida con el sistema nacional de salud.
- Capacitar a funcionarios del sector salud en el enfoque intercultural del InfoSISPI, para prevenir prácticas de discriminación o uso indebido de los datos.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Autoridades tradicionales
- Comités comunitarios de seguimiento del SISPI

5. Desarrollo y apropiación de plataformas digitales interculturales.

- Diseñar y desarrollar plataformas digitales propias del InfoSISPI, con participación directa de las comunidades y enfoque de soberanía tecnológica indígena.
- Incorporar lenguas indígenas, símbolos culturales, narrativas propias y formas de comunicación oral y gráfica que faciliten la apropiación comunitaria.
- Garantizar el funcionamiento del sistema en modalidad offline y en contextos de baja conectividad, priorizando comunidades dispersas y zonas rurales del Chocó.

- Capacitar a jóvenes, cuidadores y equipos comunitarios como gestores del sistema, fortaleciendo capacidades locales y sostenibilidad del InfoSISPI.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Equipos tecnológicos interculturales
- Jóvenes indígenas formados como gestores de información
- Autoridades tradicionales

6. Protección cultural y enfoque diferencial territorial.

- Implementar medidas específicas de protección de la información en territorios afectados por el conflicto armado, evitando que los registros sean usados para persecución, estigmatización o control.
- Establecer protocolos especiales para comunidades en aislamiento voluntario, garantizando el no registro individualizado y el respeto absoluto a su autodeterminación.
- Realizar evaluaciones periódicas del impacto del InfoSISPI en la vida comunitaria, ajustando el sistema según recomendaciones de los pueblos.

Responsables.

- Autoridades tradicionales
- Gobierno Mayor
- Consejos de sabedores
- Comités comunitarios de protección cultural

Estrategias.

- InfoSISPI propio, no adaptado de sistemas occidentales.
- Módulos por lengua y cosmovisión.

- Control comunitario del acceso a datos.
- Formación en soberanía digital indígena.

Rutas.

- Identificación de categorías de registro ancestral.
- Conversión a formato intercultural.
- Recolección territorial.
- Validación comunitaria.
- Carga en InfoSISPI.
- Uso para la toma de decisiones.

Resultados Esperados.

- Plataforma intercultural funcional.
- Datos protegidos y soberanos.
- Información útil para mejorar atención y financiamiento.

Indicadores.

Cuantitativos.

- Registros ingresados.
- % datos validados comunitariamente.
- Módulos funcionales.

Cualitativos.

- Confianza intercultural en el sistema.
- Pertinencia espiritual y territorial.

Eje E: Seguimiento Y Monitoreo.

Hallazgos.

- Seguimiento occidental no capta lo espiritual.

- No existen indicadores propios para prácticas como soplo, secreto o yopo.
- Falta de lineamientos para evaluar sabiduría ancestral.

Necesidades.

- Indicadores culturales por territorio.
- Acompañamiento comunitario para el monitoreo.
- Protocolos interculturales de evaluación.

Riesgos.

- Imposición de métricas occidentales.
- Deslegitimación de sabedores.
- Omisión de riesgos territoriales (armados y de dispersión).

Actividades estratégicas.

1. Fortalecimiento de la autorregulación comunitaria y espiritual

Actividades estratégicas

- Reconocer y formalizar las instancias propias de seguimiento y control (asambleas, consejos de sabedores, fiscales comunitarios, guardias indígenas) como autoridades legítimas del proceso de inspección, vigilancia y control intercultural.
- Realizar encuentros periódicos de armonización espiritual para acompañar el seguimiento del SISPI, donde el canto, el secreto, el soplo y los rituales orienten la evaluación de los procesos de salud.
- Garantizar que toda evaluación del modelo sea validada desde la Ley de Origen, los Mandatos Propios y los Planes de Vida de cada pueblo.

- Activar mecanismos de objeción cultural frente a prácticas, decisiones o gastos que afecten la armonía comunitaria o contradigan los principios del SISPI.

Responsables.

- Autoridades tradicionales y espirituales
- Consejos de sabedores, jaibanás, parteras y yerbateros
- Asambleas comunitarias
- Gobierno Mayor (garante del respeto a la autonomía)

2. Implementación del seguimiento territorial diferenciado.

- Diseñar rutas de seguimiento adaptadas a las condiciones territoriales de Chocó, reconociendo la dispersión geográfica, el aislamiento y los contextos de violencia.
- En Chocó, implementar protocolos de seguridad cultural y física para sabedores, cuidadores y evaluadores comunitarios, evitando la exposición de información sensible en contextos de riesgo.
- Garantizar recursos logísticos y financieros para que el seguimiento llegue efectivamente a todas las comunidades.

Responsables.

- Equipos territoriales del SISPI
- Autoridades tradicionales de cada territorio
- Gobierno Mayor
- Comités comunitarios de vigilancia

3. Auditoría comunitaria y control político propio.

- Realizar auditorías comunitarias periódicas sobre la implementación del SISPI, integrando revisión financiera, operativa, cultural y espiritual.
- Elaborar actas públicas con objeción cultural, lectura ritual y validación comunitaria, reconociendo la palabra de los sabedores como instrumento legítimo de control.
- Ejercer el control político propio mediante el seguimiento al cumplimiento de mandatos, decisiones de congresos indígenas y acuerdos comunitarios en materia de salud.
- Definir y aplicar medidas correctivas y sancionatorias desde las autoridades indígenas, cuando se identifiquen desviaciones, incumplimientos o afectaciones a la armonía del sistema.

Responsables.

- Autoridades tradicionales y políticas
- Fiscales comunitarios
- Consejos de sabedores
- Gobierno Mayor (articulación y acompañamiento)

4. Seguimiento financiero y administrativo intercultural.

- Monitorear de manera permanente el flujo y uso de los recursos del SISPI, garantizando coherencia entre el gasto, la planeación comunitaria y los objetivos del modelo.
- Realizar procesos de rendición de cuentas periódicos ante las autoridades tradicionales y las asambleas comunitarias, con información clara, accesible y culturalmente pertinente.

- Evaluar la sostenibilidad financiera del SISPI a través de indicadores propios de proceso, resultado e impacto, incorporando criterios de suficiencia, pertinencia cultural y equidad territorial.
- Activar correctivos financieros y administrativos desde el control político indígena cuando se identifiquen riesgos o desviaciones.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Fiscales comunitarios
- Autoridades tradicionales
- Comités de administración y gestión del SISPI

5. Monitoreo, autoevaluación y mejora continua del modelo.

- Implementar ciclos permanentes de autoevaluación comunitaria del cuidado de la salud, liderados por sabedores, cuidadores, mujeres, jóvenes y autoridades.
- Utilizar el InfoSISPI como herramienta central para el monitoreo, incorporando variables propias, registros ritualizados y lecturas interculturales de la información.
- Sistematizar aprendizajes, desafíos y buenas prácticas desde la memoria oral, la lengua propia y los testimonios comunitarios.
- Ajustar el modelo, los procesos y formas de cuidado a partir de los resultados del seguimiento, garantizando la mejora continua sin pérdida de identidad.

Responsables.

- Sabedores y sabedoras
- Equipos comunitarios de salud

- Gobierno Mayor
- Autoridades tradicionales

6. Capacitación en control presupuestal y vigilancia intercultural.

- Formar a fiscales comunitarios y líderes territoriales en control presupuestal, trazabilidad, auditoría intercultural y objeción cultural del gasto.
- Desarrollar procesos de capacitación en espacios propios (malocas, tambos, casas de sabiduría), integrando saber técnico y orientación espiritual.
- Elaborar manuales, guías y formatos de seguimiento adaptados culturalmente, con símbolos, lenguas propias y ejemplos reales del gasto en salud propia.
- Fortalecer capacidades diferenciadas según el territorio: registros offline y protocolos de seguridad y protección en Chocó.

Responsables.

- Gobierno Mayor
- Equipos técnicos interculturales
- Autoridades tradicionales
- Fiscales comunitarios

7. Evaluación participativa y devolución comunitaria.

- Diseñar instrumentos de evaluación interculturales que integren indicadores espirituales, territoriales, comunitarios y técnicos.
- Garantizar la participación activa de todos los actores del SISPI en los procesos de evaluación, evitando enfoques tecnocráticos o excluyentes.
- Socializar y devolver los resultados en asambleas, casas de saber y tableros comunitarios, con lectura en lengua propia y acompañamiento ritual.

- Utilizar la evaluación como un ejercicio de memoria viva, transparencia y reafirmación cultural.

Responsables.

- Autoridades tradicionales
- Consejos de sabedores
- Equipos territoriales del SISPI
- Gobierno Mayor

Estrategias.

- Metodologías de seguimiento validadas por sabedores.
- Observatorios comunitarios de salud propia.
- Monitoreo espiritualterritorial.

Rutas.

- Identificación de indicadores propios.
- Validación en asamblea.
- Recolección territorial.
- Análisis intercultural.
- Retroalimentación comunitaria.

Resultados Esperados.

- Seguimiento intercultural adoptado oficialmente.
- Evaluaciones con legitimidad territorial.
- Alertas tempranas ancestrales integradas.

Indicadores.

Cuantitativos.

- Comités de seguimiento activos.

- Reportes interculturales emitidos.

Cualitativos.

- Nivel de legitimidad del monitoreo.
- Pertinencia cultural del proceso.

Tabla 79.

Matriz de implementación – por fases y plazos

Fase	Plazo	Actividades Clave	Ejes Involucrados
Fase 1 – Diagnóstico y caracterización	0–6 meses	Estudios técnicos UFI, mapeo de cuidadores, diagnóstico InfoSISPI, riesgos territoriales	A, C, D, E
Fase 2 – Planeación intercultural	6–12 meses	Construcción PTSPI, definición de protocolos, diseño de indicadores propios	B, C, D
Fase 3 – Implementación territorial	12–36 meses	Giros UFI, protocolos administrativos, escuelas de sabiduría, InfoSISPI territorial	A, B, C, D
Fase 4 – Seguimiento y retroalimentación	12–48 meses	Monitoreo intercultural, auditorías, actualización de costeo	E, A, D
Fase 5 – Ajustes y consolidación	36–60 meses	Evaluación plurianual, ajustes de UFI, fortalecimiento de redes de cuidadores	Todos

Nota: Elaboración propia.

Propuesta Costos Modelo SISPI Chocó

El 19 de diciembre de 2025, en el marco de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos Indígenas MPC, fueron protocolizados los criterios mínimos concertados para los costos de los modelos de salud del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural SISPI, como resultado del proceso de diálogo y concertación adelantado entre las organizaciones representativas de los pueblos indígenas y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dicha protocolización estableció una estructura común de criterios de costos, reconociendo el carácter especial, autónomo y diferenciado del SISPI, y sentando

las bases técnicas y políticas para la formulación, financiación e implementación de los modelos de salud propia e intercultural en los territorios indígenas del país.

En este marco, se concertó la siguiente estructura de criterios de costos:

Criterios alopáticos ajustados al SISPI, mediante los cuales se reconocen los costos asociados a la atención en salud occidental, incorporando de manera obligatoria factores diferenciales relacionados con la dispersión geográfica y poblacional, las condiciones de accesibilidad territorial, el perfil epidemiológico indígena, la edad, la morbimortalidad y los ciclos de vida, así como las modalidades de transporte fluvial, terrestre, aéreo y multimodal; estos costos comprenden la atención primaria, hospitalaria, de urgencias, medicamentos, acciones de salud pública y los sistemas de referencia y contrareferencia, bajo esquemas de articulación intercultural; así mismo, se concertaron los **Criterios propios del SISPI**, reconociendo de manera expresa los componentes estructurales del sistema de salud indígena, entre los que se incluyen:

- Las prácticas culturales de cuidado y sanación.
- Los actores del sistema de salud propia.
- Los insumos y herramientas de la sabiduría ancestral.
- Los espacios, infraestructura y dotación propia.
- Los desplazamientos territoriales.
- La formación, capacitación y generación de conocimiento.
- La gobernabilidad propia en salud.
- El seguimiento, evaluación y control propios.
- La investigación propia en salud indígena propia e intercultural

Todos ellos fundamentados en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y los sistemas de conocimiento de cada pueblo.

En consecuencia, y en cumplimiento de lo concertado y protocolizado en la MPC, se ajusta la presente propuesta, incorporando integralmente los criterios mínimos acordados como base para la estructuración de los costos de los modelos de salud del SISPI, garantizando suficiencia financiera, pertinencia cultural, autonomía territorial y sostenibilidad del sistema.

Desarrollo financiero por criterio y por departamento

Criterios alopáticos ajustados al SISPI.

Chocó.

En el departamento del Chocó, la financiación de los servicios alopáticos se realiza mediante la aplicación de altos factores de corrección por dispersión fluvial, derivados de una geografía predominantemente ribereña, la ausencia de conectividad vial continua y la dependencia casi exclusiva del transporte acuático para el acceso a las comunidades indígenas.

A este factor de dispersión se suman ajustes por edad y ciclos de vida, dada la alta proporción de población infantil, mujeres gestantes y personas mayores, así como factores de corrección por morbimortalidad, asociados a condiciones de pobreza estructural, inseguridad alimentaria, enfermedades prevenibles y barreras históricas de acceso oportuno a los servicios de salud.

La aplicación combinada de estos factores se traduce en la priorización financiera de los siguientes componentes:

- **Atención Primaria en Salud (APS) extramural e intercultural**, desarrollada mediante equipos móviles que se desplazan periódicamente

por ríos y afluentes, garantizando continuidad del cuidado, seguimiento por ciclos de vida y articulación con prácticas propias del SISPI.

- **Brigadas fluviales de salud**, concebidas como dispositivos integrales de atención que incorporan talento humano alopático, actores propios del sistema de salud indígena y acciones colectivas de salud pública.
- **Transporte asistencial acuático**, financiado con criterios ampliados que reconocen los costos reales de combustible, mantenimiento de embarcaciones, tiempos extendidos de navegación y acompañamiento comunitario durante los traslados.
- **Sistemas de referencia y contrarreferencia intercultural**, ajustados a las dinámicas territoriales y lingüísticas, que aseguran la continuidad del tratamiento y el retorno oportuno de los usuarios al territorio.
- **Fortalecimiento de puntos de atención en riberas y cabeceras comunitarias**, mediante adecuaciones mínimas, dotación básica y conectividad funcional, que permitan resolver eventos de baja complejidad y reducir traslados innecesarios.

En este contexto, los factores de corrección permiten que la financiación refleje las condiciones reales de operación del sistema alopático en territorio, evitando subfinanciación estructural y discontinuidad en la atención.

Principio de no subordinación.

La aplicación de los criterios alopáticos ajustados y de los factores de corrección territoriales no implica la subordinación del SISPI al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ni la imposición de lógicas homogéneas de aseguramiento o prestación.

Por el contrario, estos criterios aseguran la complementariedad funcional entre la medicina occidental y los sistemas de conocimiento indígena, reconociendo que la atención alopática es un componente necesario, pero no hegemónico, dentro del modelo de salud propia e intercultural. La financiación diferenciada permite:

- Garantizar suficiencia financiera real.
- Evitar barreras administrativas incompatibles con la lógica territorial indígena.
- Asegurar pertinencia cultural en la prestación de servicios.
- Mantener la continuidad del cuidado desde el territorio.

Este enfoque consolida al SISPI como un sistema especial, autónomo y complementario, en coherencia con el marco constitucional y el Decreto Ley 0480 de 2025.

Criterios Propios Ajustados al SISPI.

La financiación del SISPI se desarrolla mediante la desagregación de cada criterio de costo, estableciendo su expresión financiera diferenciada para los departamentos de Chocó, conforme a sus realidades territoriales, organizativas y culturales.

Prácticas culturales de cuidado y sanación.

Las prácticas culturales de cuidado y sanación corresponden al conjunto de acciones, tradiciones, usos, costumbres y rituales propios de los pueblos indígenas, fundamentados en sus principios, fundamentos y sistemas de conocimiento, orientados a la protección del buen vivir, el cuidado integral de la salud, la preservación de la vida de la persona, la familia y la comunidad, así como la armonía y protección del territorio.

Estas prácticas se desarrollan en cumplimiento de la Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor, Derecho Propio y Palabra de Vida, constituyéndose en un componente estructural del SISPI, con plena legitimidad normativa, cultural y espiritual, y por tanto susceptible de financiación pública, sin subordinación a lógicas biomédicas occidentales.

La financiación de estas prácticas reconoce que la salud, desde la visión indígena, es un estado de equilibrio integral entre cuerpo, espíritu, comunidad, naturaleza y territorio, y que la enfermedad es expresión de desequilibrios que deben ser atendidos de manera preventiva, colectiva y espiritual.

Chocó.

En el departamento del Chocó, las prácticas culturales de cuidado y sanación se encuentran profundamente vinculadas a la relación espiritual con el agua, la selva y los espacios sagrados, en un territorio marcado por ríos, afluentes y ecosistemas de alta biodiversidad. En este contexto, la financiación debe priorizar:

- **Rituales de armonización espiritual** asociados al agua, la selva y los lugares sagrados, orientados a restablecer el equilibrio individual y colectivo frente a enfermedades, conflictos, alteraciones espirituales y afectaciones territoriales.
- **Ceremonias colectivas de protección de la vida**, realizadas de manera periódica para la prevención de enfermedades, la protección de la niñez, las mujeres gestantes, las personas mayores y la comunidad en su conjunto.
- **Acompañamientos espirituales continuos**, desarrollados por sabedores, médicos tradicionales, parteras y autoridades espirituales,

como parte del cuidado cotidiano de la salud y no únicamente como respuesta a la enfermedad.

- **Prácticas preventivas comunitarias**, integradas a los ciclos productivos, rituales agrícolas, dinámicas comunitarias y momentos colectivos de decisión, con alta frecuencia territorial dada la dispersión fluvial y la necesidad de presencia permanente.
- **Rituales de equilibrio territorial**, orientados a la protección de ríos, bosques y espacios de vida, reconociendo la relación directa entre la salud humana y la salud del territorio.

La financiación de estas prácticas reconoce tiempos propios, espacios sagrados, transporte multimodal, insumos rituales y participación comunitaria, garantizando su continuidad como eje preventivo y protector del buen vivir.

Actores del sistema de salud propia.

Los actores del sistema de salud propia corresponden a las personas, autoridades y colectivos legítimos que, de acuerdo con el modelo, proceso o forma de cuidado en salud de cada pueblo indígena, ejercen funciones de prevención, cuidado, sanación, acompañamiento espiritual, orientación comunitaria y protección del territorio, en cumplimiento de la Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor, Derecho Propio y la Palabra de Vida.

Estos actores constituyen el núcleo operativo del SISPI, en tanto materializan los sistemas de conocimiento propios y garantizan el buen vivir, el cuidado integral de la salud y la protección de la vida de la persona, la familia, la comunidad y el territorio; su reconocimiento y financiación no se fundamentan en criterios laborales

occidentales, sino en su legitimidad comunitaria, autoridad espiritual y rol dentro del sistema de conocimiento de cada pueblo.

Chocó.

En el departamento del Chocó, los actores del sistema de salud propia desempeñan un rol permanente y continuo en territorios caracterizados por alta dispersión fluvial, dificultades de acceso y dependencia de redes comunitarias locales para la atención cotidiana de la salud.

La financiación en este territorio prioriza el reconocimiento económico de:

- **Sabedores y médicos tradicionales**, responsables de procesos de diagnóstico espiritual, armonización, tratamiento y seguimiento de enfermedades desde la cosmovisión propia.
- **Parteras tradicionales**, como actoras fundamentales en la atención integral del embarazo, parto, puerperio y cuidado de la vida desde el inicio.
- **Autoridades espirituales y orientadores comunitarios**, que acompañan procesos colectivos de protección, prevención y equilibrio territorial.

Este reconocimiento económico considera de manera explícita:

a. La alta demanda comunitaria y la frecuencia de atención, tanto individual como colectiva.
b. Los tiempos prolongados de desplazamiento fluvial, que forman parte estructural del ejercicio del cuidado en salud.
c. La dedicación territorial continua, entendida como presencia permanente, disponibilidad y responsabilidad cotidiana frente a la salud comunitaria.

d. La participación en procesos preventivos y rituales colectivos, más allá de la atención de eventos específicos de enfermedad.

La financiación busca garantizar la sostenibilidad del rol de estos actores, evitando su precarización y reconociendo su función estructural dentro del SISPI.

Insumos y herramientas de la sabiduría ancestral.

Los insumos y herramientas de la sabiduría ancestral comprenden todo aquello necesario para el desarrollo de las acciones de cuidado de la salud y la vida, de conformidad con el sistema de conocimiento de cada pueblo indígena, incluyen materiales, elementos, insumos y recursos propios utilizados en procesos de prevención, cuidado, sanación, acompañamiento espiritual y protección del territorio, en cumplimiento de la Ley de Origen, Ley Natural, Derecho Mayor, Derecho Propio y Palabra de Vida.

Estos insumos constituyen un componente esencial del SISPI, en tanto hacen posible la materialización de las prácticas culturales de cuidado y sanación, y su financiación pública se fundamenta en su función sanitaria, cultural y espiritual, no en su asimilación a insumos biomédicos occidentales.

Chocó.

En el departamento del Chocó, los insumos y herramientas de la sabiduría ancestral se encuentran profundamente vinculados a los ecosistemas de selva húmeda tropical, ríos y territorios biodiversos. En este contexto, la financiación prioriza:

- **Acceso, cultivo, recolección y preparación de plantas medicinales propias**, utilizadas en tratamientos preventivos, curativos y rituales, garantizando la disponibilidad continua de especies esenciales.

- **Fortalecimiento de huertas, chagras y espacios comunitarios de medicina tradicional**, como mecanismos de soberanía sanitaria y transmisión del conocimiento.
- **Insumos rituales de uso frecuente**, tales como elementos naturales, preparados tradicionales, utensilios y materiales necesarios para ceremonias de armonización, protección y equilibrio espiritual.
- **Procesos de conservación de saberes asociados a la biodiversidad**, asegurando prácticas sostenibles de recolección y uso, en armonía con la protección del territorio.

La financiación reconoce los tiempos propios de preparación, la dependencia del ciclo natural, los desplazamientos fluviales para la recolección y la participación comunitaria en estos procesos.

Espacios, infraestructura y dotación propia.

Los espacios, infraestructura y dotación propia corresponden al fortalecimiento, adecuación y creación de bienes muebles, objetos, equipos y espacios de cuidado, necesarios para la implementación del modelo, procesos y formas propias de cuidado en salud en el marco del SISPI. Estos se definen conforme a los sistemas de conocimiento de cada pueblo indígena, y comprenden tanto los requerimientos de las instituciones y estructuras propias en salud, como los espacios de articulación intercultural, en los términos establecidos en el Decreto Ley 0480 de 2025.

La financiación de este componente reconoce que los espacios de cuidado indígena no son equivalentes a la infraestructura sanitaria occidental, y que su diseño, ubicación, materiales y dotación responden a criterios culturales,

espirituales, territoriales y funcionales, indispensables para el ejercicio del cuidado integral de la salud y la vida.

Chocó.

En el departamento del Chocó, la infraestructura y dotación propia del SISPI se desarrolla en un territorio de alta humedad, lluvias permanentes y predominio fluvial, lo que exige soluciones constructivas y de dotación adaptadas a condiciones climáticas y ambientales específicas.

La financiación prioriza:

- **Adecuación y fortalecimiento de casas de salud propia**, concebidas como espacios de atención, cuidado, sanación, orientación espiritual y articulación comunitaria, ubicadas estratégicamente en riberas y cabeceras comunitarias.
- **Malokas, tambos y espacios tradicionales de cuidado**, utilizados para ceremonias, encuentros colectivos, transmisión de saberes y procesos preventivos, con reconocimiento de su función sanitaria.
- **Espacios interculturales de articulación**, que permiten el encuentro funcional entre actores del SISPI y servicios alopáticos, sin pérdida de autonomía cultural.
- **Uso de materiales resistentes a la humedad y al clima**, incluyendo soluciones constructivas propias y tecnologías apropiadas que garanticen durabilidad, salubridad y seguridad.
- **Dotación básica culturalmente pertinente**, como mobiliario propio, elementos rituales, herramientas de atención y equipos necesarios para el desarrollo de las prácticas de cuidado.

Desplazamientos territoriales.

Los desplazamientos territoriales corresponden a las distancias, recorridos y dinámicas de movilidad que realizan los actores del SISPI y los sujetos de cuidado en el marco de la territorialización del modelo, procesos y formas de cuidado en salud, orientados a la protección de la salud y la vida de la persona, la familia, la comunidad y el territorio.

Estos desplazamientos constituyen un componente estructural del SISPI, en tanto permiten la presencia efectiva del cuidado en territorios dispersos y garantizan el acceso real a las acciones de prevención, atención, sanación y acompañamiento espiritual; la financiación reconoce que la movilidad en territorios indígenas no es un evento accesorio, sino una condición permanente determinada por la geografía, el clima, la infraestructura y las formas propias de organización territorial.

Las formas de movilidad pueden ser terrestres, fluviales, aéreas o multimodales, y su financiación debe considerar tiempos reales de recorrido, complejidades territoriales, condiciones ambientales y riesgos asociados, conforme a los principios del SISPI Decreto Ley 0480 de 2025.

Chocó.

En el departamento del Chocó, los desplazamientos territoriales se caracterizan por una movilidad predominantemente fluvial, condicionada por la red de ríos y afluentes, la alta dispersión de las comunidades indígenas y la limitada conectividad vial.

La financiación prioriza una alta asignación presupuestal destinada a:

- **Transporte fluvial permanente**, como principal medio para el desarrollo de acciones de cuidado, sanación y atención en salud.

- **Combustible y lubricantes**, necesarios para recorridos prolongados y frecuentes entre comunidades.
- **Mantenimiento, reparación y adecuación de embarcaciones**, incluyendo motores, cascos y elementos de seguridad, garantizando condiciones mínimas de operación.
- **Tiempos extendidos de recorrido territorial**, que implican jornadas completas o multijornadas de desplazamiento para alcanzar comunidades alejadas, calendarios propios y situación territorial.
- **Logística comunitaria asociada**, como hospedaje, alimentación y acompañamiento durante los recorridos.

Estos desplazamientos son indispensables para la APS extramural, la realización de rituales colectivos, el acompañamiento de actores propios y la referencia intercultural, por lo que su financiación debe reflejar la realidad fluvial y climática del territorio.

Formación, capacitación y generación de conocimiento.

La formación, capacitación y generación de conocimiento en el marco del SISPI corresponde al conjunto integrado de saberes, vivencias, experiencias y sabidurías ancestrales de los pueblos indígenas, fundamentadas en sus Sistemas de Conocimiento Indígena, practicados de manera milenaria, estos conocimientos son inviolables, inalienables, intangibles e imprescriptibles, de carácter colectivo e intergeneracional, y constituyen la base para la operatividad del SISPI en sus cinco (5) componentes.

Este componente tiene como objetivo orientar y fortalecer los procesos permanentes de formación y capacitación de los actores del SISPI, garantizando la

transmisión, recuperación, fortalecimiento y revitalización de los conocimientos indígenas en salud propia e intercultural, en armonía con la normatividad vigente y sin subordinación a enfoques académicos externos.

La financiación de este componente reconoce que la formación en el SISPI no se limita a procesos formales, sino que se desarrolla principalmente mediante prácticas vivenciales, orales, territoriales y comunitarias, guiadas por sabedores, mayores, autoridades tradicionales y actores legítimos del sistema de salud propia.

Chocó.

En el departamento del Chocó, los procesos de formación y capacitación se desarrollan en un territorio de alta dispersión fluvial, diversidad cultural y fuerte arraigo comunitario, lo que exige estrategias descentralizadas, adaptadas a los tiempos, espacios y formas propias de aprendizaje.

La financiación prioriza:

- **Procesos formativos descentralizados en territorio**, desarrollados directamente en comunidades, riberas y resguardos, evitando la concentración urbana de la formación.
- **Metodologías orales, prácticas y vivenciales**, basadas en la palabra, el ejemplo, la observación y la participación activa en rituales, prácticas de cuidado y acciones comunitarias.
- **Acompañamiento de sabedores, médicos tradicionales, parteras y mayores**, como formadores principales y custodios del conocimiento.
- **Espacios comunitarios de aprendizaje**, como casas de salud propia, malokas y lugares sagrados, reconocidos como escenarios legítimos de formación.

- **Procesos continuos y progresivos**, que permitan el fortalecimiento permanente de las capacidades de los actores del SISPI, adaptados a los ciclos territoriales y climáticos.

Gobernabilidad propia en salud.

La gobernabilidad propia en salud corresponde al conjunto de acciones de orientación, formulación, planeación, implementación y ejecución de políticas, planes y programas en salud, desarrolladas por los pueblos indígenas conforme a sus mandatos propios, sistemas de conocimiento, Palabra de Vida, Ley de Origen, Derecho Mayor y Derecho Propio, orientadas al ejercicio pleno del derecho fundamental a la salud indígena propia e intercultural.

Este componente constituye la columna vertebral del SISPI, en tanto garantiza la autonomía decisoria, la legitimidad política, la coherencia territorial y la sostenibilidad del modelo, evitando la imposición de esquemas externos y asegurando que las decisiones en salud se adopten desde el territorio y para el territorio.

La financiación de la gobernabilidad propia reconoce que el ejercicio del gobierno indígena en salud genera costos reales, asociados a procesos de planeación, coordinación, toma de decisiones, seguimiento y representación, los cuales deben ser cubiertos para garantizar la operatividad efectiva del SISPI.

Chocó.

En el departamento del Chocó, la gobernabilidad propia en salud se ejerce en un territorio de alta diversidad étnica, dispersión fluvial y múltiples autoridades comunitarias, lo que exige procesos permanentes de articulación intercomunitaria y planeación territorial diferenciada.

La financiación prioriza:

- **Procesos de planeación territorial en salud**, construidos desde los Planes de Vida, los mandatos comunitarios y las prioridades definidas por las autoridades propias.
- **Coordinación intercomunitaria e interétnica**, necesaria para armonizar decisiones en territorios compartidos, cuencas fluviales y zonas de tránsito comunitario.
- **Fortalecimiento de autoridades propias en salud**, incluyendo consejos, cabildos, autoridades espirituales y estructuras organizativas reconocidas.
- **Espacios propios de deliberación y decisión**, como asambleas, encuentros territoriales y reuniones de autoridades, reconocidos como instancias legítimas de gobierno en salud.
- **Articulación con instituciones del Estado**, garantizando diálogo intercultural sin subordinación y respetando la autonomía territorial.

Seguimiento, evaluación y control propios.

El seguimiento, la evaluación y el control propios corresponden al conjunto de mecanismos necesarios y pertinentes para la valoración, monitoreo y control de las acciones, procesos y resultados del SISPI, desarrollados con base en los sistemas de conocimiento indígena, los mandatos propios y las formas tradicionales de verificación comunitaria.

Este componente reconoce que la evaluación en el SISPI no se limita a indicadores cuantitativos occidentales, sino que se fundamenta en criterios culturales, espirituales, territoriales y comunitarios, orientados a verificar el equilibrio,

la armonía, la pertinencia cultural y la efectividad real del cuidado en salud propia e intercultural.

La financiación de este componente garantiza que el SISPI cuente con mecanismos autónomos de control, legítimos y culturalmente pertinentes, sin subordinación a esquemas externos de auditoría que desconozcan los sistemas de conocimiento indígena.

Chocó.

En el departamento del Chocó, el seguimiento, la evaluación y el control propios se desarrollan en un territorio de alta dispersión fluvial, diversidad cultural y fuerte arraigo comunitario, lo que exige presencia territorial permanente y mecanismos de control continuos.

La financiación prioriza:

- **Seguimiento comunitario permanente**, realizado por autoridades propias, sabedores y actores del SISPI, con presencia regular en comunidades ribereñas y dispersas.
- **Veedurías territoriales indígenas**, constituidas conforme al Derecho Propio, encargadas de verificar la pertinencia, continuidad y calidad cultural de las acciones del SISPI.
- **Evaluaciones participativas continuas**, desarrolladas mediante asambleas, encuentros comunitarios y espacios de diálogo, donde se valoran los avances y ajustes necesarios del modelo.
- **Mecanismos propios de valoración**, que incluyen observación comunitaria, palabra colectiva, armonización espiritual y análisis territorial de los procesos de cuidado.

- **Articulación con procesos de planeación propia**, permitiendo retroalimentar los Planes de Vida y las decisiones de gobernabilidad en salud.

La financiación reconoce los desplazamientos fluviales, los tiempos prolongados de evaluación comunitaria y la logística requerida para garantizar participación efectiva.

Investigación propia.

La investigación propia se refiere a los procesos de generación, fortalecimiento, recuperación y uso del conocimiento desarrollados desde los sistemas de conocimiento indígena, orientados a explorar, profundizar y consolidar las prácticas propias de cuidado de la salud y la vida, de conformidad con los modelos, procesos y formas de cuidado definidos por las estructuras de gobierno propio en el marco del SISPI.

Este componente reconoce que la investigación indígena no se rige por paradigmas académicos occidentales, sino por principios epistemológicos propios, basados en la experiencia, la oralidad, la espiritualidad, la observación territorial, la memoria colectiva y la transmisión intergeneracional del saber. En consecuencia, la financiación pública de la investigación propia se fundamenta en su función estratégica para la sostenibilidad del SISPI, la soberanía del conocimiento y la protección de los saberes ancestrales.

Los criterios aquí descritos se incorporan como líneas estructurales dentro de la metodología de costos del SISPI, aplicables a los modelos, procesos o formas de cuidado definidos por cada estructura de gobierno propio, garantizando su reconocimiento financiero sin subordinación epistemológica.

Chocó.

En el departamento del Chocó, la investigación propia se desarrolla en un territorio de alta biodiversidad, predominio de selva húmeda tropical y estrecha relación espiritual y material con el agua, los ríos y los ecosistemas.

La financiación prioriza:

- **Investigación sobre prácticas ancestrales de cuidado asociadas a la selva, el agua y la biodiversidad**, orientadas a comprender y fortalecer su aporte al cuidado integral de la salud.
- **Procesos de sistematización del conocimiento propio**, basados en la memoria oral, la experiencia de los sabedores y la observación territorial.
- **Protección de los saberes ancestrales**, mediante mecanismos propios que eviten la apropiación indebida, la divulgación no autorizada o la mercantilización del conocimiento.
- **Investigación comunitaria participativa**, donde la comunidad define los temas, los tiempos y las formas de indagación, en coherencia con la Ley de Origen y el Derecho Propio.
- **Articulación entre investigación y práctica**, garantizando que el conocimiento generado fortalezca directamente las acciones de cuidado, sanación y prevención.

Resultados.

- **Protocolización de criterios mínimos de costos del SISPI**

  El proceso adelantado y protocolizado el 19 de diciembre de 2025 en la Mesa Permanente de Concertación (MPC) permitió establecer, de manera consensuada entre los pueblos indígenas y el Ministerio de Salud y

Protección Social, una estructura mínima y común de criterios de costos, reconociendo el carácter especial, autónomo y diferenciado del SISPI.

- **Definición integral de costos alopáticos ajustados**

  Se logró identificar y estructurar los costos de la atención en salud occidental, incorporando factores diferenciales obligatorios como la dispersión territorial, accesibilidad, perfil epidemiológico indígena, edad, morbimortalidad, ciclos de vida y modalidades de transporte, garantizando que la financiación responda a las condiciones reales de los territorios indígenas.

- **Reconocimiento explícito de los criterios propios del SISPI**

  Se consolidó un conjunto de criterios propios financiables, que incluyen prácticas culturales de cuidado y sanación, actores del sistema de salud propia, insumos ancestrales, infraestructura propia, desplazamientos territoriales, formación, gobernabilidad, seguimiento, evaluación y control, así como investigación propia, todos fundamentados en la Ley de Origen, el Derecho Mayor y los sistemas de conocimiento indígena.

- **Aplicación territorial diferenciada para Chocó**

  El análisis permitió traducir los criterios de costos a contextos territoriales específicos, reconociendo las particularidades geográficas, climáticas, organizativas y culturales del Chocó, y evitando esquemas homogéneos que desconocen la diversidad territorial.

- **Construcción de una base técnica para la metodología de costos del SISPI**

  Los criterios desarrollados se integraron como insumos estructurales para la metodología de costos del SISPI, aplicables a los modelos, procesos o

formas de cuidado definidos por las estructuras de gobierno propio, sin necesidad de subordinar el sistema a lógicas del SGSSS.

- **Fortalecimiento de la autonomía y la gobernabilidad indígena en salud**

  El ejercicio permitió consolidar la gobernabilidad propia en salud como un componente financiable, reconociendo los costos reales de la planeación, toma de decisiones, control comunitario y ejercicio de la autoridad indígena en el marco del SISPI.

Conclusiones.

1. **El SISPI requiere una financiación diferencial para ser viable**

   La implementación efectiva del SISPI depende de una financiación estructural y diferenciada, que reconozca las condiciones territoriales, culturales y organizativas de los pueblos indígenas. Sin estos criterios de costos, el sistema se limita a un reconocimiento formal sin capacidad operativa real.

2. **Los costos del SISPI no pueden reducirse a tarifas del SGSSS**

   La evidencia analizada demuestra que los costos del SISPI no son equivalentes ni reducibles a los esquemas tarifarios del sistema general, ya que incluyen componentes propios, tiempos distintos, prácticas comunitarias y procesos espirituales que deben ser reconocidos financieramente.

3. **La concertación en la MPC constituye un hito normativo y político**

   La protocolización de los criterios mínimos de costos en la MPC representa un avance sustantivo en el reconocimiento del derecho a la salud indígena propia e intercultural, y establece un referente obligatorio para la implementación del modelo de salud propia e intercultural Chocó.

4. **La territorialización del modelo es el eje del financiamiento**

   Los criterios desarrollados confirman que la territorialización del SISPI es el principio orientador de la metodología de costos, y que la financiación debe eliminar las barreras geográficas, climáticas y logísticas que históricamente han limitado el acceso efectivo a la salud en territorios indígenas.

5. **La complementariedad intercultural no implica subordinación**

   El reconocimiento de costos alopáticos ajustados y criterios propios reafirma que la relación entre medicina occidental y sistemas de conocimiento indígena es de complementariedad funcional, no de subordinación, preservando la autonomía del SISPI.

6. **El SISPI se consolida como sistema especial con viabilidad técnica**

   Con la definición de criterios de costos concertados, el SISPI avanza hacia su consolidación como un sistema especial, autónomo y sostenible, con bases técnicas suficientes para su implementación progresiva en territorios como Chocó, y replicable en otros contextos territoriales del país.

Marco Metodológico

El presente documento establece la hoja de ruta metodológica para la consolidación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), en estricto cumplimiento del Decreto Ley 0480 de 2025. Este decreto representa un hito en la autonomía de los pueblos originarios, al reglamentar los mecanismos para la gobernanza, administración y operatividad de la salud desde una perspectiva de autodeterminación.

En el escenario actual, la implementación del SISPI trasciende la gestión administrativa para convertirse en un ejercicio de soberanía en materia de salud intercultural. La metodología que se detalla a continuación no es una estructura rígida, sino un "camino de vida" que articula el conocimiento milenario con el sistema de salud nacional. Este enfoque garantiza que la atención no solo sea técnica, sino culturalmente pertinente, reconociendo al territorio y a la espiritualidad como determinantes fundamentales de la vida.

Fases

Fases estratégicas

A través de tres fases estratégicas —Contextualización, Construcción y Concertación— y el desarrollo de cinco componentes transversales, este modelo busca armonizar el "Buen Vivir" con las políticas públicas del Estado. El objetivo es proporcionar a las autoridades indígenas y a las instituciones estatales un marco de acción claro para la protección de la salud colectiva, fundamentado en el diálogo de saberes y el respeto irrestricto a los mandatos comunitarios.

A continuación, se describen las etapas, estrategias e instrumentos que guiarán la transición hacia un modelo de salud que honra la sabiduría ancestral y asegura la sostenibilidad operativa en el territorio.

Para alcanzar los productos de cada componente, se construyeron los siguientes "caminos" o etapas de implementación:

1.1. Fase de Contexto y Caracterización: Diagnóstico sociocultural y análisis de la situación de salud (ASIS) con enfoque indígena y occidental.

1.2. Fase de Construcción de Contenidos: Definición autónoma de los procesos de cuidado, sabiduría ancestral y modelos de gestión.

1.3. Fase de Concertación y Articulación: Protocolización de acuerdos intersectoriales para la operatividad y financiamiento con el Estado.

Estrategias por componente del SISPI

Tabla 80.

Estrategias, actividades e instrumentos

Componente	Estrategias y Métodos	Acciones y Actividades Clave	Instrumentos y Técnicas
1. Sabiduría Ancestral	Revitalización del conocimiento espiritual y cultural.	Encuentros con autoridades espirituales; protección de sitios sagrados; transmisión oral generacional.	Diálogos de saberes; cartografía social de sitios sagrados; historias de vida.
2. Cuidado de la Salud Propia	Modelo de atención basado en el equilibrio hombrenaturaleza.	Armonización del territorio; uso de medicina tradicional (plantas, rituales); atención intercultural.	Guías de cuidado propio; protocolos de adecuación intercultural; inventario de plantas medicinales.
3. Político Organizativo	Fortalecimiento del Gobierno Propio y autonomía.	Creación de Consejos de Salud; definición de normas propias; coordinación con el Gobierno Nacional.	Actas de asambleas comunitarias; reglamentos internos; convenios de articulación.
4. Formación y Conocimiento	Capacitación basada en sistemas de conocimiento indígenas.	Diseño de currículos propios; escuelas de formación para gestores de salud indígena.	Planes de formación comunitaria; talleres experienciales; becas y estímulos.
5. Administración y Gestión	Autogestión administrativa y financiera descentralizada.	Registro de instituciones propias de salud; manejo de recursos vía cuentas maestras.	Sistemas de información SISPI; manuales de procesos administrativos; auditorías culturales.

Nota: Elaboración propia

Técnicas e instrumentos transversales

Para asegurar la validez se deben utilizar:

- **Técnicas de Recolección:** Observación participante, círculos de palabra (palabreo) y entrevistas semiestructuradas y abiertas en lengua propia, grupos focales e información documental.

- **Instrumentos de Registro:** Fichas de caracterización familiar indígena, censos territoriales y sistemas de monitoreo de indicadores de "buen vivir".
- **Procedimientos de Validación:** Consulta previa y mandatos comunitarios para legalizar cada fase del SISPI.

  Este marco permite que cada pueblo indígena desarrolle su propio **Instrumento para los procesos de cuidado**, el cual será mandatado por su autoridad y reconocido por el Ministerio de Salud.

Población

En el marco del proceso de investigación es fundamental la caracterización y la identificación de las necesidades de los Pueblos Indígenas, en aspectos como la constitución y fortalecimiento de los territorios tradicionales y ancestrales, así como la implementación de modelos de salud. Actualmente se constituyen en una prioridad para el reconocimiento y garantía, de los derechos fundamentales como la participación, la autonomía y el no ser invisibilizados. Lo anterior conlleva la necesidad de realizar el proceso de caracterización e identificación de manera participativa, acorde con las cosmovisiones de los pueblos indígenas reafirmando la característica de cada uno de ellos, respondiendo a sus necesidades, en este caso en materia de salud desde lo territorial. La finalidad de la caracterización e identificación, es proporcionar información cualitativa y cuantitativa, con referencias en lo económico, social, desarmonías y también de la georeferenciación y la situación actual de materia de salud.

Definición de Población.

Para efectos del Modelo de Salud Intercultural enmarcado en el SISPI, la población se define de manera integral y multidimensional. No se limita únicamente a los individuos, sino que abarca:

- **Actores del Sistema:** Dentro de ellos se incluyen los sabedores y médicos ancestrales, individuos, familias, la comunidad y el territorio.
- **Ámbito de Aplicación:** El decreto aplica a todos los pueblos y comunidades indígenas del país, sus instituciones propias de salud, sus territorios y las entidades territoriales con presencia de población indígena, en este caso los departamentos del Chocó.
- **Concepto de Salud Indígena:** Se entiende como el "buen vivir" y el cuidado de la vida, resultado del equilibrio armónico entre el ser humano, su familia, la comunidad, la naturaleza y el territorio.

Mecanismos de Participación y Priorización.

El proceso de diseño del modelo debe ser avalado por cada pueblo a través de sus propias dinámicas. Los mecanismos clave incluyen:

- **Participación Interna:** Se basa en el ejercicio del Gobierno Propio y debe estar alineado con los mandatos propios, sistemas de conocimiento, la "palabra de vida", la ley de origen y el derecho mayor.
- **Instrumentos de Planificación:** La priorización debe considerar los Planes de Vida y otros instrumentos de autogobierno para asegurar que el modelo responda a las necesidades culturales y territoriales específicas.

- **Concertación Previa:** Cualquier criterio de funcionamiento u operación de las instituciones de salud propias debe ser concertado previamente entre el Ministerio de Salud y las autoridades indígenas.

- **Mediación Cultural:** Se contempla el uso de intérpretes y traductores de lenguas nativas para garantizar una socialización territorial efectiva y la construcción de glosarios técnicos compartidos entre el saber propio y el occidental.

Los Planes de Vida como Instrumentos de Planificación Estratégica

Estos son pactos colectivos construidos por todos los miembros de la comunidad (ancianos, jóvenes, niños y autoridades) para determinar su visión de futuro y "Buen Vivir". El SISPI se debe armonizar con estos planes, ya que ellos definen lo que cada pueblo entiende por salud: el equilibrio físico y espiritual con la familia, la comunidad, la naturaleza y el territorio. Con relación al Decreto 0480, se constituyen como un Mandato Propio, para el diseño de las acciones y estrategias de salud para cada pueblo según sus dinámicas internas consignadas en sus Planes de Vida. El decreto reconoce que el funcionamiento del SISPI nace del ejercicio autónomo del gobierno propio, cuya hoja de ruta son los Planes de Vida. A diferencia del sistema ordinario, los criterios de operación de las instituciones indígenas se basan en la integralidad del cuidado definida por los propios pueblos. Para que el modelo de salud sea viable, debe integrarse en las fases de los Planes de Vida considerando:

- Procesos de Mediano y Largo Plazo: La implementación del SISPI no es inmediata; debe ser progresiva y responder a la visión de futuro trazada por la comunidad.

- Administración de Recursos: Los Territorios Indígenas manejarán recursos en cuentas maestras específicas para ejecutar las competencias de salud que sus planes prioricen.
- Coordinación con Entidades Territoriales: Los planes territoriales de salud (departamentales o municipales) tienen la obligación de incorporar las estrategias de los pueblos indígenas que habitan en su jurisdicción. Al usar el Plan de Vida como guía, el modelo de salud debe incluir:
- Sistemas de Conocimiento: Uso de saberes ancestrales y medicina tradicional.
- Identidad y Territorio: Fortalecimiento del sentido de pertenencia y protección de los espacios sagrados vinculados a la sanación.
- Lengua y Cultura: Garantía de mediación cultural y respeto por las lenguas nativas en la atención.

Perspectiva de Mediano y Largo Plazo (Fases)

La implementación del SISPI se proyecta como un proceso gradual que requiere:

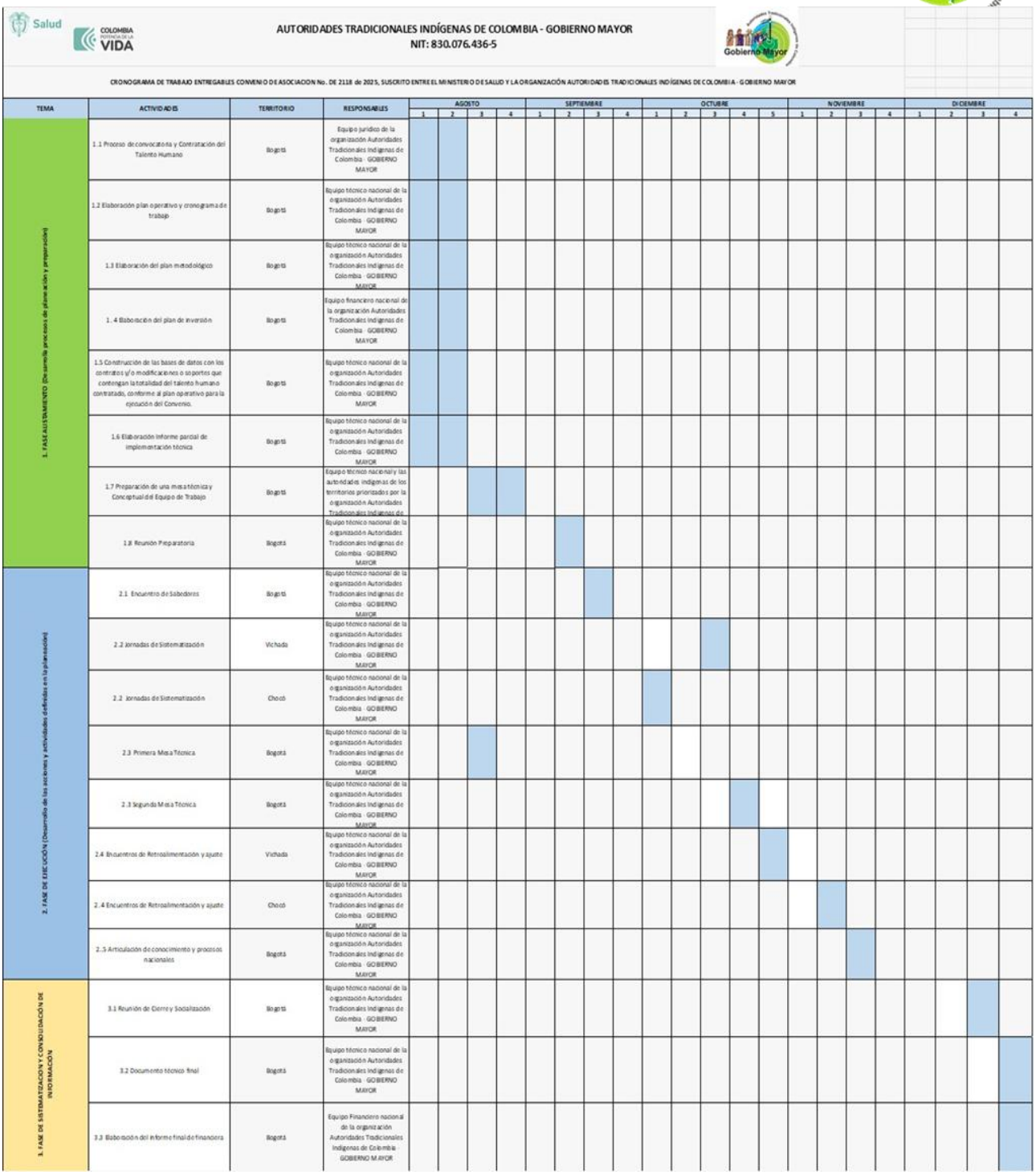
- Disponibilidad de Recursos: El manejo de recursos se realiza a través de cuentas maestras en los Territorios Indígenas, separadas de otros fondos, para financiar competencias y funciones de salud según la disponibilidad financiera.
- Despliegue Territorial: Se deben establecer rutas de diálogo con aliados estratégicos (como el ICBF o el Ministerio del Interior) y generar mapas de alianzas para la ejecución por fases.

- Gradualidad y Seguimiento: El diseño debe permitir un ejercicio progresivo acorde a la capacidad logística y el talento humano propio en salud disponible en cada territorio

Plan de trabajo y cronograma

Imagen 18.

Cronograma



AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DE COLOMBIA - GOBIERNO MAYOR
NIT: 830.076.436-5

CRONOGRAMA DE TRABAJO ENTREGABLES CONVENIO DE ASOCIACION No. DE 2118 de 2025, SUSCRITO ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD Y LA ORGANIZACIÓN AUTORIDADES TRADICIONALES INDÍGENAS DE COLOMBIA - GOBIERNO MAYOR

TEMA	ACTIVIDADES	TERRITORIO	RESPONSABLES	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE					NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
1. FASE ALISTAMIENTO (Desarrollo procesos de planeación y preparación)	1.1 Proceso de convocatoria y Contratación del Talento Humano	Bogotá	Equipo jurídico de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1.2 Elaboración plan operativo y cronograma de trabajo	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1.3 Elaboración del plan metodológico	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1. 4 Elaboración del plan de inversión	Bogotá	Equipo financiero nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1.5 Construcción de las bases de datos con los contratos y/o modificaciones o soportes que contengan la totalidad del talento humano contratado, conforme al plan operativo para la ejecución del Convenio.	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1.6 Elaboración Informe parcial de implementación técnica	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	1.7 Preparación de una mesa técnica y Conceptual del Equipo de Trabajo	Bogotá	Equipo técnico nacional y las autoridades indígenas de los territorios priorizados por la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de																					
	1.8 Reunión Preparatoria	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
2. FASE DE EJECUCIÓN (Desarrollo de las acciones y actividades definidas en la planeación)	2.1 Encuentro de Sabedores	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2.2 Jornadas de Sistematización	Vichada	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2.2 Jornadas de Sistematización	Chocó	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2.3 Primera Mesa Técnica	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2.3 Segunda Mesa Técnica	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2.4 Encuentros de Retroalimentación y ajuste	Vichada	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2. 4 Encuentros de Retroalimentación y ajuste	Chocó	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	2. 5 Articulación de conocimiento y procesos nacionales	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
3. FASE DE SISTEMATIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN	3.1 Reunión de Cierre y Socialización	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	3.2 Documento técnico final	Bogotá	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR																					
	3.3 Elaboración del informe final de financiera	Bogotá	Equipo Financiero nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia GOBIERNO MAYOR																					

Imagen 19.

Plan de trabajo

PLAN OPERATIVO 2025

AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE COLOMBIA- GOBIERNO MAYOR

Archivo: EL PLAN OPERATIVO DEBE IR EN EL MISMO EXCEL QUE EL CRONOGRAMA Y DEBEN CONTENER CON

ORGANIZACIÓN	AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE COLOMBIA- GOBIERNO MAYOR		
NUMERO DEL CONVENIO			
OBJETO DEL CONVENIO	Aunar recursos técnicos, administrativos y financieros para avanzar en la construcción del modelo de salud propia en el marco del Sistema Indígena Salud Propia e Intercultural - SISPI de los pueblos u organizaciones priorizados en la Subcomisión de Salud de la MPC.		
FECHA DE INICIO	1/08/2025	FECHA FINAL	30/12/2025
VALOR DEL CONVENIO	Tres mil millones de pesos m/c ($3.000.000.000)		

NUMERO	ACTIVIDAD	METODOLOGIA	ESTRATEGIA DE DESARROLLO	RESPONSABLE	MEDIO VERIFICABLE
0. Fase Contractual					
0.1	Suscripción del convenio 2025 entre la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia-Gobierno Mayor y el Ministerio de Salud y Protección Social.	Minuta de convenio lista para la firma.	-	Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia-Gobierno Mayor y el Ministerio de Salud y Protección Social	Convenio firmado por las partes
1. FASE DE ALISTAMIENTO (DESARROLLA PROCESOS DE PLANEACION Y PREPARACION).					
1.1	Proceso de convocatoria y Contratación del Talento Humano.	Se desarrollara una jornada de convocatoria y recepción de hojas de vida del talento humano. Posteriormente, el equipo jurídico de la organización elaborara los contratos, de acuerdo con el perfil y las funciones que desempeñara cada uno de los contratados.	La organización se apoyará en su banco de hojas de vida, con el fin de garantizar la vinculación de los perfiles que exige la construcción del modelo de salud propia en el marco del Sistema Indígena Salud Propia e Intercultural - SISPI de los pueblos u organizaciones priorizados en la Subcomisión de Salud de la MPC y así dar cumplimiento al objeto del convenio.	Equipo jurídico de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Hojas de vida con sus respectivos soportes. * Contratos firmados por las partes.
1.2	Elaboración del plan operativo y cronograma de trabajo.	El equipo nacional elaborará el plan operativo y cronograma de trabajo para el desarrollo del convenio y de entrega de informes y productos, de acuerdo con las fechas establecidas en el convenio suscrito.	Los documentos serán construidos conjuntamente, para garantizar un trabajo interdisciplinario que permita tener en cuenta las características y particularidades poblacionales, geográficas, los requerimientos logísticos y el contexto social, político y cultural de cada uno de los pueblos que serán consultados a traves del desarrollo de los despliegues territoriales. Cabe señalar que, para el desarrollo del plan metodológico, se contara con el apoyo de las autoridaders indígenas presentes en los territorios, los cuales facilitan el analisis de las particularidades de las comunidades.	Equipo Técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Un (1) plan operativo. * Un (1) cronograma de trabajo.
1.3	Elaboración del plan metodológico.	El equipo técnico desarrollará el plan metodológico de las actividades para la ejecución del proyecto y consolidación de los productos el cual contenga: objetivos, actividades, metodología, responsables y cronograma.		Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Un (1) plan metodológico.
1.4	Elaboración del plan de inversión.	El equipo tecnico, en cabeza del profesional financiero, elaborara el plan de inversión, el cual permitirá evidenciar la descripción detallada de la distribución y ejecución de los recursos de las actividades programadas y productos a entregar. Este plan debe contemplar la propuesta de ejecución del Rubro de Costos administrativos en la misma estructura del presupuesto del Convenio (el plan de inversión debe estar armonizado con el plan operativo)		Area financiera del equipo nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Un (1) plan de inversión.
1.5	Diligenciamiento de las bases de datos con los contratos y/o modificaciones, y soportes que contengan la totalidad del talento humano vinculado al Convenio.	Diligenciar la base de datos en el formato definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, con los contratos y/o modificaciones, y soportes que contengan la totalidad del talento humano contratado, conforme al plan operativo para la ejecución del Convenio.	Uno de los profesionales vinculados en el Convenio sera el encargado de la revisión y aprobación de cada uno de los soportes presentados por los contratados para su vinculación al Convenio.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	Bases de datos en formato definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.
1.6	Preparación de una Mesa técnica y conceptual del equipo de trabajo, con espacios formativos y de estudio dirigidos al equipo técnico, con el fin de socializar el convenio para su efectiva ejecución.	Se realizara nua mesa técnica para fortalecer las capacidades conceptuales en el equipo relacionados con los fundamentos de los Modelos de Salud Indígena Propia e Intercultural (SISPI), apropiando el marco normativo, institucional y político del sistema de salud indígena en Colombia incluida la jurisprudencia y los acuerdos establecidos a nivel nacional, como los Decretos 1953 de 2014 y 1957 de 2019, y revisando antecedentes metodológicos y lecciones aprendidas a partir de experiencias previas implementadas en otros territorios.Igualmente, enfatizando en el objeto, actividades y productos a desarrollar en del convenio suscrito.	Convocar de manera presencial al equipo contratado o en su defecto garatizar la participación de las personas que no puedan hacer presencia en la ciudad de Bogotá, a traves del uso de herramientas digitales (plataformas de videollamadas).	Equipo técnico nacioanl de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR.	* Registro fotográfico * Acta * Listado de asistencia
1.7	Reunión preparatoria, a realizarse en Bogotá, será el punto de partida del convenio y un espacio clave para la concertación política, metodológica y operativa del convenio.	Se realizara una reunión preparatoria, en Bogotá, que será el punto de partida del convenio y un espacio clave para la concertación política, metodológica y operativa entre el equipo técnico y las autoridades indígenas de los territorios priorizados. Se espera la participación de aproximadamente 80 personas, incluyendo representantes técnicos y autoridades indígenas de los departamentos del Chocó y Vichada.	Con esta reunion se promoverá la incorporación de los saberes territoriales y de la medicina tradicional indígena mediante el diálogo con autoridades, quienes compartirán sus prácticas y orientaciones. A partir de estos insumos, se concertará una metodología conjunta, culturalmente pertinente, que definirá prioridades, actividades y productos del convenio. Todas las decisiones serán avaladas territorialmente, garantizando el respeto a la autonomía y el consentimiento previo de los pueblos indígenas.	Equipo técnico nacional y las autoridades indígenas de los territorios priorizados por la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR.	Para cada encuentro se deberá presentar: * Registro fotográfico * Acta * Listado de asistencia
1.8	Elaboración del informe parcial de implementación técnica.	Posterior a la entrega y aprobación de los productos correspondientes al primer desembolso, se elaborará un informe parcial de implementación técnica que dé cuenta del estado de cumplimiento de las actividades desarrolladas según lo definido en el plan operativo y metodológico conforme al objeto contractual del convenio.	Una vez aprobados los productos por parte del equipo técnico del Ministerio de Saud y Protección Social, correspondientes al primer desembolso, el coordinador temático liderará la elaboración del informe parcial de elaboración técnica, de acuerdo con el cumpliendo de las actividades establecidades en el plan operativo y metodológico por parte del equipo de GOBIERNO MAYOR.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR.	* Un (1) informe parcial de implementación técnica de los productos y actividades del primer desembolso.

2. FASE DE EJECUCION (DESARROLLO DE LAS ACCIONES Y ACTIVIDADES DEFINIDAS EN LA PLANEACION).					
2.1	ACTIVIDAD N° 1: Encuentro de Sabedores – Bogotá	Se realizará un encuentro en Bogotá con la participación de 30 sabedores ancestrales de los pueblos indígenas del Chocó y Vichada y 20 técnicos del equipo de Gobierno Mayor. Durante tres días de agenda, se desarrollarán diálogos interculturales para recolectar de forma rigurosa y respetuosa los conocimientos, prácticas y sistemas de salud propia.	El equipo técnico vinculado al convenio serán los encargados de recopilar todos los documentos que contengan información y sistematización de la información de los territorios; para posteriormente, consolidar la información . La información será sistematizada en un documento técnico que incluirá actas, registros fotográficos y listados de asistencia, y servirá como insumo para el diseño del modelo de salud.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Producto 2: Documento técnico * Listado de asistencias. * Acta * Registro fotográfico
2.2	ACTIVIDAD N° 2 : Jornadas de Sistematización – (1) Vichada y (1) Chocó D.C	Se desarrollarán dos jornadas de sistematización territorial: una en el departamento del Vichada y otra en el departamento del Chocó. Estas jornadas tienen como objetivo consolidar y actualizar los conocimientos construidos por las comunidades indígenas sobre el Modelo de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Se realizará la recopilación, análisis y validación de insumos generados en 2022, con énfasis en caracterización sociocultural y situación de salud desde el enfoque propio e institucional. Se identificarán prácticas vigentes, actores comunitarios, estrategias de atención, procesos formativos y organizativos, permitiendo alinear la estrategia metodológica del convenio con los procesos locales, respetando la autonomía y pertinencia cultural.	La información recolectada será sistematizada en un documento técnico que incluirá listados de asistencia, actas de eventos y registro fotográfico, y nutrirá productos relacionados con sabiduría ancestral, cuidado de la salud, capacidades formativas y gobernanza indígena.	Cada jornada contará con la participación de aproximadamente 155 personas (autoridades, sabedores, dinamizadores, jóvenes y 15 técnicos) de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR y autoridades indígenas filiales a la organización.	* Producto 3: Documento técnico * Registro fotografico * Listados de asistencia * Actas
2.3	ACTIVIDAD N° 3:Dos mesas técnicas – Bogotá D.C	Se desarrollarán dos mesas técnicas en la ciudad de Bogotá como espacios de trabajo interno del equipo operativo, con el objetivo de fortalecer la coherencia metodológica, técnica y narrativa en la construcción del Modelo de Salud Indígena Propia e Intercultural (SISPI). La primera mesa estará orientada a la planificación metodológica y organización operativa para la implementación de las actividades previstas en el convenio. La segunda mesa se realizará posterior a las jornadas de sistematización en territorio y estará enfocada en el procesamiento, análisis y articulación de los insumos recolectados, así como en la identificación de vacíos o inconsistencias.	Estas mesas permitirán estructurar los contenidos técnicos de la Fase II del SISPI, en los componentes de sabiduría ancestral, cuidado de la salud, formación, gestión y gobernanza, garantizando que los resultados sean técnica y territorialmente válidos, y políticamente representativos de los pueblos indígenas participantes.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Producto 4: Documento técnico * Registro fotografico * Listados de asistencia * Actas
2.4	ACTIVIDAD N° 4 : Encuentros de retroalimentación y ajuste – (1) Vichada y (1) Chocó	La metodologia a aplicar es la descrita en el documento de metodologia de la organización.	Estas jornadas se desarrollarán posterior a las mesas técnicas internas y permitirán presentar los productos construidos, revisar contenidos, corregir vacíos, incorporar observaciones territoriales y asegurar la pertinencia cultural, técnica y política del proceso. Las autoridades indígenas ejercerán su rol de conducción y control político, emitiendo directrices y orientaciones que garantizarán la legitimidad del proceso y el cumplimiento del principio de consentimiento libre, previo e informado.	Participación de 30 autoridades indígenas representantes de los pueblos priorizados y equipo técnico de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR.	* Producto 5: Documento técnico * Registro fotografico * Listados de asistencia * Actas
2.5	ACTIVIDAD N° 5 : Articulación de conocimiento y procesos Nacionales – Bogotá D.C.	La metodologia a aplicar es la descrita en el documento de metodologia de la organización.	Durante el encuentro, se intercambiarán experiencias territoriales, se armonizarán saberes y se consolidarán los productos desarrollados, identificando enfoques metodológicos, retos comunes y lecciones aprendidas. Esta articulación nacional permitirá enriquecer el proceso de construcción del modelo en los departamentos de Chocó y Vichada, asegurando coherencia con procesos similares a nivel país. Además, las autoridades participantes emitirán orientaciones políticas, técnicas y culturales para fortalecer el SISPI desde una visión colectiva, multiepistémica y con enfoque intercultural, reafirmando la autonomía de los pueblos indígenas y su derecho a construir salud desde sus propios sistemas.	Participación de 65 personas aproximadamente, incluyendo representantes de pueblos indígenas con avances en modelos de salud propia e intercultural, comisionados de organizaciones filiales a Gobierno Mayor y técnicos del equipo operativo.	* Producto 6: Documento técnico * Actas * Registro fotografico * Listados de asistencia * Documento final de Consolidación de la fase I, con respecto al proceso de caracterización sociocultural y análisis de la situación de salud desde lo propio e institucional.
3. FASE DE SISTEMATIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
3.1	Reunión de Cierre y Socialización- Bogotá D.C.	La metodologia a aplicar es la descrita en el documento de metodologia de la organización.	La tercera y última etapa del convenio consistirá en la sistematización integral, análisis final y consolidación de los resultados y productos generados a lo largo del proceso. El objetivo es garantizar que los productos técnicos reflejen fielmente la voz de los territorios, los saberes ancestrales, los acuerdos políticos con las autoridades indígenas y los lineamientos metodológicos establecidos en la Fase II de la Guía metodológica. Durante este encuentro, se presentarán los resultados finales y los documentos definitivos del proceso, sirviendo como espacio formal de entrega, cierre político y afirmación del consentimiento final de los pueblos sobre los modelos formulados, asegurando así su legitimidad y validez cultural.	Participación de aproximadamente 80 personas, incluyendo al equipo técnico y autoridades indígenas de los departamentos de Vichada y Chocó filiales a Gobierno Mayor	* Documento técnico que consolide la información * Actas * Registro fotografico * Listados de asistencia
3.2	Documento técnico final	Este documento contiene los resultados del proceso de diseño del modelo de salud por departamento (uno para cada departamento Vichada – Chocó), con el plan de acción por componente, teniendo en cuenta los lineamientos de la guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes para la implementación del SISPI.	El equipo técnico se reunirá en una jornada de trabajo para realizar la síntesis y análisis final de la información recolectada durante la ejecución del convenio. El objetivo de esta sesión es efectuar los últimos ajustes y consolidar el documento técnico final, que integrará de manera estructurada los resultados, hallazgos y contenidos construidos en cada una de las etapas del proceso.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR,	* Un (1) documento técnico final
3.3	Elaboración del informe final de ejecución financiera.	Se presentará con corte al mes inmediatamente anterior al trámite del desembolso, el informe final de ejecución financiera de los recursos aportados por las partes en los tres (3) desembolsos para el desarrollo del convenio, en el formato establecido por el Ministerio.	El profesional financiero del convenio será el encargado de elaborar el informe final de ejecución financiera de los recursos aportados por las partes para el desarrollo del CONVENIO DE ASOCIACIÓN No. MSPS-21 18-2025.	Area financiera del equipo nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR	* Un (1) informe final de ejecución financiera.
4. SEGUIMIENTO DEL CONVENIO					
4.1	Elaborar informes mensuales por parte de los contratistas, para la complementacion del documento madre.	Mediante el trabajo en equipo, la comunicación asertiva, la sistematización y entrega de información anticipada de cada integrante del equipo nos permitirá apoyarnos en la realización de los eventos y tener éxito colectivo en la realización de los mismos.	Tener los insumos y materiales para los informes a tiempo y sistematizados.	Equipo técnico nacional de la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - GOBIERNO MAYOR,	Entrega de informes de actividades con sus respectivos soportes por parte del equipo técnico y político vinculado al presente convenio; previamente, revisados y aprobados por el coordinador temático.

Seguimiento y monitoreo

Para asegurar la integridad del modelo de salud intercultural, el proceso de seguimiento se divide en cuatro áreas críticas que garantizan que la información comunitaria se transforme en política pública técnica y organizada.

Sistematización y Gestión Documental.

- El objetivo es transformar los diálogos, asambleas y recorridos territoriales en insumos técnicos procesables. Este proceso convierte el diálogo de saberes en evidencia técnica estructurada. Incluye la transcripción de asambleas, codificación de testimonios sobre medicina tradicional y la creación de anexos que evidencien el trabajo de campo. La Metodología de Sistematización: Se debe emplear un enfoque de "InvestigaciónAcción Participativa" para documentar experiencias locales, identificando vacíos de información y buenas prácticas en salud étnica.

Ruta.

- **Recolección:** Captura de actas, audios, fotografías y videos de los encuentros con autoridades tradicionales.
- **Transcripción y Codificación:** Categorización de la información en ejes temáticos (medicina ancestral, partería, plantas sagradas, etc.).
- **Validación:** Es obligatoria la coordinación con las estructuras de gobierno propio de los territorios para asegurar que la interpretación de los datos respeta la cosmovisión indígena. Presentación de los borradores sistematizados a la comunidad para asegurar que su cosmovisión no fue alterada en la redacción técnica.
- ***Responsables.*** Equipo de Sistematización.

Archivo y Custodia de la Información

Garantiza la memoria institucional del proceso y la protección de conocimientos ancestrales sensibles. La gestión documental en 2025 se rige por la protección de la autonomía y el derecho mayor de los pueblos. El Decreto Ley 0480 de 2025 enfatiza que la información sobre sistemas de conocimiento y planes de vida pertenece a los pueblos, bajo principios de autonomía y libre determinación. Este proceso debe contar con protocolos técnicos en los cuales, la creación de documentos debe derivar de estudios archivísticos y jurídicos, que determinen tiempos de retención y disposición final, diferenciando entre registros administrativos y memorias culturales sensibles. Igualmente, las acciones para garantizar el derecho a la salud indígena deben ser avaladas por cada pueblo, constituyendo un archivo propio que no necesariamente se ajusta a los manuales de habilitación convencionales.

Ruta.

- **Archivo Físico:** Clasificación de documentos originales firmados en carpetas por fases (Diagnóstico, Concertación, Implementación).
- **Archivo Digital:** Carga de documentos en una plataforma en la nube o servidor institucional con niveles de acceso restringidos.
- **Protocolo de Propiedad Intelectual:** Etiquetado de información protegida para evitar el uso comercial no autorizado de saberes tradicionales.
- **Responsables:** Profesional en Gestión Documental (o con experiencia en esa materia) y Coordinador y Profesional de la entidad de salud.

Reporte de Resultados y Avances

Se debe tener comunicación periódica del estado del modelo y sus avances, a las partes interesadas. El reporte debe ser un ejercicio de transparencia tanto técnica

como comunitaria. Se puede usar para otras investigaciones de este tipo el uso de herramientas como el mapa de evidencias en Interculturalidad en Salud, para visibilizar avances y facilitar la toma de decisiones. Se debe tener un proceso de vigilancia comunitaria y los reportes de salud pública deben incluir indicadores de vigilancia basados en eventos y la participación de equipos extramurales que operan en los territorios. De la misma forma para la socialización es vital importancia realizar jornadas de rendición de cuentas que utilicen el ASIS Participativo Territorial, para posicionar los hallazgos ante la comunidad y el sector salud.

Ruta.

- **Boletines Comunitarios:** Reportes en lenguaje sencillo (y lenguas nativas si aplica) para las comunidades.
- **Informes de Gestión:** Documentos técnicos para entes territoriales y el Ministerio de Salud.
- **Tableros de Control:** Visualización del porcentaje de metas cumplidas en el cronograma de construcción.
- **Responsables:** Coordinador del Proyecto y Enlace de Comunicaciones Étnicas.

Análisis y Cruce de Información (Fase de Consolidación)

Es la etapa donde se comparan los datos del sistema de salud convencional con las necesidades identificadas en el modelo intercultural. Esta fase busca la sinergia entre el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el sistema convencional. Si es posible se debe realizar un cruce epidemiológico, para lo cual se deben comparar indicadores tradicionales (mortalidad, morbilidad) con dimensiones de bienestar físico, emocional, espiritual y ambiental propias de las comunidades. De

la misma forma se deben contemplar unidades de análisis, por ejemplo, se implementan protocolos para el análisis cualitativo de casos (como mortalidad materna) que incluyan compromisos específicos de vigilancia intercultural. Igualmente implementar espacios de consenso, ya que el análisis no es solo estadístico; funciona como un espacio de negociación para estructurar servicios de salud que reconozcan las preferencias culturales y la armonía con la naturaleza.

Ruta.

- **Cruce Epidemiológico:** Comparar las causas de morbilidad oficial con las percepciones de enfermedad de la comunidad.
- **Análisis de Brechas:** Identificar dónde el modelo actual falla en la atención con enfoque diferencial.
- **Triangulación de Fases:** Verificar que los acuerdos logrados en la fase de concertación se reflejen en la estructura técnica final del modelo.
- **Responsables:** Equipo Técnico Interdisciplinario.

Tabla 81.

Matriz de responsabilidades

Fase	Actividad Clave	Responsable Principal
Sistematización	Elaboración de memorias técnicas	Equipo de Trabajo de Campo
Archivo	Custodia de expedientes y actas	Oficina de Archivo
Reporte	Rendición de cuentas a la comunidad	Coordinador del Modelo
Análisis	Cruce de datos y ajuste del modelo	Comité Técnico de Salud Intercultural

Nota: Elaboración propia.

Recomendaciones

- El SISPI debe sustentarse en estructuras de gobierno propio fuertes, proponiendo la creación de instancias como el Representante legal SISPI, Consejo Territorial de Autoridades Indígenas en Salud y un Comité Técnico Indígena del SISPI.
- Se recomienda la capacitación obligatoria en finanzas y rendición de cuentas para las autoridades que administren recursos, diferenciando el control interno (comunitario) del control externo (estatal).
- El modelo de salud propio debe incluir acciones concretas para garantizar la transmisión intergeneracional de saberes, se deben crear infraestructuras propias como Casas de Sabiduría Ancestral, Casas de Verdad (Dearate) u Hospitales Indígenas para la atención con pertinencia cultural.
- El modelo de salud propio e intercultural debe respetar y fortalecer todas las formas tradicionales de cuidado de la vida, reconociendo la diversidad de expresiones culturales, espirituales y territoriales presentes en los pueblos indígenas del Chocó.
- Es crucial implementar medidas de protección política, cultural y física para los sabedores frente a amenazas (actores armados) y para los sitios sagrados.
- Se requiere formalizar la contratación de actores del sistema (auxiliares, parteras, tsamanis) para que ocupen sus roles dentro del sistema de salud.
- Es indispensable asegurar la presencia de intérpretes y mediadores culturales en hospitales y centros de salud institucionales, con el fin de eliminar las barreras lingüísticas y culturales.

- Es prioritario implementar un sistema de transporte multimodal ajustado a las realidades territoriales del Chocó.
- Se debe dotar de radios o telefonía satelital y tecnología las zonas críticas o puntos muertos identificados en las rutas, para coordinar el sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes.
- Es obligatorio establecer protocolos de acompañamiento que garanticen que todo paciente en remisión viaje con un auxiliar de enfermería o personal de salud de la comunidad, y que los sabedores/parteras puedan brindar cuidado integral en ruta.
- Concientizar el reconocimiento institucional de la medicina propia; así mismo, fomentar capacitaciones en doble vía, en lo propio y en lo institucional.
- Se recomienda concertar un plan de trabajo que garantice el reconocimiento y funcionalidad de la institucionalidad propia en los pueblos indígenas del Chocó.
- Se recomienda que el SISPI incorpore de manera explícita la violencia territorial (conflicto armado, confinamiento, deterioro ambiental y afectación de sitios sagrados) como un determinante estructural de la salud indígena, de tal forma que modifique el diseño, la operación, la financiación y la evaluación de los modelos de atención, priorizando la atención comunitaria y territorializada, el fortalecimiento de sabedores y casas de salud, la sanación espiritual y la recuperación del territorio, con costos diferenciales y flexibilidades normativas, garantizando que el sistema propio no sea tratado como un esquema asistencial o transitorio ni subordinado al SGSSS, sino como un sistema especial, autónomo y permanente, capaz de responder de manera integral al principio de que cuando el territorio enferma, también enferman las personas.

- Consolidar la implementación a partir de la protocolización en la MPC se recomienda tener en cuenta la protocolización realizada el 18 de diciembre de 2025 en la Mesa Permanente de Concertación (MPC), mediante la cual se acordaron los criterios mínimos con el Ministerio de Salud y Protección Social para el fortalecimiento del SISPI, en cumplimiento de los artículos 14, 44, 49, 50, 51 y 68 del Decreto Ley 0480 de 2025. Estos criterios deben orientar de manera vinculante la puesta en marcha del modelo de Salud Propia e Intercultural en los territorios del Chocó.
- Priorizar la adecuación integral del modelo conforme al artículo 14 del SISPI se recomienda priorizar procesos de adecuación institucional, administrativa y operativa que permitan que los modelos territoriales se ajusten plenamente a los criterios mínimos del artículo 14 del Decreto Ley 0480 de 2025, garantizando que la organización del modelo responda a la Ley de Origen, al gobierno propio y a las condiciones territoriales, culturales y espirituales de los pueblos indígenas.
- Desarrollar una metodología de costos basada en los criterios del artículo 44 se recomienda diseñar e implementar una metodología de costos diferenciada que incorpore los criterios generales establecidos el 18 de diciembre del 2025 en MPC, reconociendo de manera integral los costos asociados a la salud propia, la atención intercultural y la atención alopática, como condición necesaria para asegurar la sostenibilidad financiera y la viabilidad operativa del SISPI en ambos territorios.
- Aplicar el principio de progresividad en la implementación del modelo se recomienda adoptar el principio de progresividad como eje transversal de la

implementación, entendiendo que el modelo SISPI de Chocó no son estructuras cerradas, sino procesos en construcción permanente que deberán fortalecerse y ajustarse progresivamente, de acuerdo con la experiencia territorial, la evaluación continua y los mecanismos de retroalimentación previstos en el Decreto Ley 0480 de 2025.

- Gestionar los componente de financiación e infraestructura de manera estratégica se incorpora el componente de financiación e infraestructura dentro del modelo SISPI de Chocó, con el fin de que estos sean gestionados e incluidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de inversión y financiación de los ministerios, entidades nacionales y territoriales, reconociendo las brechas estructurales que limitan la operación efectiva de la salud propia e intercultural en los territorios indígenas.
- Fortalecer procesos de pedagogía y apropiación del SISPI se recomienda implementar estrategias de pedagogía y formación dirigidas tanto a los pueblos indígenas como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), orientadas a garantizar la comprensión y aplicación de los principios de interculturalidad, complementariedad y no subordinación, como condición para una articulación efectiva entre la salud propia y la medicina occidental; orientados a eliminar prácticas de discriminación, estigmatización y barreras administrativas, y a garantizar una atención humanizada, con mediadores interculturales, traducción lingüística y rutas diferenciales acordes a la realidad indígena.
- Definir de manera concertada los alcances de la atención propia, intercultural y alopática se recomienda establecer, mediante procesos de concertación,

criterios claros que delimiten los alcances y responsabilidades de la salud propia, la salud intercultural y los servicios alopáticos, precisando los momentos de articulación, complementariedad y tránsito entre cada tipo de atención, con el fin de garantizar una atención integral, culturalmente pertinente y respetuosa de la autonomía indígena.

- Reconocimiento y fortalecimiento de los sabedores ancestrales, es imperativo validar a los actores del SISPI Chocó como actores centrales del cuidado al mismo nivel que los profesionales occidentales, para garantizar que este conocimiento no se pierda, se recomienda la creación de escuelas de sabiduría ancestral lideradas por los mayores para formar a jóvenes aprendices, asegurando la transmisión intergeneracional y el relevo de estos guardianes de la vida.
- Implementación de rutas de atención y complementariedad intercultural, el sistema de salud debe adaptarse a las realidades culturales y territoriales de los pueblos indígenas mediante rutas que articulen la medicina tradicional y la occidental sin subordinación, esto implica que la medicina propia sea el primer recurso de atención en el territorio y que las infraestructuras propias de Chocó transiten y cuenten con espacios de armonización, intérpretes culturales y protocolos que respeten las dietas y rituales de los pacientes indígenas.
- Priorización de la salud maternoinfantil y soberanía alimentaria, debido a las alarmantes tasas de mortalidad infantil y desnutrición, se recomienda reforzar la atención prenatal comunitaria mediante brigadas móviles y el fortalecimiento de la partería tradicional; así mismo, es vital recuperar la soberanía alimentaria

protegiendo semillas nativas y dietas ancestrales, ya que la nutrición propia es la base de la prevención y la armonía espiritual.

- Garantía de movilidad y transporte intercultural, se deben establecer protocolos de referencia y contrarreferencia eficientes que cuenten con transporte digno adaptado a la geografía dispersa de Chocó. La falta de transporte y combustible es actualmente una barrera crítica que retrasa el diagnóstico temprano y la atención de emergencias vitales.
- Protección del territorio como determinante de salud, el modelo debe reconocer que el territorio es el primer sistema de salud y que su deterioro afecta directamente el equilibrio de las comunidades; es necesario proteger los sitios sagrados, ríos y bosques frente a la contaminación minera y el conflicto armado, ya que sin un territorio sano es imposible realizar los rituales de curación y recolectar las plantas medicinales necesarias para la vida.
- Fortalecer y reglamentar el sistema propio de referencia y contrarreferencia, se recomienda reconocer, formalizar y fortalecer el sistema propio de referencia y contrarreferencia entre los actores del SISPI Chocó, este sistema debe respetar la sabiduría ancestral, y ser acompañado por las autoridades propias como mecanismo legítimo de decisión en salud.
- Revitalizar y proteger el rol de los médicos ancestrales y sabedores, se recomienda implementar acciones urgentes para la revitalización del saber ancestral, frente a la disminución de médicos tradicionales, la pérdida de conocimiento intergeneracional y las afectaciones derivadas del conflicto armado, la discriminación y el desarraigo territorial; esto incluye procesos de

formación desde lo propio, protección territorial y garantías de seguridad para el ejercicio de la medicina ancestral.

- Las autoridades tradicionales indígenas de Colombia Gobierno Mayor, deben unificar esfuerzos logísticos para ubicar puntos de encuentro en áreas centrales, para el desarrollo de los talleres en territorio, a fin de evitar las dificultades en el traslado de las autoridades y demás participantes; así mismo la conectividad del transporte representa un desafío significativo, lo que ocasiona que algunas personas deban viajar durante varios días para participar en las actividades programadas.
- El Ministerio TIC debe mejorar la cobertura de tecnologías para la comunicación en ciertas zonas dispersas del Choco, debido a que identificamos ausencia de comunicación fluvial, satelital y terrestre para estas zonas, situando a sus habitantes que en su mayoría son comunidades indígenas, en situación de mayor vulnerabilidad.
- Al Ministerio de transporte, teniendo en cuenta que la principal dificultad estructural en la construcción del modelo de salud propio es la inaccesibilidad y el aislamiento geográfico crítico de las comunidades, lo cual compromete la oportunidad de la atención y la vida de los pacientes, se solicita que brinde una solución viable a fin de mitigar uno de los determinantes sociales (estado crítico de vías terrestres o ausencia de vías), situación que genera un alto impacto en la situación de salud a estas regiones de Colombia.
- Al Ministerio de salud y protección social, le instamos a implementar acciones en salud pública con el fin de incrementar la cobertura de vacunación en departamentos con la cobertura más baja de Colombia como el Chocó, con el

fin de evitar morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles. Así mismo asegurarse que el ET ejecute las intervenciones en salud publica individuales y colectivas cuando se registren en el SIVIGILA enfermedades de notificación obligatoria.

- A la Defensoría del pueblo se invita a llevar a cabo el seguimiento y cumplimiento de la protección de los derechos fundamentales a la alimentación, al agua potable y a la salud de niñas y niños de comunidades indígenas del Chocó.

Conclusiones

Las conclusiones que se presentan a continuación se construyen a partir del análisis integral de los cinco componentes del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). Cada una de ellas recoge los principales hallazgos, aprendizajes y desafíos identificados en relación con la sabiduría ancestral, el cuidado de la salud propio e intercultural, la gobernanza y participación, el talento humano en salud y la gestión del conocimiento, reconociendo la diversidad territorial, cultural y organizativa de los pueblos indígenas.

Componente Sabiduría ancestral

La sabiduría ancestral constituye el eje espiritual y orientador del SISPI, al integrar los conocimientos, prácticas y valores transmitidos por las comunidades indígenas a lo largo de generaciones, enfocados en mantener el equilibrio entre el ser humano, la naturaleza y lo espiritual.

En los territorios del Chocó, se reafirma la complementariedad intercultural del SISPI a través de la articulación entre la medicina ancestral y la occidental. Las Casas de Sabiduría y los Consejos Territoriales se consolidan como espacios clave de coordinación, guiados por sabedores, autoridades tradicionales, mayores y mayoras, quienes representan la base del modelo de salud indígena.

El modelo de atención deberá fortalecer la salud propia, la armonización y la protección de las comunidades, promoviendo la correlación entre los sistemas médicos indígenas y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de manera respetuosa y participativa, y las políticas públicas de salud.

Dentro de las cuatro líneas operativas de este componente se hace indispensable preservar los conocimientos milenarios y garantizar su defensa frente

a amenazas como la violencia, la contaminación ambiental y la mercantilización del conocimiento. Los avances normativos, como el Decreto Ley 0480 de 2025, y las sesiones territoriales en Chocó han contribuido a fortalecer la autonomía y sostenibilidad de estos procesos, sin embargo, se requiere de mayor inversión en infraestructura, monitoreo y acompañamiento territorial.

Por otra parte, es necesario promover un modelo de salud centrado en el buen vivir, donde la salud es equilibrio y la enfermedad es desarmonía territorial y espiritual. Los relatos de los sabedores de Chocó destacan la centralidad del territorio y los desafíos asociados a la contaminación, el aislamiento y la falta de recursos. Pese a los avances derivados del Decreto 0480 de 2025 y la Resolución 1182 de 2025, es necesario continuar fortaleciendo la gobernanza, las estructuras autónomas (tambos, comités) y la financiación a través de los giros de la ADRES.

Para garantizar la transmisión intergeneracional del conocimiento y la justicia cultural, será indispensable avanzar en procesos de certificación comunitaria, cartografía cultural, inversión en transporte y manejo transparente de los recursos. Además de la integración de prácticas de sanación, rituales y uso de plantas medicinales, junto con el fortalecimiento de las Casas de Sabiduría, la Guardia Indígena y la soberanía alimentaria.

En conjunto, estas acciones permitirán consolidar un modelo de salud indígena con enfoque intercultural, capaz de garantizar la autonomía, dignidad y pervivencia cultural de los pueblos del Chocó, proyectando un legado de salud integral y justicia histórica para las generaciones futuras.

Componente Cuidado de salud propia e intercultural

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) evidencia que los determinantes

sociales, económicos, culturales y ambientales continúan siendo los factores que mayor impacto generan en el bienestar de las poblaciones. Los resultados muestran la persistencia de profundas desigualdades territoriales y étnicas, especialmente en departamentos como Chocó, donde la dispersión geográfica, las barreras de acceso y la pertenencia étnica siguen condicionando la prestación oportuna de los servicios de salud, así como la persistencia de la mortalidad maternoinfantil y de la niñez.

El ASIS reafirma que la salud es un proceso multicausal influenciado por condiciones laborales, nivel educativo, entornos ambientales y protección social, lo que subraya la necesidad de fortalecer enfoques diferenciales, interculturales y territoriales que permitan responder a realidades específicas. Asimismo, se identifican problemas epidemiológicos prioritarios, entre ellos el aumento de enfermedades no transmisibles, el incremento de la mortalidad infantil por causas prevenibles y la creciente carga de enfermedades asociadas a factores ambientales y al cambio climático.

En el ámbito cultural, se reconoce que el conocimiento ancestral del Chocó integra dimensiones espirituales, territoriales y comunitarias que trascienden lo biomédico. Durante el Encuentro de Sabedoras y Sabedores, ambos territorios coincidieron en el “árbol de la vida” como símbolo de la salud: un árbol frondoso representa el equilibrio comunitario y espiritual, mientras que un árbol seco refleja la ruptura del tejido cultural y ambiental. En este sentido, el Modelo de Salud Propia e Intercultural (SISPI) se concibe como el proceso colectivo de “revivir el árbol”, nutrido por la palabra, los sabedores, las plantas y el agua.

Las rutas interculturales del modelo deben reconocer la autonomía del diagnóstico espiritual como una práctica legítima, cuyo valor no depende de su

validación biomédica. Esto implica avanzar hacia sistemas de salud que respeten la diversidad epistémica, fortalezcan la articulación intercultural y garanticen la participación plena de los pueblos indígenas en la identificación de necesidades y en la construcción de soluciones para el bienestar territorial y comunitario.

Además, el desarrollo metodológico del proceso evidenció que la aplicación de estrategias participativas, como la observación comunitaria y los encuentros de saberes, fortalece la legitimidad social y cultural del modelo de salud, al promover la construcción de conocimiento desde el territorio y con la participación activa de las comunidades indígenas.

Asimismo, la recolección de información en los territorios permitió constatar que los pueblos indígenas conservan saberes ancestrales en salud propia, vigentes y funcionales, sustentados en el equilibrio espiritual, social y territorial. Dichos saberes deben ser reconocidos, fortalecidos y articulados como base fundamental del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

El proceso participativo desarrollado reafirmó el rol protagónico de las sabedoras y los sabedores, quienes constituyen pilares esenciales en los procesos de atención, prevención y sanación, garantizando la transmisión intergeneracional de los conocimientos y la continuidad de las prácticas tradicionales.

Finalmente, el modelo propuesto demuestra que la salud intercultural es posible y necesaria cuando se reconocen las complementariedades entre los sistemas tradicionales y el sistema occidental. Este enfoque permite establecer rutas de cooperación mutua, sustentadas en el respeto por la autonomía de cada medicina y en la búsqueda de una atención integral, equitativa y culturalmente pertinente.

Componente Político – organizativo

El análisis confirma que el andamiaje normativo conformado por la Constitución Política, el Convenio 169 de la OIT, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y, especialmente, el Decreto Ley 480 de 2025, otorga competencias expresas a las autoridades indígenas para organizar su Sistema Indígena de Salud Propia e

Intercultural (SISPI), definir estructuras de gobierno en salud y coordinar con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En consecuencia, no se requieren nuevas normas, sino la ejecución efectiva de las disposiciones existentes.

El Decreto 1848 de 2017 establece los mecanismos para la habilitación y transición de las EPSI e IPS hacia el SISPI, permitiendo la operación paralela y articulada mientras se consolida el modelo. La norma habilita la transición y solo requiere la formalización de acuerdos operativos en cada territorio.

El Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031 dispone la inclusión de capítulos diferenciales e indicadores específicos para los pueblos indígenas. La creación de mesas técnicas permanentes, con cronogramas y evaluaciones periódicas, convierte la planeación del SISPI en un acto administrativo verificable ante autoridades territoriales y nacionales.

El Decreto Ley 480 de 2025 establece la creación del Fondo de Administración del SISPI por territorio y los giros a través de la ADRES. Su implementación depende de actos internos de autoridad indígena: constitución del Fondo, apertura de cuenta maestra y subcuentas, elaboración del manual contable y adopción de reportes con control sociocultural.

La Resolución 2775 de 2022, que incorpora los CUPS diferenciales, permite reportar, auditar y financiar las acciones propias e interculturales del SISPI sin

desnaturalizar las prácticas tradicionales. Esto garantiza la trazabilidad, la sostenibilidad jurídica y financiera del sistema, y elimina riesgos de subregistro.

Los instrumentos aplicados como consentimientos informados, actas y relatorías, cumplen los estándares de Consulta Libre, Previa e Informada (CLPI), protección de saberes ancestrales y confidencialidad, garantizando la validación comunitaria de las decisiones adoptadas.

La arquitectura organizativa del SISPI, estructurada en niveles comunitario, zonal, regional y nacional, ha sido conceptualizada y socializada mediante procesos participativos. Esta estructura permite asignar funciones, responsabilidades y mecanismos de control sociocultural, constituyendo un acto organizativo con efectos administrativos.

El diseño metodológico de costeo traduce las prácticas propias en estructuras financieras auditables, incorporando criterios de eficiencia del gasto y trazabilidad contable. Este ejercicio fortalece la rendición de cuentas del SISPI ante los entes de control y respalda su sostenibilidad técnica y financiera.

Los principales riesgos identificados como el subregistro, las glosas, la rotación institucional, la apropiación indebida de saberes y las barreras geográficas cuentan con mecanismos de mitigación definidos: licencias comunitarias, observatorios y veedurías, matrices de riesgo y acuerdos de reporte, los cuales se consolidan como anexos exigibles en las mesas de seguimiento.

En el caso del Chocó, se evidencian condiciones jurídicas, organizativas y materiales suficientes para iniciar una operación gradual inmediata del SISPI, con consolidación proyectada a 24 meses.

Se recomienda avanzar en la creación del Fondo SISPI por territorio y su reglamentación contable, la instalación de Mesas Técnicas SISPI–SGSSS de carácter permanente, la adopción de la metodología de costeo y de trazabilidad, la implementación del tablero de indicadores PDSP–SISPI, y la formalización de salvaguardas y licencias comunitarias sobre saberes.

Con base en la normatividad vigente, la evidencia de participación comunitaria y la estructura organizativa definida, se concluye que existen condiciones jurídicas, técnicas y administrativas suficientes para poner en funcionamiento el SISPI en el Chocó. La efectividad del proceso depende ahora de los actos internos de la autoridad indígena, la instalación de mesas técnicas permanentes y la activación del Fondo SISPI, mecanismos ya previstos por la ley y plenamente operables.

Componente Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud

El desarrollo de este proceso reafirma que el fortalecimiento del componente de *Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud del SISPI* es esencial para garantizar la pervivencia cultural y el cuidado integral de la vida de los pueblos indígenas, ya que la formación en salud propia es, ante todo, un camino de vida. No se trata solo de aprender técnicas o procedimientos, sino de volver a escuchar la palabra de los mayores, de reconocer que el territorio enseña y que el espíritu también necesita cuidado.

Los resultados mostraron que la salud, desde la visión ancestral, es mucho más que la ausencia de enfermedad: es equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la naturaleza y la memoria colectiva. En el desarrollo de los encuentros, las voces de

los mayores, los médicos tradicionales, las parteras, los promotores y auxiliares en salud recordaron que el conocimiento ancestral sigue vivo en la palabra, los rituales, las plantas y los espacios sagrados donde se enseña y se sana.

El llamado de los sabedores, parteras y autoridades indígenas reafirma la urgencia de crear Escuelas de Sabiduría y Casas de Formación Intercultural que garanticen la continuidad de los saberes tradicionales, pues estos espacios permitirían unir la lengua, la espiritualidad y la medicina natural, garantizando la transmisión del conocimiento y fortaleciendo la identidad cultural de los pueblos. También es prioritaria la participación activa de mujeres y jóvenes, y la articulación con los procesos técnicos del sistema de salud.

Al igual, propusieron crear mecanismos de certificación para los médicos tradicionales, validados por las propias autoridades indígenas y las comunidades, junto a la capacitación de líderes y autoridades en administración y gestión para la sostenibilidad a largo plazo de los modelos de salud indígena.

Sobre la gestión del conocimiento en salud, los pueblos indígenas del Chocó coinciden en que debe surgir desde los territorios y las propias comunidades, respetando sus formas de pensar, enseñar y sanar, este principio no solo fortalece la soberanía cognitiva y la legitimidad del saber ancestral, sino que también protege su dimensión espiritual, garantizando que la memoria viva se articule con la documentación técnica sin perder su sentido sagrado.

Este trabajo invita a continuar fortaleciendo la formación intercultural en salud como un camino de encuentro entre saberes, donde la ciencia y la espiritualidad dialoguen con respeto. Preservar los lugares sagrados, acompañar y proteger a los portadores del conocimiento y reconocer los mecanismos propios de certificación

son acciones fundamentales para avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente inclusivo e intercultural.

Componente Administración y gestión

El componente de Administración y Gestión del Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI) representa el cierre técnico del proceso de construcción, validación y estructuración territorial del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), en el marco del Convenio MSPS–2157–2025. Este documento consolida los avances logrados durante el ciclo de implementación, responde de manera directa y argumentada a las observaciones emitidas por el Comité Asesor en el Acta No. 3, y deja una base sólida para la continuidad institucional del modelo.

Se concluye que la construcción e implementación del modelo de salud propio e intercultural debe respetar y fortalecer todas las formas tradicionales de cuidado de la vida, reconociendo la diversidad de expresiones culturales, espirituales y territoriales presentes en los pueblos indígenas del Chocó.

Asimismo, resulta fundamental avanzar en la caracterización detallada de las prácticas y estructuras de cuidado propio, a fin de orientar el SISPI hacia una eficiente planificación administrativa y la gestión de recursos físicos, financieros, humanos, tecnológicos y espirituales que beneficien a las comunidades.

De igual forma, el diseño de este componente debe partir de las necesidades, propuestas y prioridades expresadas por las comunidades, garantizando que la toma de decisiones sea legítima, participativa y culturalmente pertinente.

Finalmente, se recomienda implementar un plan de trabajo que garantice el reconocimiento y funcionalidad de la institucionalidad propia en los pueblos indígenas del Chocó.

Referencias bibliográficas

AguilarPeña, M., TobarBlandón, M. & GarcíaPerdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Vol. 22. https://www.scielosp.org/article/rsap/2020.v22n4/463467/

Acuerdo número 0326 de 2005. (2005, 05 de diciembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20326%20DE%202005.pdf

AcuñaAndrade, L. & GhisoJiménez, S. (2023). La violencia del conflicto armado en Colombia: influencia y relación con problemas de salud mental dentro de las comunidades indígenas. Inclusión y Desarrollo. *UNIMINUTO.* pp.40 52. https://www.researchgate.net/publication/376538456_La_violencia_del_conflicto_armado_en_Colombia_influencia_y_relacion_con_problemas_de_salud_mental_dentro_de_las_comunidades_indigenas

AgudeloHernández F., MechaChamorro J. & MarulandaLópez E. (2025). «Nos sentimos mejor aquí ahora»: prácticas tradicionales, saneamiento y diálogo con el sistema biomédico para restaurar la armonía espiritual en una comunidad indígena de Colombia. *Salud Rural y Remota*. https://www.rrh.org.au/journal/article/9126/

Asamblea Departamental del Chocó. (2024). *Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027: Chocó, Territorio de Vida y Esperanza.* https://www.asambleachoco.gov.co/web/wpcontent/uploads/2024/05/PlandeDesarrolloDepartamentalVr11.pdf

Banco Mundial. (s.f.). *Qué es la seguridad alimentaria.* https://www.bancomundial.org/es/topic/agriculture/brief/foodsecurityupdate/whatisfoodsecurity

CanoBedoya, S, LópezRíos, J & ArangoUrrea, D (2025). Suicidio en comunidades indígenas de Antioquia, Colombia, 20122022: perspectivas desde una

revisión documental. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 24. https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/38501

CarranzaPatiño, H., TubayMoreira, M., EspinozaBriones, H. & ChangMuñoz, W. (2021). Saberes ancestrales: una revisión para fomentar el rescate y revalorización en las comunidades indígenas del Ecuador. *Universidad Técnica de Babahoyo. Vol. 6, No. 3.* https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/1205

CruzGavilanes, T., CruzGavilanes, Y., CruzGavilanes, M., MuñozCruz, A. & QuintanaCruz, D. (2022). La Medicina Ancestral en la Sierra y Su Aplicación al Cuidado de la Salud. Universidad Católica de Cuenca. Vol. 8, núm. 3. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8637924

ChacónQuiceno, Y., CubidesPeña, E. & EscorciaForero, A. (s.f.), Situación de los pueblos indígenas en Colombia frente al modelo integral de atención en salud. *Universidad Cooperativa de Colombia.* https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/4482a91145664671b636ce5ed5154028/content

Circular 011 de 2018. (2018, 05 de marzo). Alcaldía Mayor de Bogotá. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=75746

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). (2017). Adopción de la medida correctiva de asunción temporal de la competencia de la prestación de los servicios de salud, educación, alimentación escolar, y agua potable y saneamiento básico en el departamento de La Guajira, en aplicación del decreto 028 de 2008. *Departamento Nacional de Planeación.* https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3883.pdf

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). (2018). Estrategia para la implementación de los Objetivos De Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). (2024) *Chocó vive una crisis humanitaria sin precedentes*. https://codhes.org/2024/11/15/chocoviveunacrisishumanitariasinprecedentes/

Constitución Política de Colombia. (1991, 04 de julio). Función Pública. Gaceta Constitucional. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125

Consultorsalud. (2024). *Desnutrición infantil en Colombia aumenta en 2024.* https://consultorsalud.com/desnutricioninfantilcolombiaaumentaen2024/

Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. (1989, 27 de junio). https://www.ohchr.org/es/instrumentsmechanisms/instruments/indigenousandtribalpeoplesconvention1989no169

CRIC. (2010). Pronunciamiento final de la Asamblea Nacional de salud de los pueblos indígenas “construyendo alternativas para un buen vivir desde los Pueblos”. https://www.criccolombia.org/portal/pronunciamientofinaldelaasambleanacionaldesaluddelospueblosindigenasconstruyendoalternativasparaunbuenvivirdesdelospueblos/

Decreto 1416 de 1990. (1990, 04 de julio). https://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1282785

Decreto 1811 de 1990. (1990, 06 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 39.451. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf

Decreto 1876 de 1994. (1994, 03 de agosto). Presidencia de la República. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3356

Decreto 804 de 1995. (1995, 18 de mayo). Presidencia de la República. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1377

Decreto 0825 de 2003. (2003, 02 de abril). Presidencia de la República. http://historico.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2003/abril/02/dec825020403.pdfDecreto 2716 de 2004. (2004, 26 de agosto). Presidencia de la República. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14698

Decreto 4972 de 2007. (2007, 27 de diciembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto4972de2007.pdf

Decreto 1973 de 2013. (2013, 11 de septiembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto1973de2013.pdf

Decreto 1953 de 2014. (2014, 07 de octubre). Presidencia de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59636

Decreto 1957 de 2014. (2014, 30 de mayo). Presidencia de la República de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25356

Decreto 1082 de 2015. (2015, 26 de mayo). Presidencia de la República. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77653

Decreto 780 de 2016. (2016, 06 de mayo). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813

Decreto 1848 de 2017. (2017, 08 de noviembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=84139

Decreto Ley 0480 de 2025. (2025, 30 de abril). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=259856

Decreto 0481 de 2025. (2025, 30 de abril). Presidencia de la República. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=259756

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018: Resultados Pueblos Indígenas.* https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupосetnicos/presentaciongrupосetnicos2019.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2024). *Estadísticas Vitales (EEVV): Defunciones fetales y no fetales.* https://www.dane.gov.co

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2024*). Estadísticas Vitales (EEVV): Nacimientos en Colombia.* https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bolEEVVNacimientosIVtrim2

023.pdf?utm_source=chatgpt.com

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2024). *Estadísticas Vitales (EEVV): Nacimientos en Colombia.* https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/2024/19dic2024/bolEEVVNacimientos2024pr.pdf?utm_source=chatgpt.com

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (s.f.). *Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026.* https://www.dnp.gov.co/plannacionaldesarrollo/pnd20222026

EyzaguirreBeltroy, C. (2016). El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880047/elprocesodeincorporaciondelamedicinatradicionalyaltern_CDkDGRx.pdf*

GarcíaSuso, A. & VeraCortés, M. (2002). El ciclo vital y la salud humana. *Dialnet. pp. 61–78.* https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5031053

GarzónGarzón, L., MontoyaChica, J. & SuárezLucas, G. (2025). Análisis del proceso de estructuración del SIPI en el departamento de Amazonas, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 16(1), 310337.* https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/4712/4450

HernándezSarmiento, J., CalleEstrada, M., OspinaJiménez, M., HerreraAlmanza, L., RoldánTabares, M. & MartínezSánchez, L. (2021). Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca. Vol 23 No. 1.* https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1515/1495

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. (2024). *Manual técnico modalidad de atención y prevención de la desnutrición.* https://www.icbf.gov.co/system/files/manual_tecnico_modalidad_de_atencion_y_prevencion_de_la_desnutricion.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del Conflicto Armado en la salud en Colombia. Informe técnico 9*. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/resumenejecutivoinformeons9.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2021). *Comportamiento de la mortalidad en la población indígena menor de cinco años, Colombia, 2016 – 2018*. https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/REN/Art%C3%ADculo%2032.3.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe de Evento 2023. VIH, SIDA y Muerte por SIDA.* https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/VIH%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe de Evento 2023. Desnutrición Aguda en Menores de 5 años.* https://portalsivigila.ins.gov.co/Operacin%20Estadstica/DESNUTRICI%C3%93N%20AGUDA%20EN%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf?utm_source=chatgpt.com

Instituto Nacional de Salud. (2023). *Mortalidad materna en población indígena, Colombia, 2018 a 2022.* https://epidemiologiains.org/index.php/ren/article/view/150/184#:~:text=Este%20estudio%20analiz%C3%B3%20las%20caracter%C3%ADsticas%20epidemiol%C3%B3gicas%20de%20la,Vigilancia%20en%20Salud%20P%C3%BAblic

a%20entre%202018%20y%202022.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Período Epidemiológico VI.* https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VI%202024.pdf?utm_source=chatgpt.com

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Boletín Epidemiológico Nacional, Semana 24 de 2024.* https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletin%2024/index.html

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). IAAS. Comportamiento de la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociados a la atención en salud, Colombia, 2024. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2024boletinepidemiologicosemana44.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS). (2025). Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024. https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS). (2025). Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024. Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años. https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_11.pdf

Intramed. (2024). *Colombia: Más de la mitad de los niños fallecidos en 2024 murieron por desnutrición.* https://www.intramed.net/content/colombiamasdelamitaddelosninosfallecidosen2024murieronpordesnutricion

Ley 10 de 1990. (1990, 10 de enero). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421

Ley 21 de 1991. (1991, 04 de marzo). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37032

Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248

Ley 115 de 1994. (1994, 08 de febrero). Congreso de Colombia.
https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles85906_archivo_pdf.pdf

Ley 152 de 1994. (1994, 15 de julio). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=327

Ley 191 de 1995. (1995, 23 de junio). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77293

Ley 387 de 1997. (1997, 18 de julio). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=340

Ley 389 de 1997. (1997, 18 de julio). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77594

Ley 691 de 2001. (2001, 18 de septiembre). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454

Ley 715 de 2001. (2001, 21 de diciembre). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452

Ley 850 de 2003. (2003, 18 de noviembre). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10570

Ley 1381 de 2010. (2010, 25 de enero). Congreso de Colombia.
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38741

Ley 1437 de 2011. (2011, 18 de enero). Congreso de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41249

Ley 1438 de 2011. (2011, 19 de enero). Congreso de Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

Ley Estatutaria 1751 de 2015. (2015, 16 de febrero). Congreso de Colombia. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

Médicos sin Fronteras (2024). *Informe programa de salud comunitaria y descentralizada en las zonas más afectadas por el conflicto del departamento de Chocó.* https://www.msf.org.co/actualidad/colombiaelaccesoalasaludencomunidadesafectadasporconflictoarmado/

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/ed/psp/perfilsaludpueblosindigenascolombia2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2024.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asiscolombia2024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Informe Plan Financiero Territorial de Salud 20242027 Departamento de Chocó. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/informeplanfinancieroterritorialsaludchoco20242027.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Análisis de Situación de Salud – Zona Fronteriza Chocó.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASISFronterizoChoco.pdf

Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). (2009). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud.* https://www.paho.org/sites/default/files/202401/serviciossaludzonasindigenas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). (2024). *Colombia: Incremento de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años por EDA, IRA, malaria y desnutrición en el departamento del Chocó. OPS/OMS.* https://www.paho.org/en/node/95325

Resolución 5078 de 1992. (1992, 30 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://chinango.com.co/wpcontent/uploads/2023/05/COResolucion507892MedicinaTradicionalConservacionDesarrollo.pdf

Resolución 3317 de 2012. (2012, 16 de octubre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=49983

Resolución 1841 de 2013. (2013, 28 de mayo). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/reso

lucion1841de2013.pdf

Resolución 518 de 2015. (2015, 24 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion0518de2015.pdf

Resolución 429 de 2016. (2016, 17 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolución 3280 de 2018. (2018, 02 de agosto). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Resolución 1545 de 2019. (2019, 10 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion1545de2019.pdf

Resolución 2626 de 2019. (2019, 27 de septiembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.asivamosensalud.org/politicaspublicas/normatividad/resoluciones/resolucion2626de2019

Resolución 229 de 2020. (2020, 20 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.asivamosensalud.org/politicaspublicas/normatividad/resoluciones

/resolucion229de2020

Resolución 050 de 2021. (2021, 25 de enero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion050de2021.pdf

Resolución 1025 de 2022. (2022, 14 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

Resolución 1035 de 2022. (2022, 14 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.suinjuriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30044423

Resolución 2775 de 2022. (2022, 27 de diciembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202775%20de%202022.pdf

Resolución 295 de 2023. (2023, 27 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20295%20de%202023.pdf

Resolución 2367 de 2023. (2023, 29 de diciembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No

%202367%20de%202023.pdf

Resolución 100 de 2024. (2024, 17 de enero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20100%20de%202024.pdf

Resolución 1964 de 2024. (2024, 10 de octubre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201964%20DE%202024.pdf

Resolución 1182 de 2025. (2025, 09 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201182%20de%202025.pdf

Resolución 1597 de 2025. (2025, 30 de julio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%201597%20de%202025.pdf

Secretaría de Salud Quibdó. (2025). *Boletín Epidemiológico, VIH/SIDA.* https://www.quibdochoco.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/Boletin%20Epidemiologico%20VIH%20Quibd%C3%B3.pdf?utm_source=chatgpt.com

Sentencia T380 de 1993. (1993, 13 de septiembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t38093.htm

Sentencia T254 de 1994. (1994, 30 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t25494.htm

Sentencia SU 039 de 1997. (1997, 03 de febrero). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/su03997.htm

Sentencia T760 de 2008. (2008, 31 de julio). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t76008.htm

Sentencia T973 de 2009. (2009, 18 de diciembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/fichasentencia/346/0/texto/0

Sentencia T357 de 2017. (2017, 30 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t25494.htm

Sentencia T302 de 2017. (2017, 26 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t35717.htm

Sentencia SU123 de 2018 (2018, 15 de noviembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/su12318

Sentencia T128 de 2022. (2022, 14 de abril). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t12822.htm

Sentencia T082 de 2025 (2025, 03 de marzo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/t08225.htm

Sentencia T420 de 2025 (2025, 09 de octubre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/T42025.htm

Unicef. (2025). *Más de 1.000 niñas, niños y adolescentes reclutados en 5 años.* https://www.unicef.org/colombia/historias/diadelasmanosrojas2025

Anexos

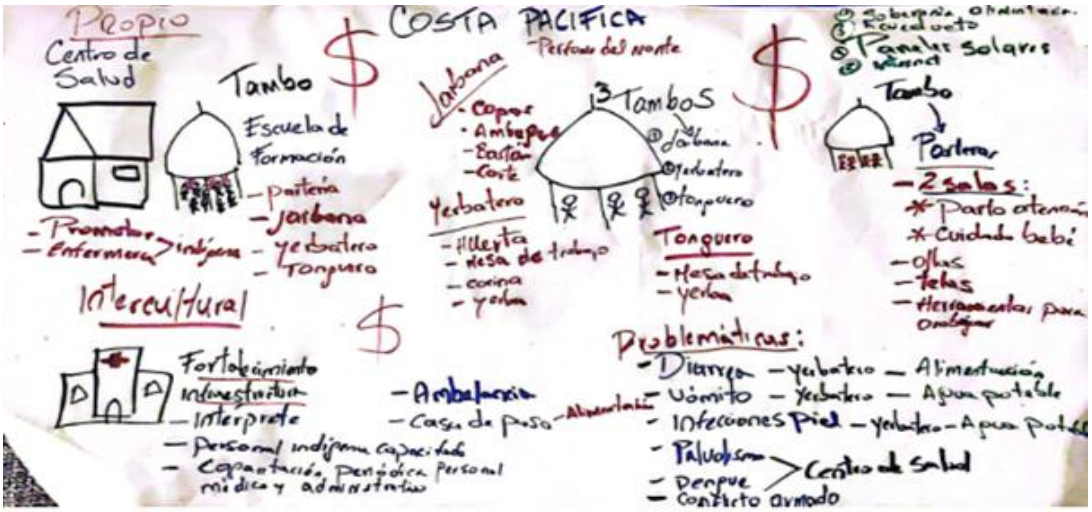
Cartografía

Chocó

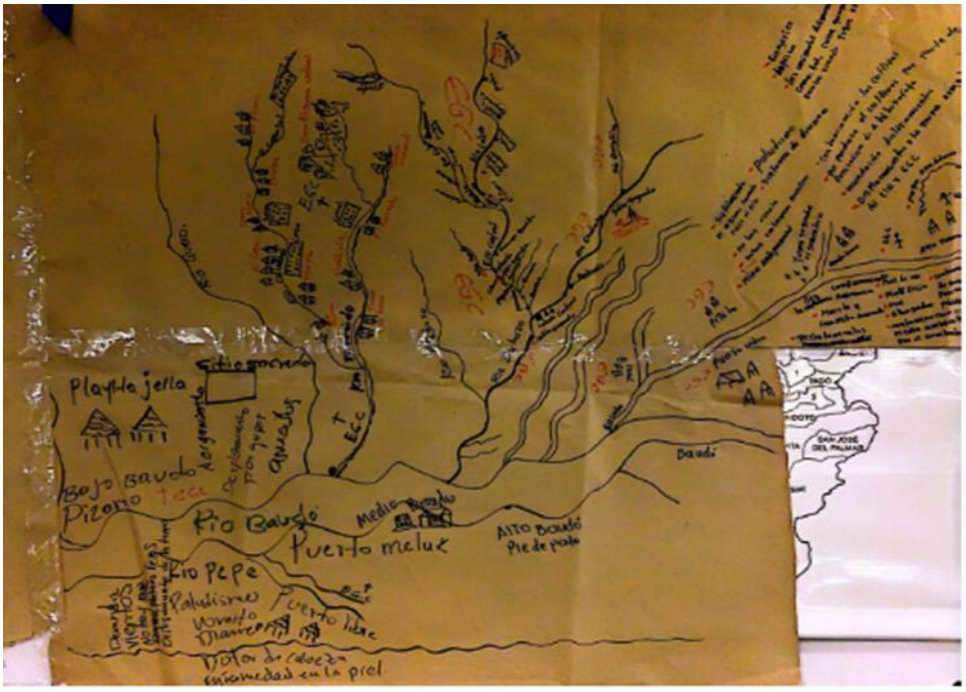
Cartografía comunidad Baudó



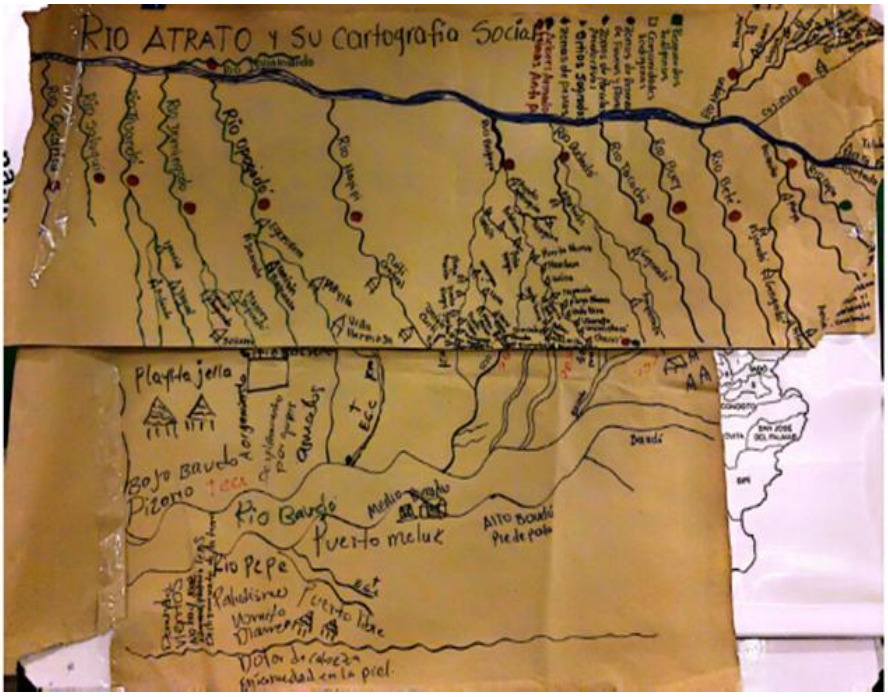
Cartografía comunidad Pacífico



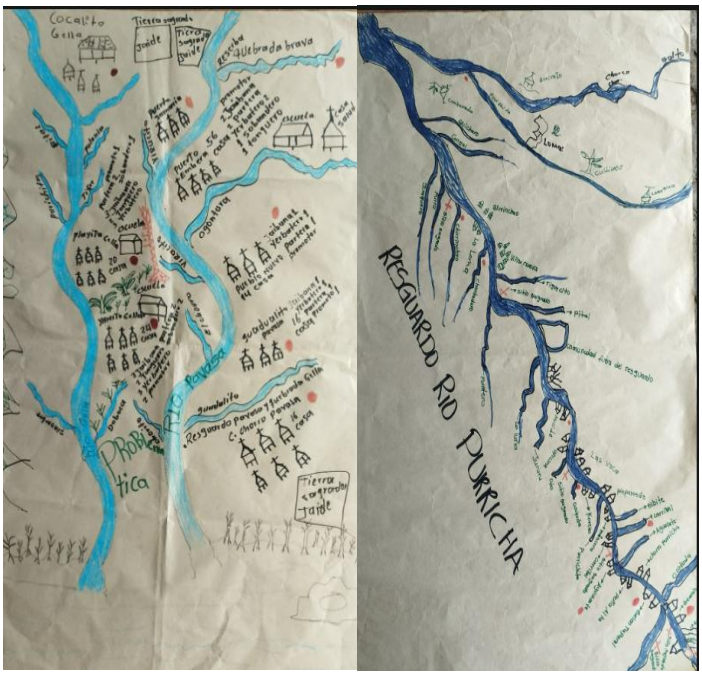
Cartografía comunidad Bajo Baudó



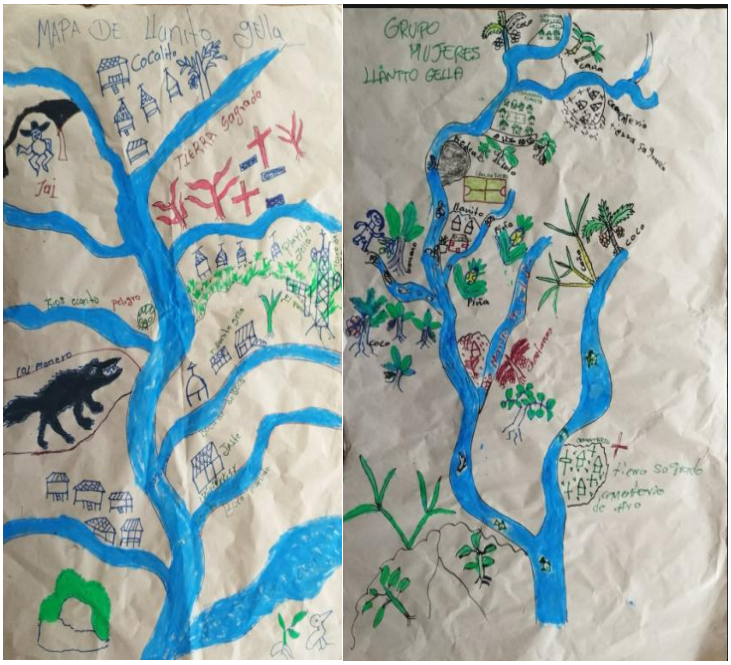
Cartografía comunidad Río Atrato



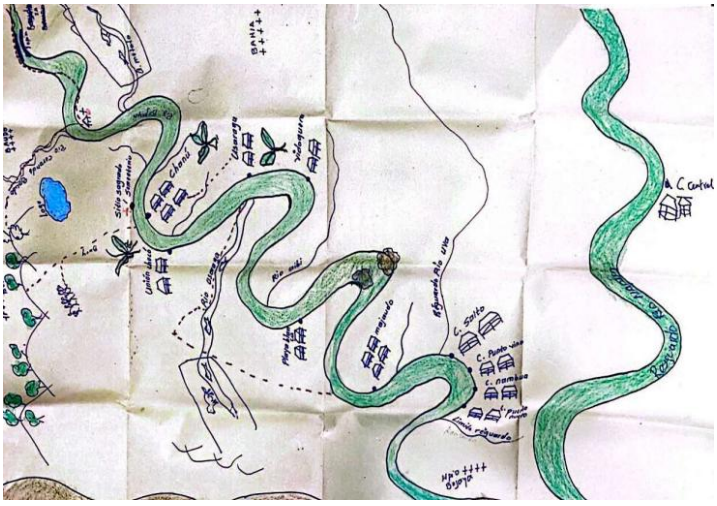
Cartografía Resguardo Río Purricha



Cartografía Comunidad Llanito Gella



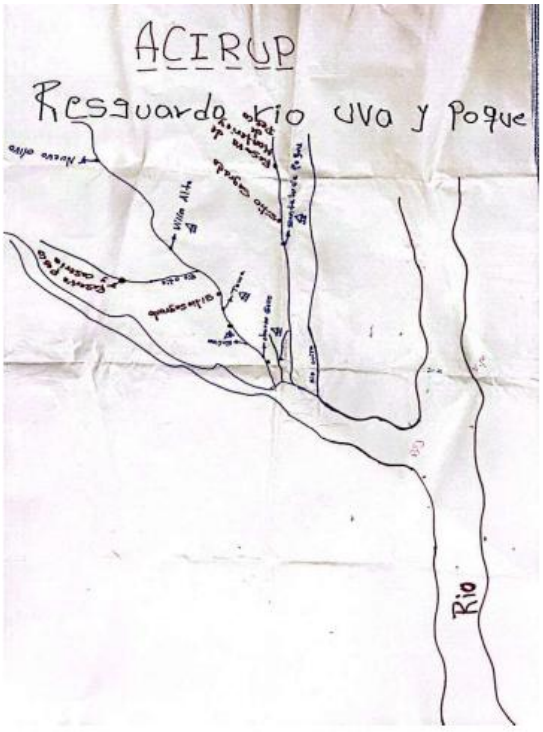
Cartografía Comunidad Chanú



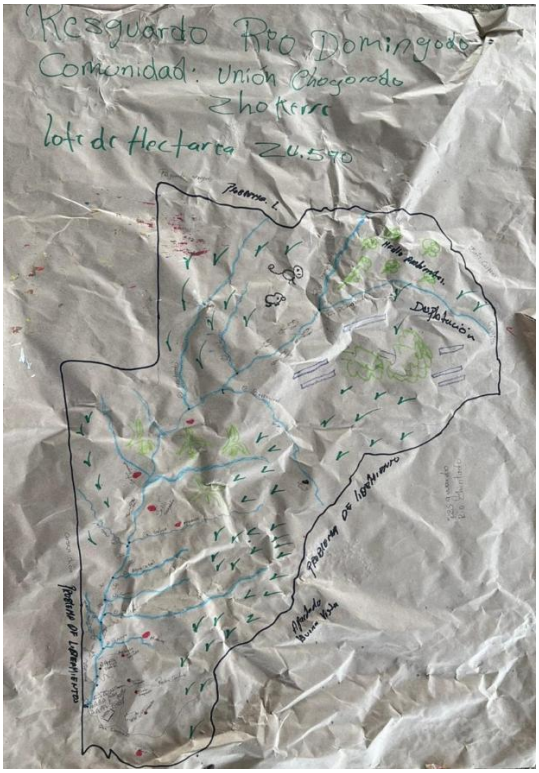
Cartografía Resguardo Pichicora Chicue Punto Alegre



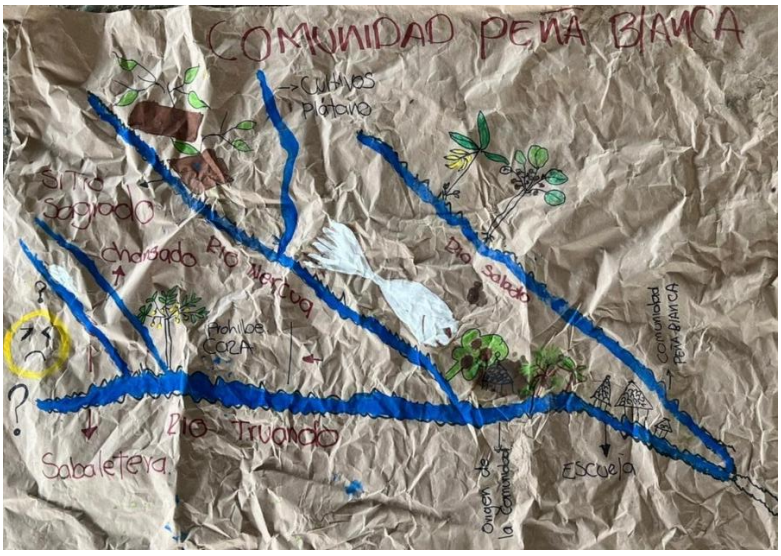
Cartografía Resguardo Resguardo Uva Pogue



Cartografía Resguardo Río Domingodo



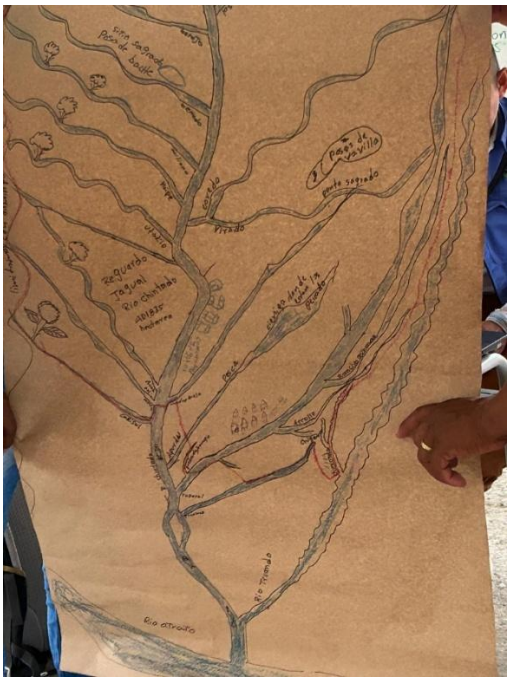
Cartografía Comunidad Peña Blanca



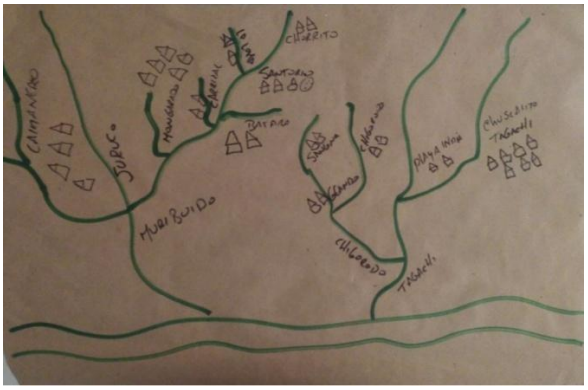
Cartografía Comunidad Quiparado



Cartografía Comunidad Río Salaquí



Cartografía Comunidad Caimaneros de Jampapa



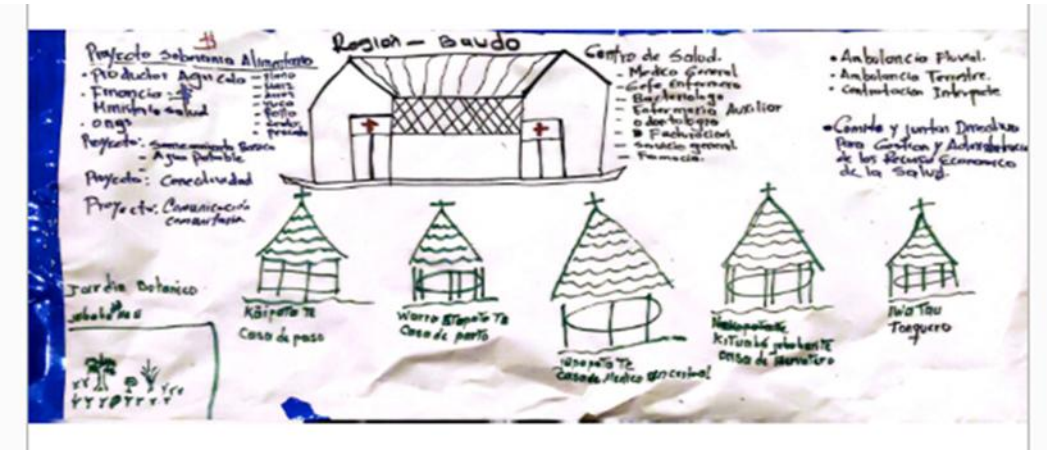
Comunidad Costa Pacífica



Comunidad región Atrato



Comunidad Región Baudó



Marco Conceptual

Ahogado: Esta dolencia es provocada por el espíritu del agua, el Duenara o un Jaibaná que haya causado un daño espiritual a un niño. Otro Jaibaná, o incluso una persona con conocimiento de plantas medicinales, puede curarlo mediante un ritual para recuperar su espíritu, que se cree queda atrapado en el agua. Sus síntomas incluyen sed intensa, diarrea, fiebre, resequedad corporal y desespero.

Alumbramiento y entierro de la placenta: Ritual para proteger el espíritu del recién nacido y mantener su vínculo con la tierra.

Ancestralidad: Conjunto de saberes, prácticas, valores y tradiciones transmitidos de generación en generación, que sustentan la identidad cultural y espiritual de los pueblos indígenas.

Articulación intercultural: Proceso de encuentro, diálogo y cooperación entre los sistemas de salud indígena y el sistema de salud occidental, en condiciones de respeto, equidad y reconocimiento mutuo.

Autonomía: Capacidad de los pueblos indígenas para definir sus propias formas de gobierno, organización social y modelos de atención en salud, de acuerdo con su cosmovisión y derecho propio.

Autonomía en Salud: Derecho de los pueblos indígenas a gestionar, planificar y ejecutar sus propios modelos de atención en salud, de acuerdo con su cultura, territorio y gobierno propio, en articulación con el sistema nacional.

Autoridad indígena: Instancia de gobierno propio (gobernador/a, consejo de mayores, capitanía, cabildo mayor) con competencia para decisiones en salud del territorio.

Baso, cuajo, sangrado: Trastornos tratados con secretos, cantos y plantas medicinales por parte de jaibanás y parteras.

Botiquín vivo: Conjunto de plantas medicinales vivas, cultivadas y protegidas por las comunidades como parte del sistema de salud propia.

Buen vivir: Principio filosófico y político que expresa el equilibrio entre las dimensiones física, espiritual, social y ambiental de la vida, orientando el bienestar colectivo y la armonía con la naturaleza.

Casas de sabiduría ancestral: Espacios comunitarios concebidos como centros de formación, atención y enseñanza espiritual, donde se fortalece la transmisión intergeneracional de los saberes en salud propia.

Ceremonia de primera menstruación: Rito de paso que celebra la transformación de niña a mujer. Enseña a la joven sobre la vida familiar, espiritualidad y valores comunitarios.

Churuata: Vivienda tradicional de forma circular o cónica, construida con materiales naturales como palma, madera y bejucos, utilizada por diversos pueblos indígenas de la Amazonía y la Orinoquía. Además de servir como espacio habitacional, cumple funciones sociales, culturales y espirituales, al ser el centro de encuentro y cohesión comunitaria.

Círculos de palabra: Metodología ancestral de diálogo colectivo que promueve la escucha, la reflexión y el intercambio de saberes en igualdad de condiciones.

Cogida de mano: El doliente siente como si se le prendiera la mano y se quemara.

Cogida de orina: Esta dolencia se manifiesta con dolor al orinar y fuertes molestias en el pene.

Cogida del rastro, cabello o mano: Enfermedades atribuidas a energías o espíritus que “agarran” a la persona. El tratamiento incluye rezos, soplos y baños rituales.

Conocimiento ancestral: Saberes, prácticas y formas de comprensión del mundo desarrolladas por los pueblos indígenas a partir de su relación con la Madre Tierra, la espiritualidad y la experiencia comunitaria.

Consejo de Seguimiento Intercultural: Instancia de vigilancia y evaluación del SISPI, conformada por sabedores, fiscales, autoridades y técnicos indígenas.

Control sociocultural: Mecanismos de evaluación y vigilancia desde las autoridades y comunidades indígenas sobre el funcionamiento del SISPI.

Cosmovisión: Forma integral de entender y relacionarse con el mundo, que abarca dimensiones espirituales, naturales, sociales y culturales. En salud, orienta las prácticas de cuidado y armonía con la vida.

Curandero: Persona con conocimientos espirituales y de herbolaria que trata dolencias físicas o emocionales mediante rituales, rezos y remedios naturales, espirituales, comunitarios y territoriales propios de los pueblos indígenas.

Dearate / Casa de verdad: Espacio ceremonial donde se guarda la palabra mayor, se armoniza el territorio y se toman decisiones colectivas.

Desequilibrio espiritual: Concepto indígena que explica la enfermedad como una ruptura del vínculo entre el ser humano, la naturaleza y los espíritus, más allá de la dimensión física.

Desequilibrio del territorio: Situación que requiere intervención del chamán para restaurar la armonía espiritual y ambiental.

Dinamizadores de salud: Actores comunitarios que promueven el fortalecimiento de los procesos de salud propia, acompañando acciones educativas, preventivas y organizativas en los territorios indígenas.

Dolor en el cuerpo: Produce dolor en las coyunturas, en los huesos, calor interno y se hincha el cuerpo.

Encuentro de saberes: Espacio de diálogo e intercambio entre sabedores tradicionales, médicos ancestrales y actores del sistema de salud, que permite compartir conocimientos, fortalecer prácticas propias y construir acuerdos interculturales.

Enfoque diferencial étnico: Reconocimiento jurídico y operativo de particularidades culturales para garantizar acceso, aceptabilidad y calidad en salud.

Enfoque intercultural: Orientación metodológica que reconoce la diversidad de saberes, lenguajes y cosmovisiones, promoviendo la comunicación horizontal entre culturas.

Enfoque en salud: Principio que busca eliminar las desigualdades injustas y evitables en el acceso, la calidad y los resultados de los servicios de salud entre diferentes grupos poblacionales.

Equilibrio y Armonía: Principio fundamental de la salud indígena. Representa la

relación armónica entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad surge cuando este equilibrio se rompe y el proceso de sanación busca restaurarlo.

Espíritu malo: Esta dolencia se origina por la presencia o el encuentro con un espíritu, lo que puede causar una enfermedad que, si no se trata, puede prolongarse durante largo tiempo y afectar tanto a niños como a adultos. Se manifiesta a través de deseos repentinos de llorar (especialmente durante la noche), impulsos de correr o de salir de la casa sin motivo aparente, y una sensación general de inquietud o desasosiego.

Gobernanza intercultural en salud: Arreglos de coordinación y toma de decisiones entre autoridades indígenas y entidades del SGSSS para planear, ejecutar y evaluar acciones en salud con enfoque diferencial.

Gobierno propio: Estructura de autoridad y toma de decisiones de los pueblos indígenas, basada en sus usos, costumbres y derecho propio.

InfoSISPI: Sistema de Información en Salud Indígena

Interculturalidad: Relación dinámica y respetuosa entre culturas diversas, que promueve el reconocimiento y la interacción equitativa de los saberes indígenas y occidentales en la construcción de políticas y prácticas en salud.

Interculturalidad con equidad: Diálogo de saberes entre medicina ancestral y occidental, en condiciones de respeto, igualdad y complementariedad.

Jaibaná: Médico espiritual y líder del conocimiento ancestral en el Chocó. Se comunica con los espíritus (Jaí) para curar, proteger y armonizar el territorio. Su autoridad abarca la salud física, espiritual y comunitaria.

Ley de origen: Mandato espiritual y político que guía la vida de los pueblos

indígenas, anterior a cualquier norma estatal. Base de la autonomía y el gobierno propio.

Madre Tierra: Entidad viva, sagrada y fuente de toda existencia. Representa el origen y el sustento de la vida, y su equilibrio es indispensable para la salud individual y colectiva. Sanar implica mantener o restaurar la armonía con ella.

Mal de ojo: Afectación causada por una mirada cargada de energía negativa fuerte, debilitando al niño o al adulto. Se trata con plantas, rezos y rituales, aunque se recomienda en los niños protegerlos con prácticas ancestrales. Entre sus síntomas está vomito, diarrea, fiebre y pulsación rápida.

Mal de nacimiento: Una dolencia que produce frio, temblor, diarrea verde e inapetencia, entre sus síntomas se presentan llanto toda la noche, insomnio y a los pies les sale un sarpullido de puntos rojos o morados.

Medicina ancestral: Sistema de conocimientos, prácticas y rituales transmitidos por los sabedores tradicionales, orientados al equilibrio espiritual, físico y comunitario. Se fundamenta en la armonía entre el ser humano, la naturaleza y el territorio.

Médico tradicional: Sabedor reconocido por su comunidad por sus profundos conocimientos ancestrales sobre la salud, la enfermedad y la sanación, fundamentados en la experiencia, la espiritualidad y la tradición oral. Es una de las figuras más importantes dentro de la comunidad y puede ser hombre o mujer. Posee la capacidad de comunicarse con los Jaís mediante ceremonias que incluyen cantos y el uso de diversos instrumentos. Su labor consiste en curar a los enfermos, ya sea en el plano físico, espiritual o mental, empleando plantas medicinales de acuerdo con las necesidades del paciente o las

indicaciones del Jaí.

Mesas técnicas permanentes: Espacios formales y periódicos de concertación SISPI – SGSSS con agenda, responsables, actas y seguimiento.

Minga: Trabajo colectivo con sentido ritual, comunitario y político. En el SISPI, también se refiere a encuentros de planeación, sanación o formación.

Mortalidad materna: Indicador de salud pública que mide el número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, reflejando las inequidades estructurales en el acceso a servicios de salud.

Objeción cultural: Derecho de los pueblos indígenas a rechazar cualquier práctica, norma o intervención que atente contra su pervivencia espiritual, cultural o territorial.

Ojo del pelo: A la persona se le cae el pelo y presenta fuerte dolor de cabeza.

Partera: Mujer sabia en el acompañamiento del embarazo, parto y posparto. Usa plantas medicinales, rituales y consejos espirituales para proteger la vida de la madre y del recién nacido.

Partería tradicional: Práctica ancestral ejercida por mujeres sabedoras que acompañan el ciclo reproductivo, el parto y el cuidado del recién nacido desde una visión espiritual, natural y comunitaria.

Pega hueso: Sabedor encargado de acomodar y soldar huesos fracturados con plantas medicinales y secretos tradicionales.

Pervivencia cultural: Capacidad de los pueblos indígenas para mantener, revitalizar y transmitir sus tradiciones, saberes y valores, asegurando la continuidad de su identidad y su relación armónica con el territorio.

Pujo: Dolor o malestar abdominal, común en niños. Se cura con plantas

medicinales, masajes y oraciones.

Pujón: Esta afección puede producirse por una inadecuada cicatrización o curación del ombligo, o por la forma en que este fue cortado al nacer. También puede estar relacionada con el estado físico o espiritual de la partera en el momento del parto. Se manifiesta a través de retorcijones en el cuerpo, llanto constante, esfuerzo excesivo al moverse y sangrado en la zona del ombligo.

Registro Único Intercultural: Base de datos legítima que identifica a sabedores, cuidadores, usuarios y autoridades, construida desde el territorio y validada por las comunidades.

Rezandero: Sabedor que mediante oraciones, rezos y rituales restablece la armonía espiritual de las personas y de la comunidad frente a las enfermedades o desequilibrios.

Rezos por la comida: Práctica cotidiana de agradecimiento y purificación de los alimentos antes de consumirlos.

Ritual: Práctica espiritual y comunitaria mediante la cual se honra a los espíritus, se restaura el equilibrio y se fortalecen los vínculos con la naturaleza. Tiene un valor terapéutico, simbólico y educativo dentro de los sistemas de salud propios.

Saber ancestral: Conocimiento acumulado por los pueblos indígenas sobre la vida, la salud, la naturaleza y la espiritualidad, construido a través de la experiencia y la tradición oral.

Sabedores tradicionales: Guías espirituales, médicos tradicionales, parteras y curanderos reconocidos por la comunidad por su conocimiento en el manejo de enfermedades físicas, emocionales y espirituales.

Salud propia: Concepto de salud fundamentado en la cosmovisión indígena, donde el bienestar depende del equilibrio entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad, la naturaleza y el territorio. Incluye prácticas curativas, rituales y conocimientos transmitidos por los sabedores.

Salvaguardas de saberes: Reglas y protocolos para proteger propiedad intelectual colectiva, confidencialidad y uso de conocimientos tradicionales.

Servicios de salud integrales: Atención en salud que ofrece un conjunto continuo y coherente de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, articulados según las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo de vida.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Conjunto de entidades, normas y procedimientos que garantizan la prestación de servicios de salud a la población en Colombia.

Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI): Modelo de salud construido por los pueblos indígenas, basado en sus saberes, prácticas y sistemas tradicionales, en articulación con el sistema nacional de salud, para garantizar el derecho a la salud con pertinencia cultural.

Sitios sagrados: Espacios naturales donde se realizan rituales para limpiar, armonizar y proteger el territorio.

Sobandero: Sanador que aplica técnicas manuales para aliviar lesiones musculares, contracturas o fracturas leves. Utiliza ungüentos, plantas medicinales y rezos.

Soberanía alimentaria: Derecho y práctica de los pueblos para producir, consumir y preservar sus alimentos tradicionales como la yuca, el plátano y el pescado,

considerados también medicina preventiva.

Susto o espanto: Pérdida del equilibrio espiritual causada por un evento de miedo o sorpresa. Se cura con oraciones, soplos y baños.

Territorio: Espacio físico, espiritual y simbólico donde los pueblos indígenas desarrollan su vida comunitaria, sus prácticas culturales y su relación con la naturaleza.

Tonguero: Persona encargada de preparar remedios tradicionales a base de plantas y productos naturales. Su saber está ligado al territorio, la biodiversidad y la transmisión oral.

Transmisión oral: Método tradicional mediante el cual los mayores enseñan sus saberes a las nuevas generaciones a través de la palabra, los relatos, los cantos y los rituales.

UFISISPI: Unidad de Financiación Integral del SISPI. Fondo soberano administrado por Gobierno Mayor, con trazabilidad intercultural y aval comunitario.

Veedor de orina: Sabedor que diagnostica enfermedades mediante la observación directa de la orina, sin instrumentos médicos.

Vejez: Momento de reconocimiento y respeto. Las personas mayores son portadoras de la sabiduría ancestral, consejeros y garantes de la memoria cultural y espiritual del pueblo.

Yerbatero: Conocedor de las propiedades curativas de las plantas. Indica dosis, formas de preparación y administración según la dolencia.

Listado de tablas

Tabla 1. Componentes del SISPI

Tabla 2. Actividades clave.

Tabla 3. Productos Generados (Producto 2, 3, 4, 5, 6)

Tabla 4. Roles, funciones y niveles de autoridad

Tabla 5. Departamento del Chocó

Tabla 6. Costos estimados de fortalecimiento (plantilla)

Tabla 7. Metas e indicadores (12 meses)

Tabla 8. Costos estimados de fortalecimiento (plantilla)

Tabla 9. Metas e indicadores (12 meses)

Tabla 10. Instrumentos jurídicos y modelos de acuerdo

Tabla 11. Marco de monitoreo y evaluación (M&E) con enfoque intercultural

Tabla 12. Estructura de gobierno en salud (detalle)

Tabla 13. Costos detallados (estimación CAPEX/OPEX)

Tabla 14. Indicadores e hipótesis de resultado

Tabla 15. Enfoque territorial

Tabla 16. Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Tabla 17. La medicina ancestral un trabajo colectivo con el entorno

Tabla 18. Principales riesgos que enfrentan los sabedores y sabedoras ancestrales

Tabla 19. Necesidades prioritarias de los sabedores y sabedoras ancestrales

Tabla 20. Infraestructura o Espacios Culturales en salud del Departamento del Chocó

Tabla 21. Riesgo en la salud relacionados con determinantes.

Tabla 22. Prevalencias más altas de desnutrición aguda, según categoría de municipio por número de habitantes, Colombia, 2024

Tabla 23. Matriz de rutas de aseguramiento (24 Meses)

Tabla 24. Factores determinantes de la desarmonización espiritual y la salud mental en pueblos indígenas del Chocó

Tabla 25. Actores y responsabilidades

Tabla 26. Matriz de Rutas de Salud Sexual y Reproductiva

Tabla 27. Componentes del Modelo

Tabla 28. Ruta de implementación con plazos

Tabla 29. Cuadro de resumen comparado

Tabla 30. Morbilidad Chocó

Tabla 31. Mortalidad Chocó

Tabla 32. Subregiones del Chocó

Tabla 33. Desarmonías prevalentes Chocó

Tabla 34. Ciclo de Vida con Desarmonías y Equilibrios – Chocó

Tabla 35. Actores en salud desde lo propio para el Chocó

Tabla 36. Rol de los actores

Tabla 37. Actores en salud occidental relevantes para el territorio

Tabla 38. Fortalecimiento talento humano

Tabla 39. Compilación de Estructuras Organizativas Propias

Tabla 40. Tipo de Estructura Organizativa Propia Departamento del Chocó

Tabla 41. Necesidades de formación propia y complementaria.

Tabla 42. Procesos de investigación priorizados

Tabla 43. Estrategias de desarrollo del conocimiento

Tabla 44. Hallazgos

Tabla 45. Necesidades

Tabla 46. Riesgos

Tabla 47. Estrategias

Tabla 49. Resultados esperados

Tabla 50. Hallazgos

Tabla 51. Necesidades

Tabla 52. Riesgos

Tabla 53. Estrategias

Tabla 54. Resultados esperados

Tabla 55. Hallazgos

Tabla 56. Necesidades

Tabla 57. Riesgos

Tabla 58. Estrategias

Tabla 59. Resultados esperados

Tabla 60. Hallazgos

Tabla 61. Necesidades

Tabla 62. Riesgos

Tabla 63. Estrategias

Tabla 64. Resultados esperados

Tabla 65. Hallazgos

Tabla 66. Necesidades

Tabla 67. Riesgos

Tabla 68. Estrategias

Tabla 69. Resultados esperados

Tabla 70. Matriz Integrada De Fases De Implementación Chocó

Tabla 71. Acción 1. Activación del proceso comunitario y espiritual

Tabla 72. Acción 2. Primer vínculo intercultural entre medicina ancestral y occidental

Tabla 73. Acción 3. Reconocimiento normativo del médico tradicional

Tabla 74. Implementación plena del Modelo de Salud Propia e Intercultural

Tabla 75. Matriz de Implementación – Componente PolíticoOrganizativo del SISPI

Tabla 76. Corto plazo (0–12 meses): Activación comunitaria y diseño participativo

Tabla 77. Mediano plazo (12–36 meses): Implementación formativa y generación de conocimiento

Tabla 78. Largo plazo (36+ meses): Sostenibilidad y consolidación del modelo

Tabla 79. Matriz de implementación – por fases y plazos

Tabla 80. Estrategias, actividades e instrumentos

Tabla 81. Matriz de responsabilidades

Listado de Imágenes y gráficos

Imagen 1. Reuniones fase Alistamiento

Imagen 2. Encuentro de Sabedores en Bogotá

Imagen 3. Mesas Técnicas Nacionales

Imagen 4. Encuentros de Retroalimentación y Ajuste Chocó

Imagen 5. Reunión Nacional de Articulación

Imagen 6. Reunión de cierre y socialización

Imagen 7. Mapa político de Chocó

Imagen 8. Calendario ecológico Chocó

Imagen 9. Planta de Choyo Payita para prevención y curación salud oral

Imagen 10. Caracterización de sabedores ancestrales Chocó

Imagen 11. Actores generales del modelo de salud propio e intercultural

Imagen 12. Cronograma

Imagen 13. Plan de trabajo

Gráfico 1. Distribución de la población total de Chocó a 2023

Gráfico 2. Cobertura de servicios básicos en Chocó