Documento Técnico Final

Modelo de salud indígena propio e intercultural

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

Territorios indígenas del Departamento del Vichada 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

José Joaquín Conde

Christiand Abraham Pedroza

Marco Leonardo Parga

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 y Vichada, 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 Vichada

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 25
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 57

Fases Del Proceso De Diseño 60

El proceso del diseño del modelo se desarrolló en dos fases: 60

Fase I – Contexto general del pueblo indígena 60
Caracterización sociocultural 60
Análisis de la situación en salud desde lo propio e institucional 82
Fase II: Construcción de contenidos y plan de acción para la implementación del SISPI 235
Componente de cuidado de salud propia e intercultural 235
Eje De Planeación 241
Eje De Implementación 243
. 244
Eje De Evaluación 246

Eje De Coordinación 248
Componente de Sabiduría ancestral 253
Componente Político - Organizativo 267
Componente De Formación, Capacitación, Generación Y Uso Del Conocimiento En Salud 284
Componente de administración y gestión 292
Propuesta Costos Modelos SISPI Vichada 323
Desarrollo financiero por criterio 325
Marco Metodológico 345

Fases 346
Fases estratégicas 346
Estrategias por componente del SISPI 347
Técnicas e instrumentos transversales 347
Población 348
Los Planes de Vida como Instrumentos de Planificación Estratégica 350
Perspectiva de Mediano y Largo Plazo (Fases) 351
Plan de trabajo y cronograma 352
..... 354
Seguimiento y monitoreo 356
Archivo y Custodia de la Información 357
Reporte de Resultados y Avances 357
Recomendaciones 360

Conclusiones 368

Componente Sabiduría ancestral 368
Componente Cuidado de salud propia e intercultural 370
Componente Político – organizativo 372
Componente Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud 374
Componente Administración y gestión 376
Referencias bibliográficas 378

Anexos 393

Muestra Instrumento técnico consolidado de recolección de información 393
“Saberes, prácticas ancestrales y sistemas de salud propia e intercultural” 393
Cartografía 400
Vichada 400
Marco Conceptual 405

Listado de tablas 415
Listado de Imágenes 420
Listado de Gráficos..... 421

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 Vichada, 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 el territorio del Vichada 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 Vichada, 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 Vichada se consolida como territorio 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 y Vichada 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 Vichada, la situación se complejiza por la amplia dispersión geográfica de las comunidades y la falta de vías adecuadas, por ejemplo, Cumaribo, el municipio más extenso del país, enfrenta condiciones de transporte que elevan los costos de desplazamiento y afectan la continuidad de la atención en salud. La capacidad hospitalaria es limitada y persisten muertes prevenibles por desnutrición infantil, que han recibido amplia atención nacional e internacional. A esto se suman riesgos de salud asociados al tránsito fronterizo y a la presión de economías ilegales sobre los territorios.

Asimismo, Chacón et al. (s. f.) destacan al departamento del Vichada como un territorio donde las poblaciones rurales dispersas enfrentan retos estructurales para acceder al derecho a la salud dentro de sus propios sistemas comunitarios. Estas realidades subrayan la urgencia de avanzar hacia respuestas que vayan más allá de la atención asistencial, fortaleciendo la capacidad de los pueblos indígenas

para gestionar su propia salud, revitalizar su conocimiento ancestral y articularlo de manera efectiva con el sistema institucional.

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) Político-organizativo (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 Vichada se valora profundamente la biodiversidad y se expresa preocupación por la pérdida de prácticas espirituales. Aunque cada territorio tiene prioridades distintas, el territorio es el corazón mismo de su sistema de salud. Normas como la Resolución 1182 de 2025 han permitido integrar estas perspectivas, fortaleciendo la armonización espiritual, la protección del territorio y la soberanía alimentaria.

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 Vichada, 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 T-380 de 1993: La Sentencia T-380 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 EPS-I 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 T-254 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 191 de 1995: Zonas de Frontera, define un régimen especial para departamentos fronterizos como Vichada. Apoya la territorialización del SISPI al permitir modelos diferenciados por condiciones geográficas, culturales y sanitarias.

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 SU-039 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 T-760 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 T-973 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 2012-2021, 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 T-357 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 T-302 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 SU-123 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) 2012-2021.

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 2022-2031 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 T-128 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 T-082 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 T-420 de 2025: Ampara los derechos fundamentales a la vida, la salud, el agua potable y la alimentación de niñas y niños indígenas del Vichada, 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 Vichada, 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 Vichada, 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 Vichada, 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 Vichada, 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 Vichada.

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 evidenciaron problemáticas estructurales persistentes, como alto riesgo epidemiológico (Malaria, Tuberculosis) y alta prevalencia de enfermedades digestivas y precariedad crítica del saneamiento básico en Vichada, 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.

Vichada: Alta prevalencia de enfermedades digestivas e intestinales, especialmente en la niñez, vinculadas al déficit de saneamiento básico y falta de agua potable.

La limitada capacidad del sistema institucional obliga a

los pueblos a sostener sus propios sistemas de cuidado.

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. MSPS-2157-2025, 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 IT2-50 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 Vichada, 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. MSPS-2157-2025 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 Vichada



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.

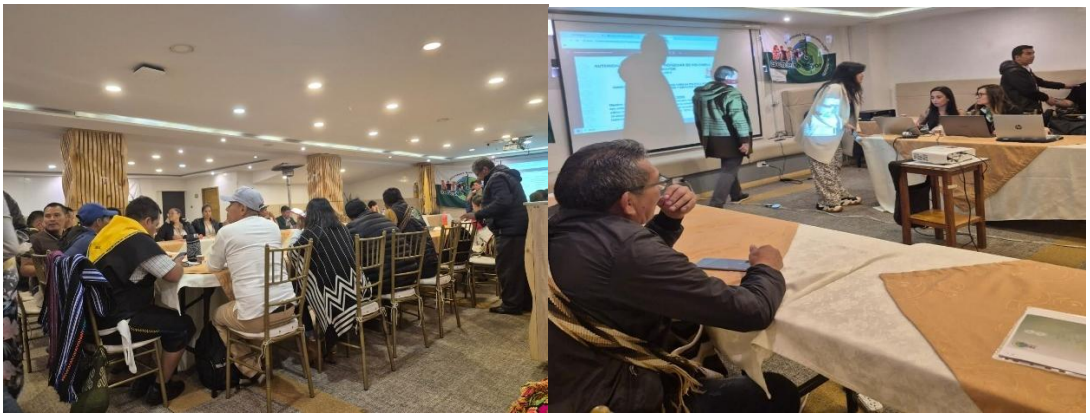
Encuentros de Retroalimentación y Ajuste Vichada



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 y Procesos Nacionales



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.

Tabla 3.

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 Vichada.

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 político-administrativo, 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 Vichada viven, sienten y practican la salud. Gracias al Convenio No. 079-2022 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 socio-territoriales y las capacidades comunitarias de los pueblos indígenas en el departamento del Vichada, 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.

Vichada.

El departamento del Vichada es un territorio de sabanas abiertas, ríos extensos y selvas de transición donde la vida se ha sostenido, por siglos, gracias al

conocimiento profundo que los pueblos indígenas han construido sobre la naturaleza, la espiritualidad y la convivencia comunitaria. En este territorio habitan los pueblos Sikuani, Piaroa, Piapoco, Curripaco, Saliva, Amorúa, Kuiba, Mapayerri, Wannabe y Puinave, quienes, aunque comparten una visión común del mundo basada en el equilibrio y el respeto por la vida, conservan expresiones culturales propias que los identifican y diferencian.

Los pueblos indígenas del Vichada, con su rica diversidad cultural, mantienen una visión de la vida que trasciende la existencia individual y se enfoca en el bienestar colectivo y la armonía con el mundo natural. A través de sus danzas, arte, vestimenta, vivienda, y, sobre todo, su lenguaje y cosmovisión, estos pueblos nos enseñan que la salud es más que la ausencia de enfermedad: es un estado de equilibrio profundo entre el cuerpo, el espíritu, la comunidad y el entorno.

Para estas comunidades, la tierra no es un recurso a explotar, sino un ente vivo que debe ser respetado y cuidado. Este respeto se manifiesta en su relación con el medio ambiente, en sus rituales, en la protección de su biodiversidad y en la forma en que gestionan los recursos naturales. El territorio es un cuerpo que siente y se comunica. Las sabanas, los ríos Orinoco, Meta y Vichada, los morichales y los bosques de galería no solo alimentan, sino que enseñan. Es así como la sabana marca los tiempos de siembra y descanso, el río se convierte en camino, alimento y espacio espiritual y el monte guarda a las plantas, los espíritus y los saberes.

La espiritualidad no es una dimensión aislada, sino que permea todos los aspectos de la vida cotidiana. La salud se entiende como un equilibrio integral que involucra el cuerpo físico, el espíritu, la vida comunitaria y el respeto por el entorno natural. Las prácticas curativas de estos pueblos se basan en conocimientos

ancestrales transmitidos oralmente, que incluyen el uso de plantas medicinales, rituales, cantos, rezos y ceremonias para restaurar la armonía y prevenir las enfermedades. La figura del sabedor o médico tradicional es clave en este proceso, pues se considera el guardián de los conocimientos espirituales y curativos.

En el Vichada, el conocimiento se transmite de manera oral, a través de:

- La palabra de los mayores.
- Los relatos de origen.
- La observación de la naturaleza.
- La participación en rituales y prácticas comunitarias.
- Los niños aprenden escuchando y acompañando porque la cultura se vive, no se memoriza.

La vestimenta tradicional de los pueblos indígenas del Vichada es funcional, adaptada a las condiciones del entorno y a sus costumbres. Aunque muchos pueblos han incorporado elementos de la vestimenta occidental, las prendas tradicionales siguen siendo utilizadas, especialmente en contextos ceremoniales o culturales. Los materiales con los que se confeccionan varían según el pueblo, pero en su mayoría se utilizan fibras naturales provenientes de plantas locales. Los Sikuani, por ejemplo, elaboran vestimenta con fibras vegetales que protegen del calor y la humedad del ambiente selvático, mientras que los Piapoco utilizan materiales de la región para confeccionar sus taparrabos y adornos.

Las viviendas, llamadas generalmente malocas, son estructuras comunitarias adaptadas al clima de la región. Estas construcciones están diseñadas para alojar a varias familias y tienen un carácter colectivo, fomentando la convivencia y el trabajo conjunto. Las viviendas varían en tamaño y forma, pero generalmente son

construcciones abiertas, ventiladas, con techos de palma y paredes de materiales naturales como caña brava, que permiten la circulación de aire y la protección contra las lluvias. En muchos pueblos, las viviendas también están orientadas según principios espirituales, con un diseño que refleja la conexión entre el ser humano y los elementos de la naturaleza.

En cuanto a las expresiones artísticas, las danzas son una manifestación cultural esencial que acompaña las ceremonias espirituales, las celebraciones y los momentos importantes de la vida, es un medio para conectar con los espíritus, mantener la memoria colectiva y fortalecer los lazos comunitarios. Las danzas suelen estar acompañadas por cantos, instrumentos musicales y ritmos que varían entre las diferentes comunidades, pero todas tienen un componente simbólico profundo.

El arte de estos pueblos se refleja en la pintura corporal, la cestería, la elaboración de instrumentos musicales y la creación de objetos utilitarios que, además de cumplir con una función práctica, están imbuidos de significados espirituales. Las artesanías que producen estos pueblos incluyen cestas, canastos, utensilios de cocina, y objetos rituales elaborados con materiales naturales como fibras vegetales, maderas y arcillas, cada uno de los cuales lleva consigo historias, mitos y conocimientos ancestrales.

La lengua es otro de los pilares fundamentales de la identidad de los pueblos indígenas del Vichada. Cada comunidad conserva su lengua como un medio esencial de transmisión de conocimiento, historia, normas y sabiduría ancestral. El sikuani, el piaroa, el piapoco, el curripaco, entre otras lenguas, son vehículos vivos que permiten a estos pueblos comunicarse con el mundo espiritual, narrar mitos,

cantar sus historias y transmitir conocimientos de una generación a otra.

En el corazón de su cosmovisión está la idea de que la vida es un ciclo continuo de interconexiones: entre los humanos, los espíritus, los animales, las plantas y el territorio.

Aspectos territoriales.

Vichada. Es uno de los departamentos más extensos de Colombia, ubicado en la región de la Orinoquía, en el extremo oriental del país, limitando al norte con Venezuela, al oriente con Guainía, al sur con Guaviare y Vaupés, y al occidente con el Meta. Su capital es Puerto Carreño, a orillas del río Orinoco que lo conecta comercialmente con Venezuela. Extensión territorial: 100.242 km², siendo el segundo departamento más grande del país, pero también uno de los menos poblados por su dispersión poblacional y las condiciones geológicas específicas.

Imagen 8.

Mapa político de Vichada



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia, departamento de Vichada.

Su geografía abierta, marcada por amplias sabanas, ríos imponentes y zonas

de transición entre selva y llanura, ha sido el escenario ancestral de múltiples pueblos indígenas que han aprendido a vivir en estrecha relación con los ciclos de la naturaleza.

Se caracteriza por grandes distancias entre comunidades, con asentamientos dispersos y de difícil acceso, donde la movilidad depende en gran medida de los ríos y de vías terrestres en condiciones variables. Esta configuración territorial ha influido profundamente en las formas de vida, organización comunitaria y acceso a servicios básicos, incluida la salud, especialmente para las comunidades indígenas que habitan zonas rurales y de frontera.

Este departamento hace parte de la gran cuenca del Orinoco y presenta una diversidad de ecosistemas propios de la Orinoquía colombiana. Su clima es cálido, con estaciones marcadas de verano y lluvias, que determinan los ciclos de siembra, pesca, caza y movilidad de las comunidades. Su geografía esta compuesta por:

- Sabanas de la Orinoquía: La mayor parte del territorio está conformada por sabanas naturales, planas y extensas, interrumpidas por morichales y caños. Estos ecosistemas son fundamentales para la vida indígena, pues proveen alimentos, plantas medicinales, fibras y espacios de caza y recolección.
- Ríos y sistemas hídricos: Cuenta con una red hídrica de gran importancia, encabezada por el río Orinoco y sus afluentes, como los ríos Meta, Vichada, Tomo, Tuparro y Bita. Estos ríos son verdaderas vías de comunicación y sustento para las comunidades, además de espacios sagrados donde habitan espíritus protectores. La pesca, el transporte fluvial y los rituales están estrechamente ligados a estos cuerpos de agua.

- Bosques de galería y zonas de transición: A lo largo de los ríos y caños se desarrollan bosques de galería que cumplen una función vital para la regulación ambiental y la biodiversidad. Estos espacios son ricos en fauna y flora, y en ellos se concentran muchas de las plantas medicinales utilizadas por los pueblos indígenas para el cuidado de la salud.
- Áreas protegidas: Alberga áreas de gran valor ecológico como el Parque Nacional Natural El Tuparro, uno de los más importantes del país, reconocido por sus paisajes de sabana, selva y formaciones rocosas, así como por su biodiversidad y su valor cultural para los pueblos indígenas. Estos territorios protegidos coinciden, en muchos casos, con espacios sagrados y rutas ancestrales.

En el caso del Vichada, el desplazamiento es principalmente terrestre. Desde Bogotá hasta Puerto Gaitán existe una carretera pavimentada, sin embargo, a partir de ese punto los trayectos se realizan por vías destapadas y terraplenes, que se vuelven intransitables durante la temporada de lluvias. Las precipitaciones generan condiciones riesgosas, ya que los caminos de sabana se llenan de barro, impidiendo distinguir los bajos (zonas irregulares del terreno), lo que ocasiona que los vehículos se entierren o derrapen.

La zona urbana de Cumaribo se constituye en un punto central por su ubicación dentro del departamento, siendo accesible tanto por vía fluvial como terrestre. Hacia el oriente se encuentra Santa Rita, un centro poblado de gran importancia para las comunidades indígenas por su cercanía y por la disponibilidad de algunos servicios básicos y recursos. En este territorio, los tiempos de desplazamiento pueden oscilar entre una hora y hasta cuatro días, dependiendo del

medio de transporte utilizado, así como de la disponibilidad de recursos para cubrir los trayectos, que se pueden realizar en camioneta, motocicleta e incluso a pie.

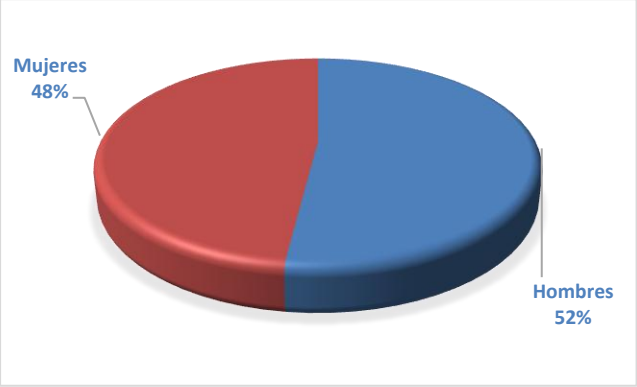
Aspectos demográficos y poblacionales.

Vichada. Cuenta con una población total de 125.477 habitantes, la mayoría de la población se concentra en las cabeceras municipales de Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo, siendo este último, el municipio más extenso de Colombia y el más representativo para el departamento en términos de presencia de pueblos indígenas. Puerto Carreño la capital, puerto fluvial sobre el río Orinoco facilita la comunicación y el intercambio comercial con Venezuela.

Distribución de la población.

Gráfico 1.

Distribución por género en Vichada



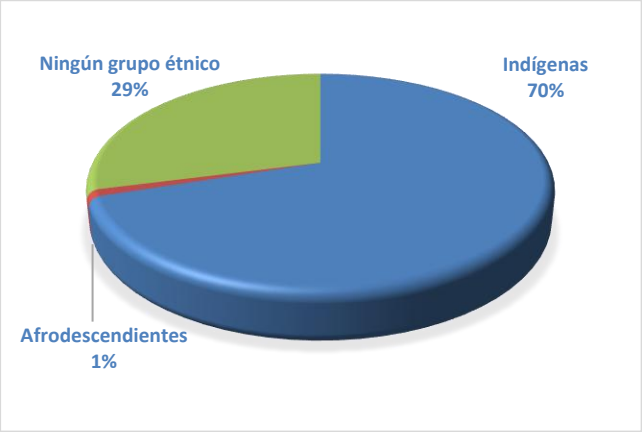
Nota: Elaboración propia.

Densidad Poblacional. 1,3 hab/km² (alta dispersión poblacional)

Población Migrante. 95.158 (5,8 % afiliados a seguridad social)

Gráfico 2.

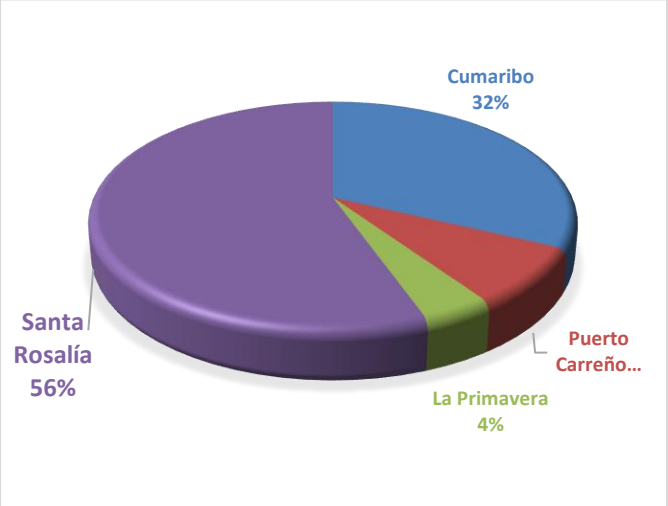
Composición étnica en Vichada



Nota: Elaboración propia.

Gráfico 3.

Distribución poblacional por municipio en Vichada



Nota: Elaboración propia.

El departamento del Vichada posee una alta dispersión geográfica, gran proporción de población indígena y migrante. Esto implica retos logísticos para la atención en salud, educación y servicios públicos. Una característica fundamental del departamento es la presencia de diversos pueblos indígenas, que constituye cerca de la tercera parte de su población. En el Vichada habitan pueblos como los Sikuani, Piapoco, Amorúa, Sáliba, Puinave, Piaroa, entre otros, distribuidos en resguardos que representan una parte significativa del territorio.

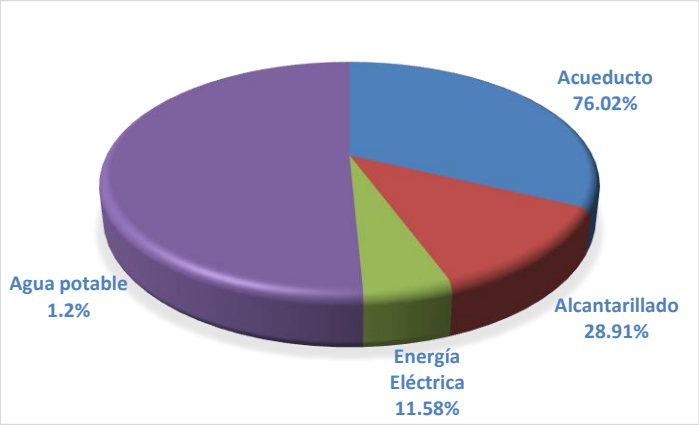
Principales Pueblos Indígenas Presentes En El Territorio Filiales A Gobierno Mayor.

- Mapayerris
- Piaroa
- Puinave
- Sikuani
- Amorúa
- Piapoco
- Piratapuyo
- Warakena
- Cubeo
- Sáliba

Condiciones de vida y trabajo. La economía del Vichada se sustenta principalmente en la ganadería extensiva, la agricultura de subsistencia, la pesca y, en menor medida, el comercio transfronterizo. En años recientes, se ha promovido la expansión de cultivos comerciales como arroz, palma de aceite y soya, lo que ha generado tensiones con los modos tradicionales de vida indígena y campesina, así como impactos ambientales en sabanas y bosques por las características propias de los monocultivos.

Gráfico 4.

Cobertura de servicios públicos en Vichada



Existe una alta incidencia de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Bajas coberturas de saneamiento básico y servicios públicos → determinantes sociales negativos para la salud pública. Riesgo elevado de enfermedades infecciosas.

Aspectos de estructuras propias de salud.

Las estructuras propias de salud no constituyen un subsistema asistencial separado, sino que hacen parte del sistema Político-organizativo indígena, articulándose directamente con las autoridades tradicionales, los mecanismos comunitarios de decisión y los procesos de pervivencia cultural.

Vichada. El departamento del Vichada presenta una realidad sociocultural y territorial profundamente distinta a la del Chocó. Se trata de un territorio extenso, con alta dispersión poblacional, múltiples pueblos indígenas —entre ellos Sikuani, Piaroa, Curripaco, Sáliba, Amorúa, Kuiba y otros— y dinámicas de movilidad permanente asociadas al territorio, los ciclos productivos y las relaciones interétnicas. El acceso limitado a infraestructura y servicios básicos ha condicionado históricamente la forma en que se organiza el cuidado de la salud.

En este contexto, la salud se concibe como un proceso estrechamente ligado a la itinerancia, la autonomía comunitaria y la adaptación constante a las condiciones del entorno. Las formas propias de cuidado no dependen de

infraestructuras fijas ni de esquemas administrativos rígidos, sino de redes comunitarias flexibles y profundamente territorializadas.

Estructuras propias de salud: composición y funcionamiento. El eje central del sistema de salud propia en el Vichada es la figura del tsamani, reconocido como médico ancestral y orientador espiritual. El tsamani realiza diagnósticos integrales que consideran aspectos físicos, espirituales y territoriales, orienta el manejo de enfermedades propias y comunes, y define cuándo y cómo se articula con el sistema institucional. Su ejercicio se desarrolla en red con parteras tradicionales, sobadores, conocedores de plantas medicinales, familias y clanes, conformando sistemas de cuidado comunitario que operan a nivel local y por resguardo.

El conocimiento ancestral en el Vichada se transmite principalmente de manera oral, vivencial y práctica, lo que exige modelos de salud que respeten estas formas de aprendizaje y ejercicio del saber, así como los tiempos comunitarios y territoriales.

Las estructuras organizativas propias incluyen asambleas comunitarias como máxima autoridad, consejos de autoridades indígenas por pueblo y espacios de concertación interétnica que permiten coordinar acciones en un territorio caracterizado por la diversidad cultural. De igual forma, existen comités comunitarios de salud que cumplen funciones de seguimiento y apoyo operativo, adaptadas a la dispersión geográfica y a las dinámicas de movilidad propias del departamento.

Relación con el SGSSS y la red pública de servicios de salud. La relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Vichada enfrenta desafíos estructurales significativos asociados a las grandes distancias, la escasa

presencia institucional, la limitada infraestructura y las dificultades de transporte. Estas condiciones han generado barreras persistentes para el acceso efectivo a los servicios de salud.

Frente a esta realidad, el SISPI propone un modelo diferenciado que prioriza la atención extramural e itinerante, el fortalecimiento del transporte intercultural y el reconocimiento operativo del rol del tsamani dentro de las estrategias de atención primaria intercultural. La articulación con la red pública se concibe de manera flexible, adaptada a las condiciones del territorio, a la movilidad comunitaria y a los tiempos propios de los pueblos indígenas.

Articulación del SISPI con otros procesos propios e institucionales. El SISPI en el Vichada se articula con los Planes de Vida de los pueblos indígenas, los procesos de soberanía alimentaria, las estrategias de protección territorial y los comités comunitarios de mujer y familia. En este departamento, la salud no solo cumple una función asistencial, sino que se convierte en una estrategia de presencia organizativa y de fortalecimiento del gobierno propio indígena en un territorio históricamente marginado.

Estructura del equipo de diseño del SISPI. El proceso de diseño del SISPI en el Vichada ha sido liderado por una estructura intercultural conformada por autoridades indígenas interétnicas, un equipo técnico con enfoque territorial y una red de tsamanis y sabedores que garantizan la coherencia cultural del modelo. Esta estructura permite responder a las particularidades del territorio y construir un modelo viable, legítimo y sostenible.

La caracterización del Vichada evidencia que no es posible aplicar esquemas estándar de atención ni modelos administrativos convencionales. La garantía del

derecho a la salud en este departamento requiere reconocer al SISPI como el eje central del sistema, adaptar los mecanismos de financiación a la dispersión territorial y asumir que la atención debe ser móvil, comunitaria, espiritual y culturalmente pertinente.

Orientaciones para la implementación del SISPI.

La caracterización sociocultural y organizativa desarrollada para el departamento del Vichada evidencia que, si bien el territorio comparte el reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) como una política de Estado orientada a garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, las condiciones territoriales, culturales, organizativas y operativas en cada departamento son sustancialmente diferentes. Estas diferencias no son accesorias ni de forma, sino estructurales, y determinan la manera en que el SISPI debe ser comprendido, diseñado e implementado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Por su parte, el Vichada presenta una realidad diferente, marcada por la dispersión geográfica, la movilidad permanente de las comunidades, la diversidad interétnica y la limitada presencia institucional del Estado. En este territorio, el sistema de salud propia se organiza a partir de redes comunitarias flexibles, en las que la figura del tsamani cumple un rol central como orientador del cuidado integral de la salud. La atención se desarrolla principalmente de manera itinerante, comunitaria y territorializada, lo que hace inviable la aplicación de modelos de atención basados en infraestructura fija, esquemas administrativos rígidos o rutas estándar de prestación de servicios. En el Vichada, el SISPI se constituye como el eje principal —y en muchos casos el único— mecanismo real de garantía del

derecho a la salud, por lo que su implementación exige del Ministerio una comprensión profunda de las dinámicas de movilidad, los tiempos comunitarios y las limitaciones estructurales del territorio.

El análisis comparativo permite concluir que el SISPI no puede implementarse como un modelo uniforme ni replicable de manera idéntica en todos los territorios indígenas. Vichada requiere un sistema, sustentado en principios comunes —autonomía, interculturalidad, complementariedad, gobierno propio y enfoque territorial—, pero con desarrollos operativos, administrativos y financieros claramente diferenciados. En el Vichada, el foco debe centrarse en la flexibilidad operativa, la atención extramural e itinerante, el reconocimiento funcional de los sabedores ancestrales y la adaptación de los mecanismos de financiación a la dispersión territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social, plantea una orientación clara: la implementación del SISPI exige abandonar enfoques homogéneos y adoptar decisiones diferenciadas por territorio, que reconozcan las particularidades socioculturales, organizativas y geográficas de cada departamento. 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 Vichada 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.	Técnico-operativo
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 Vichada

Pueblo indígena	Estructura de gobierno en salud	Instancias de decisión	Ruta de articulación SGSSS

Sikuani	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Piaroa	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Mapayerri	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Wannabe	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Kuibas	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Aburuba	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Sáliba	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Piapoco	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Amorúa	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal
Curripaco	Cabildo/Consejo; Red de sabedores; IPS/estructura propia	Asamblea; Comité de salud; Consejo	Mesas de concertación; EPSI/IPS; Dptal/Municipal

Nota: Elaboración propia.

Tabla 6.

Niveles de organización

Aspecto	Vichada
Nivel organizativo	En desarrollo, basado en capitanías

Autoridad principal	Capitán tradicional y Consejo de Sabedores
Rol espiritual	Médicos tradicionales y curanderos
Participación en salud	Baja, con presencia ocasional en mesas
Necesidad principal	Fortalecimiento institucional y formación técnica
Propuesta prioritaria	Escuela de formación de sabedores y promotores

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 (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.

Vichada.

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, mesa técnica permanente.

Tabla 7.

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 8.

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 9.

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 10.

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

Vichada.

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 11.

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.

Tabla 12.

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 13.

Indicadores e hipótesis de resultado

Resultado	Indicador	Línea base	Meta 12m	Fuente	Frecuencia
Gobernanza fortalecida	Comités funcionando	Parcial	100%	Actas	Trimestral
Atención propia articulada	No.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.

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas, especialmente en Vichada, 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 Vichada, 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 14.

Enfoque territorial y visión

Aspecto	Vichada
Cosmovisión	Medicina de la sabana y el río Orinoco. Salud ligada al árbol de la vida, a las constelaciones y a la conexión con la madre tierra.
Acompañamiento	Guía espiritual y práctica de los sabedores, parteras y médicos tradicionales articulados a Casas de Sabiduría Ancestral.
Riesgos identificados	Pérdida de sabiduría por falta de transmisión intergeneracional y desplazamiento de sabedores hacia zonas urbanas y conversión hacia la fe católica Eclesiastés.

Aspecto	Vichada
Necesidades	Fortalecer escuelas de sabiduría, articular la medicina ancestral con la occidental, crear comité territorial de certificación.

Nota: Elaboración propia

Caracterización y análisis 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 de los modelos de salud indígena para Vichada:

- 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, aire puro y comida como yuca y plátano. Es el buen vivir que nos da la madre tierra”.
- “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 y cuerpo sanos”.
- “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? Para los pueblos indígenas del Vichada es vivir tranquilos en su territorio, con 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”.
- “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 los 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”.
- “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 Vichada, 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 Vichada, la vida fluye con el llano, el viento y los ciclos de la naturaleza”.
- “La vida es venir a sembrar algo bueno en la comunidad y lo que le rodea, cumplir con un buen vivir”.
- “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 de Vichada, 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.

- "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".
- "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".

Tabla 15.

Percepciones

Concepto	Vichada
Buen Vivir	Territorio con todo: biodiversidad, salud, alimentación, armonía.
Salud	Armonía física/psicológica, alma/cuerpo sano, ancestrales como rezanderos.
Enfermedad	Debilidad física/espiritual, falta de territorio, reacción corporal a muerte.

Necesidades	Formación sabedores, transporte, comunicación, control recursos.

Nota: Elaboración propia.

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".
- "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:

- 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 Vichada, 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 Vichada, que les permite vivir en armonía con la naturaleza y preservar su cultura y tradición.

Imagen 9.

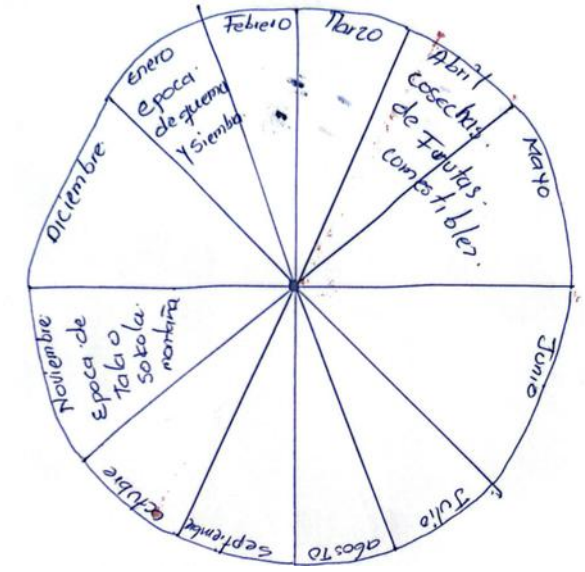
Calendario ecológico Resguardo Santa Teresita



Fuente: Jornada de Sistematización Vichada.

Imagen 10.

Calendario ecológico Los Mangos



Fuente: Jornada de Sistematización Vichada.

Imagen 11.

Calendario ecológico resguardo Saracure



Fuente: Jornada de Sistematización Vichada.

¿Qué Es La Salud Indígena Y La No Indígena?

Vichada.

Salud propia.

Para los pueblos indígenas del Vichada, la salud se expresa simbólicamente como el equilibrio del árbol de la vida, este árbol representa:

- La raíz: el origen del mundo, la Ley de Origen y los héroes fundadores.
- El tronco: la comunidad, la familia y la organización propia.
- Las ramas y frutos: las personas, las generaciones futuras y la continuidad de la vida.

Cuando el árbol está sano, el pueblo vive en equilibrio; cuando el árbol se seca, la comunidad enferma.

La salud, entonces, no es individual, sino colectiva y territorial, nace del origen del mundo y se mantiene a través de:

- Los cantos, danzas y rituales.

- Las dietas y normas de cuidado del cuerpo.
- La espiritualidad que orienta cada etapa del ciclo vital.
- El cuidado del territorio, del agua, del monte y de las semillas.

Es un proceso continuo que acompaña a la persona desde la gestación hasta la muerte, en el que participan médicos tradicionales, familias, autoridades y comunidad. La enfermedad, no se interpreta solo como un problema físico, sino como una señal de que algo se ha desajustado en la relación entre el ser humano y su entorno.

La transmisión del conocimiento es fundamental, si el saber no se transmite a jóvenes y nuevas generaciones, el árbol de la vida se seca; por eso, la pérdida de sabedores es vista como una amenaza directa a la salud colectiva.

Salud no indígena. En el Vichada, la salud occidental es reconocida como un apoyo necesario, especialmente para:

- Diagnósticos clínicos.
- Tratamientos especializados.
- Atención de emergencias.

No obstante, las comunidades expresan críticas claras basadas en su experiencia:

- No comprende la cosmovisión indígena, ni la relación espiritual con el territorio.
- Rompe dietas, rituales y prácticas espirituales, afectando los procesos de sanación.
- Genera traslados largos, tardíos y deshumanizados, que alejan a la persona de su comunidad y su territorio, agravando la enfermedad.

Por estas razones, las comunidades insisten en que el problema no es la existencia de la medicina occidental, sino su forma de aplicación. Desde su visión, no es el pueblo indígena el que debe adaptarse al sistema, sino el sistema el que debe adaptarse al territorio, a la cultura y a la Ley de Origen.

La salud occidental debe dejar de ser un sistema que llega a imponer y convertirse en un sistema que acompaña, respetando la autoridad de la medicina propia y reconociendo que la verdadera salud nace del equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.

¿Qué Es La Ley De Origen?

Vichada.

Para los pueblos indígenas del Vichada, la Ley de Origen es el principio cósmico de la vida, el fundamento del universo y de la existencia humana, su origen se remonta al tiempo de la creación del mundo, cuando se establecieron las reglas que permiten que la vida exista y se mantenga en equilibrio.

La Ley de Origen surge del árbol de la vida, de los héroes fundadores, de las estrellas, de las constelaciones y de los recorridos ancestrales que marcaron el territorio, está contenida en la palabra sagrada, en los cantos, las danzas, los mitos y las prácticas transmitidas de generación en generación.

La Ley de Origen:

- **Define cómo se cuida el cuerpo y el espíritu.** El cuerpo y el espíritu no están separados, la Ley de Origen enseña que cualquier afectación espiritual termina manifestándose en el cuerpo; por eso, el cuidado del cuerpo implica dietas, rituales, rezos y normas de comportamiento que mantienen el equilibrio vital.

- **Regula las dietas, los rituales y las prácticas de sanación.** Las dietas no son recomendaciones alimentarias, sino mandatos espirituales, romper una dieta puede agravar una enfermedad o generar nuevas, los rituales y las prácticas de sanación permiten restaurar el equilibrio entre la persona, la comunidad, los ancestros y el territorio.
- **Obliga a proteger el conocimiento para que no muera con los mayores.** La Ley de Origen establece la responsabilidad colectiva de transmitir el conocimiento, el saber muere con los mayores, el pueblo pierde su raíz y el árbol de la vida se seca; por eso, la formación de jóvenes, la enseñanza a las nuevas generaciones y la protección del conocimiento no son opcionales: son un mandato ancestral.

En esta visión, sin Ley de Origen no hay salud, cuando se desconoce el origen, se rompe el equilibrio cósmico y aparecen la enfermedad, el desarraigo, la pérdida cultural y la muerte espiritual del pueblo.

Por ello, la implementación del SISPI y de los modelos de salud indígena propia e intercultural solo es legítima sí reconoce a la Ley de Origen como fundamento epistemológico, ético y espiritual del sistema, cualquier modelo que ignore esta ley reproduce la enfermedad que dice querer curar.

Idea clave para el Modelo de salud indígena Chocó y Vichada. 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.

Vichada.

En el Vichada, la complementariedad se fundamenta en el origen de la vida y en el equilibrio del árbol de la vida, por lo que el orden entre sistemas es claro y no negociable.

- **Primero la medicina propia, porque nace del origen**: La medicina ancestral es la que conoce el origen de la enfermedad. Los médicos tradicionales identifican si el desequilibrio es espiritual, territorial, social o físico. Sin este primer paso, cualquier tratamiento externo es incompleto y puede ser perjudicial.

- **Luego la medicina occidental, como apoyo técnico**: La medicina occidental es un recurso que se activa cuando el sabedor lo considera necesario. Su función es técnica, no decisoria, debe adaptarse a las dietas, rituales, tiempos espirituales y dinámicas comunitarias.

La complementariedad no significa mezclar sin criterio, sino articular con respeto y jerarquía cultural.

La complementariedad con el buen vivir. Para el Vichada, el buen vivir es inseparable de la salud y se expresa en el equilibrio permanente con la naturaleza y el conocimiento ancestral.

Esto implica:

- **Siembra y producción ecológica:** La siembra es una práctica espiritual y sanitaria. Sembrar de manera tradicional garantiza alimentos sanos y mantiene vivo el vínculo con la tierra.
- **Cuidado del agua, el aire y la tierra:** Estos elementos son seres vivos. Su contaminación enferma directamente a la comunidad. Protegerlos es una forma de medicina preventiva.

• **Transmisión del conocimiento a jóvenes y mujeres:** El conocimiento es medicina, cuando se transmite, fortalece el árbol de la vida; cuando se pierde, la comunidad se debilita. Jóvenes y mujeres cumplen un papel central en esta transmisión.

• **Soberanía alimentaria como medicina preventiva:** Alimentarse con productos propios fortalece el cuerpo y el espíritu, la dependencia alimentaria es vista como una causa estructural de enfermedad.

En esta visión, el buen vivir es vivir en equilibrio con el territorio. Si el territorio enferma, el pueblo enferma; si el territorio sana, la comunidad se fortalece.

La complementariedad en el SISPI no es integración subordinada, sino:

- Reconocimiento de la Ley de Origen como norma superior.
- Centralidad de la medicina propia.
- Acompañamiento respetuoso de la medicina occidental.
- Articulación directa con el buen vivir y la pervivencia.

Los procesos de reflexión colectiva realizados por las comunidades y autoridades indígenas del Vichada coinciden en un núcleo común de sentido que orienta la construcción y la implementación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI; esta coincidencia no es casual, nace de una comprensión compartida del origen de la vida, del territorio y de la responsabilidad colectiva frente al cuidado de la salud.

La salud indígena es vida en equilibrio, no solo atención médica. En ambos territorios, la salud es entendida como una condición integral de equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio, no se reduce a la existencia de servicios, medicamentos o infraestructura sanitaria, la atención médica es solo una parte del proceso, y no necesariamente la más importante.

La verdadera salud se construye en la relación armónica con la Madre Tierra, en el cumplimiento de las dietas, en la transmisión del conocimiento, en la palabra de los mayores y en la espiritualidad cotidiana; cuando estos elementos se debilitan, la enfermedad aparece, incluso si existen servicios médicos disponibles.

Esta comprensión cuestiona de fondo aquellos modelos de salud centrados únicamente en la atención curativa y reafirma que la prevención, la espiritualidad y el territorio son pilares del cuidado de la vida.

La Ley de Origen es la base legítima del SISPI. En el Vichada, 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 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 Vichada, 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 chamanes, tsamani, 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 12.

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 Vichada.

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 Vichada

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 Chamán y el ocupa 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. 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 - Vichada

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, Curandero, Rezandero	Secretos, plantas, rituales	Chocó / Vichada
Maleficio, brujería, maldad, envenenamiento	Interferencia espiritual externa	Vida espiritual	Todos los ciclos	Jaibaná, Yerbatero, Chamán	Cantos, baños, bebidas, rezos, sahumerios	Chocó / Vichada
Mal de nacimiento	Desequilibrio desde el origen	Vida de origen / espiritual	Gestación – Primera infancia	| Partera, Jaibaná, Chamán	Secretos, rezos, rituales	Chocó / Vichada
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 / Vichada
Cogida del rastro	Captura del rastro vital	Vida energética– espiritual	Infancia – Adultez	Jaibaná / Chamán	Cantos, soplo / Yopo	Chocó / Vichada
Cogida del cabello	Manipulación del vínculo energético	Vida energética	Infancia – Adultez	Jaibaná, Sabedores / Chamán	Cantos, soplo, oración / baños	Chocó / Vichada
Cogida de mano	Interferencia en la energía vita	Vida energética	Infancia – Adultez	Jaibaná, Sabedores / Chamán	Cantos, soplo / rezos	Chocó / Vichada
Espíritu malo / Espanto / Frío de muerto	Choque con entidades espirituales	Vida espiritual	Infancia – Adultez	Jaibaná, Médico tradicional / Rezandero	Cantos, soplo, oración	Chocó / Vichada
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 / Chamán, Rezandero	Cantos, baños, plantas	Chocó / Vichada

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 / Vichada
Ñingui nirri / Culebrilla	Energía caliente que recorre el cuerpo	Vida corporal–energética	Adolescencia – Adultez	Chamán, Médico tradicional	Rezo, plantas	Vichada
Enfermedades de orines	Bloqueo del flujo vital	Vida corporal	Infancia – Adultez	Rezandero, Chamán	Rezos, oraciones	Vichada

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, rompiendo la armonía espiritual	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
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
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,

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
				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:
    - 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 Vichada, 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 Vichada 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 Vichada, 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 vinculado o relacionado 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).

- Vichada: Persiste un subregistro crítico de hechos victimizantes, pero se han emitido alertas por la inminencia de riesgos derivados de la presencia de grupos armados que afectan la autonomía de las comunidades locales.

Estado general de la medicina propia e identificación de necesidades de fortalecimiento. Para los pueblos indígenas del Vichada, 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 Vichada, los pueblos indígenas conservan saberes ancestrales que se transmiten de generación en generación, ligados a los ciclos de la naturaleza, la palabra de los mayores y la alimentación tradicional. No obstante, el aislamiento geográfico, la pobreza y la falta de acompañamiento institucional han debilitado estos procesos. Los jóvenes, en especial, enfrentan el riesgo de perder el vínculo con los saberes de sus abuelos, mientras los sabedores envejecen sin que su conocimiento sea suficientemente protegido.

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 Vichada 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 Vichada.

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 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 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 materno-infantil; 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.

Vichada.

Saberes Médicos Ancestrales Y Espirituales Recopilados.

1. Prácticas de Sanación y Rituales: Los Sikuani emplean rezos y baños con plantas medicinales para restablecer el equilibrio del cuerpo y el espíritu. Por su parte, los Piapoco utilizan el Ainawi, en rituales destinados a "armonizar el cuerpo con la tierra". En estas prácticas también se atiende las enfermedades atribuidas a fuerzas externas, como la malaria.
2. Rituales y Cantos: Los cantos tradicionales invocan a los ancestros para propiciar la sanación y el equilibrio espiritual.
3. Usos de Plantas Medicinales: El yopo, la yuca (empleada para fortalecer el espíritu) y diversas plantas amazónicas son utilizadas en las prácticas tradicionales para tratar fiebres y picaduras, reafirmando la conexión entre salud, naturaleza y espiritualidad.
4. Narrativas de Origen de Enfermedades: Las enfermedades surgen por la violación de las leyes naturales, como la ira de los "espíritus del bosque" ante la deforestación. Las narrativas Sikuani vinculan la desarmonía territorial al tratamiento con rezos.

Tabla 18.

Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Nombre	Objetivo	Quién Participa

Ceremonia de primera menstruación	Dar la bienvenida del paso de “niña” a “mujer” Sanación	Familia, comunidad, autoridades
Matrimonios y aniversarios	Celebrar y compartir	Familia, comunidad, autoridades
Acto fúnebre	Despedir seres queridos o pertenecientes a la comunidad	Familia, comunidad, autoridades
Sitios sagrados	Limpiar el territorio	Familia, comunidad, autoridades
Celebración de fin de año	Armonizar la comunidad	Toda la comunidad
Rezos para la comida	Limpiar los alimentos	Toda la comunidad
Rezos por el territorio	Cuidar del territorio espiritualmente	Toda la comunidad
Alumbramiento y entierro de placenta	Cuidar el espíritu del bebé	Madre
Desequilibrio de territorio	Armonizar de territorio	Chamán y comunidad

Nota: Elaboración propia.

Tabla 19.

La medicina ancestral un trabajo colectivo con el entorno

Médicos ancestrales y tradicionales	**Tiempos de curación**
Yerbateros Tonguero Rezandero Sobanderos Parteras Pega huesos Chamán Salinei Tsamani	Horarios especiales Solsticios Equinoccios Disposiciones astrales Dietar Los sueños
Elementos de poder y curación	**Espacios de curación**
Bastones espirituales Maracas rituales Altares rituales Bancos espirituales totumo espiritual Plantas perfumadas Chicha cantada Kasidí	Dearadé Tambo Ríos Lagunas Jaidé Nacimientos de agua Cascadas de agua Las piedras Las playas Las plantas medicinales

Nota: Elaboración propia.

Esta matriz refleja que la curación no ocurre en cualquier momento ni en cualquier lugar, sino cuando el sabedor, el tiempo, los elementos y el territorio están

en armonía. La medicina propia reconoce que la eficacia del cuidado depende del respeto por los ritmos de la naturaleza, la palabra espiritual y los espacios donde la vida se renueva.

Imagen 13.

Caracterización de sabedores ancestrales Vichada

AUTORIDADES TRADICIONALES INDIGENAS DE COLOMBIA
GOBIERNO MAYOR
SABEDORES ANCESTRALES INDIGENAS DE VICHADA

	RESGUARDO	AREA SABIDURIA ANCESTRAL	PUEBLO	MUNICIPIO	Total
1	Atana-pirariami	Partera	piaroa-asikuani	Cumaribo	8
2	Atana-pirariami	Curandero	Sikuani	Cumaribo	2
3	Atana-pirariami	Resandero	Sikuani	Cumaribo	4
4	Atana-pirariami	Medico Tradicional	Piaroa-sikuani	Cumaribo	2
5	Atana-pirariami	Promotor de salud	Piaroa-sikuani	Cumaribo	2
6	Atana-pirariami	Agente C.en salud	Piaroa-sikuani	Cumaribo	10
7	Atana-pirariami	Microscopista	Piaroa	Cumaribo	2
8	Egua Guariacana	Partera	Sikuani	Cumaribo	3
9	Egua Guariacana	Curandero	Sikuani	Cumaribo	2
10	Egua Guariacana	Resandero	Sikuani	Cumaribo	5
11	Egua Guariacana	Chaman	Sikuani	Cumaribo	3
12	Awia Tuparro	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
13	Awia Tuparro	Curandero	Sikuani	Cumaribo	3
14	Awia Tuparro	Resandero	Sikuani	Cumaribo	4
15	Awia Tuparro	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
16	Awia Tuparro	Sabedor	Sikuani	Cumaribo	2
17	Rio Tomo y Bewery	Sabedor	Sikuani	Cumaribo	2
18	Rio Tomo y Bewery	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
19	Rio Tomo y Bewery	Chaman	Sikuani	Cumaribo	2
20	Rio Tomo y Bewery	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
21	Santa Teresita de Tuparro	Sabedor	Sikuani	Cumaribo	12
22	Santa Teresita de Tuparro	Agente C.en salud	Sikuani	Cumaribo	1
23	Santa Teresita de Tuparro	Partera	Sikuani	Cumaribo	43
24	Santa Teresita de Tuparro	Promotor de salud	Sikuani	Cumaribo	2
25	Santa Teresita de Tuparro	Auxiliar de Enferm	Sikuani	Cumaribo	1
26	Santa Teresita de Tuparro	Gestor en salud	Sikuani	Cumaribo	1
27	Santa Teresita de Tuparro	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	4
28	Santa Teresita de Tuparro	Resandero	Sikuani	Cumaribo	1
29	Asent la valdivia	Promotor de salud	Sikuani	Cumaribo	1
30	Asent la valdivia	Resandero	Sikuani	Cumaribo	1
31	Asent la valdivia	Sabedor	Sikuani	Cumaribo	1
32	Asent la valdivia	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	1
33	Asent la valdivia	Chaman	Sikuani	Cumaribo	1
34	Asent la valdivia	Partera	Sikuani	Cumaribo	1
35	Asent Metiwa Guacamaya	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
36	Asent Metiwa Guacamaya	Partera	Sikuani	Cumaribo	4
37	Asent Metiwa Guacamaya	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	3
38	Asent Metiwa Guacamaya	Aux.Chaman	Sikuani	Cumaribo	2
39	Asent Metiwa Guacamaya	Chaman	Sikuani	Cumaribo	2
	Asent Metiwa Guacamaya	Resandero	Sikuani	Cumaribo	4
40	La Esmeralda	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
41	La Esmeralda	Sabedor	Sikuani	Cumaribo	4
42	La Esmeralda	Sodandero	Sikuani	Cumaribo	1
43	La Esmeralda	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	1
44	La Esmeralda	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
45	A.Panipaniva Siriape	Partera	Sikuani	Cumaribo	2

46	Sector Dos	Gestor en salud	Sikuani	Cumaribo	1
47	Sector Dos	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	3
48	Sector Dos	Resandero	Sikuani	Cumaribo	10
49	Sector Dos	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	3
50	Sector Dos	Chaman	Sikuani	Cumaribo	2
51	Kawanerruba	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
52	Asent Aliwa Cupepe	Resandero	Sikuani	Cumaribo	1
53	Asent Chololobo	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	1
54	Asent Chololobo	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	2
55	Asent Chololobo	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
56	Asent Chololobo	Auxiliar de Enferm	Sikuani	Cumaribo	2
57	Asent Chololobo	Promotor de salud	Sikuani	Cumaribo	2
58	Asent Chololobo	Resandero	Sikuani	Cumaribo	2
59	Saracure Rio Cada	Resandero	Piapoco	Cumaribo	3
60	Saracure Rio Cada	Partera	Piapoco	Cumaribo	5
61	Saracure Rio Cada	Microscopista	Piapoco	Cumaribo	2
62	Saracure Rio Cada	Aux.odontologia	Piapoco	Cumaribo	1
63	Saracure Rio Cada	Promotor de salud	Piapoco	Cumaribo	4
64	Saracure Rio Cada	Medico Tradicional	Piapoco	Cumaribo	2
65	Saracure Rio Cada	Gestor en salud	Piapoco	Cumaribo	2
66	Asent los Mangos	Resandero	Sikuani	Cumaribo	2
67	Asent los Mangos	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
68	Asent los Mangos	Sodandero	Sikuani	Cumaribo	2
69	Asent los Mangos	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	4
70	Caño Cawasi	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	2
71	Caño Cawasi	Resandero	Sikuani	Cumaribo	2
72	Caño Cawasi	Partera	Sikuani	Cumaribo	2
73	Caño Cawasi	Aux.enfermeria	Sikuani	Cumaribo	2
74	Caño Cawasi	Microscopista	Sikuani	Cumaribo	3
75	Guacamaya Mamiyare	Partera	Sikuani	Cumaribo	12
76	Guacamaya Mamiyare	Chaman	Sikuani	Cumaribo	4
77	Guacamaya Mamiyare	Resandero	Sikuani	Cumaribo	8
78	Guacamaya Mamiyare	Auxiliar de Enferm	Sikuani	Cumaribo	2
79	Guacamaya Mamiyare	Farmaceuta	Sikuani	Cumaribo	1
80	Aiwa Kuna Tsepajibo	Yerbatero	Sikuani	Cumaribo	10
81	Aiwa Kuna Tsepajibo	Chaman	Sikuani	Cumaribo	1
82	Aiwa Kuna Tsepajibo	Resandero	Sikuani	Cumaribo	3
83	Aiwa Kuna Tsepajibo	Partera	Sikuani	Cumaribo	9
84	Aiwa Kuna Tsepajibo	Aux.enfermeria	Sikuani	Cumaribo	16
85	Aiwa Kuna Tsepajibo	Medico Tradicional	Sikuani	Cumaribo	2
86	Asent.Isla Asuncion	Partera	Guarekena	Puerto Carreño	2
87	Asent.Isla Asuncion	Partera	Amorua-Puinave	Puerto Carreño	3
88	Asent.Isla Asuncion	Partera	Saliva-Curripaco	Puerto Carreño	5
89	Asent.Isla Asuncion	Resandero	Amorua	Puerto Carreño	3
90	Asent.Isla Asuncion	Yerbatero	Curripaco-Puinave	Puerto Carreño	7

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 Shamanis en Vichada, 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 20.

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

Tipo de riesgo	Descripción	Impacto sobre la medicina ancestral
Riesgo psicosocial	Miedo, estrés constante, duelos no resueltos	Afectación del equilibrio emocional y espiritual del sabedor
Riesgo intergeneracional	Falta de relevo generacional y de procesos de aprendizaje	Pérdida progresiva del conocimiento ancestral

Nota: Elaboración propia.

Tabla 21.

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 Vichada, 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 22.

Infraestructura o Espacios Culturales en salud del Departamento del Vichada

Infraestructura o Espacio Cultural	Definición y Función
Sitios Sagrados y Territorio	Espacios centrales para el equilibrio espiritual. Incluyen ojos de agua, zonas de reservas y de interés ambiental, y de conexión y concentración energética. El territorio (ríos, selva, sabana) es la base de la vida y la salud, y debe ser protegido.
Casa de Sabiduría Ancestral	Espacio físico y simbólico propuesto como eje territorial para la atención intercultural. Es una propuesta de la comunidad para asegurar la atención digna y reconocida institucionalmente. Se plantea que debe articular tres funciones principales: 1) atención a mujeres y parteras (para planificación familiar, gestantes y lactantes); 2) espacio para sabedores espirituales (*tsamanis* y médicos tradicionales); y 3) escuela de saberes ancestrales para capacitar a las nuevas generaciones.
Centros de Encuentro de la Sabiduría Ancestral	Sitios de sanación, diálogo, intercambio de saberes, generación y uso del conocimiento ancestral, conforme a la cosmovisión de cada pueblo.
Malocas y Churuatas	Son espacios donde se congrega la comunidad.
Instituciones propias en salud (IPS-I)	Infraestructura de salud propuesta para la operatividad del SISPI en el territorio. Estos centros deben ser equipados y reorganizados de acuerdo con las necesidades de la comunidad, y *deben estar bajo el control del gobierno propio.*
Escuelas de Formación de Sabedores	Espacios para desarrollar procesos de revitalización para avanzar en la transmisión del conocimiento a las nuevas generaciones. Se deben diseñar desde la Ley de Origen.
Huertos y Hierbatarios	Herramientas esenciales para el registro de plantas medicinales y el fortalecimiento de la soberanía alimentaria. Son un insumo clave para la salvaguarda de saberes ancestrales.
Albergues Dignos	Infraestructura de dotación y adecuación sociocultural necesaria en los centros de remisión para garantizar alojamiento digno, ampliando su capacidad y proporcionando alimentación culturalmente pertinente a pacientes y acompañantes.

Nota: Elaboración propia.

Situación actual de los espacios para la medicina tradicional. En el contexto actual, muchas comunidades indígenas del Vichada 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 Vichada 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 23.

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.

DOFA.

La sabiduría ancestral constituye el eje espiritual, cultural y terapéutico de los pueblos indígenas del Vichada. A través de parteras, 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.

***Vichada*.**

1. Fortalezas

- Existencia de malocas y estructuras ceremoniales en varios resguardos.
- Sabedores altamente respetados en sus comunidades
- Integración natural entre territorio, espiritualidad y cuidado colectivo.

2. Debilidades

- Número reducido de sabedores en varios pueblos.
- Pérdida de semillas medicinales y chagras.
- Falta de sistematización de cantos, rezos y conocimientos.
- Dependencia de iglesias que restringen rituales.

3. Amenazas

- Dispersión geográfica extrema que dificulta la continuidad de ritos.
- Influencias externas que deslegitiman la espiritualidad indígena.
- Debilitamiento de la lengua indígena, fundamental para la práctica.
- Pérdida de plantas sagradas.

4. Oportunidades

- Interés juvenil en revitalizar ceremonias.
- Necesidad institucional de articulación intercultural.
- Posibilidad de financiación desde el SISPI.

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 Vichada 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).

Tabla 24.

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

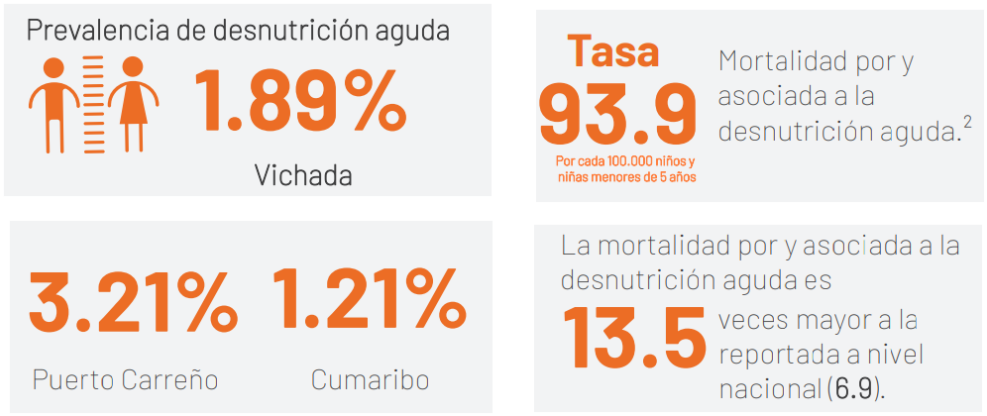
Fuente: Base de datos Sivigila, evento 113, 2024 preliminar

Vichada. En el Vichada, la salud de las comunidades indígenas está profundamente ligada a su relación con la tierra, el agua y los alimentos. Cuando estos elementos se ven afectados, no solo se pone en riesgo la nutrición, sino también la vida, la cultura y el bienestar colectivo. Durante los últimos cuatro años, esta realidad se ha reflejado de manera dolorosa en los indicadores de salud del departamento.

Una de las manifestaciones más graves de la inseguridad alimentaria en el Vichada es la desnutrición aguda en menores de cinco años. Según el Instituto Nacional de Salud (INS), en 2023 el departamento registró prevalencias de desnutrición aguda superiores a 2,5% en municipios como Puerto Carreño (4,82%) y Cumaribo (2,58%), ubicándose entre los mayores niveles del país en esa categoría de municipios. En 2022, del total de casos de desnutrición reportados en Vichada, más del 90% correspondían a menores indígenas.

Imagen 14.

Cifras de desnutrición infantil en Vichada



Fuente: IMMAP

Estos datos reflejan una problemática persistente en torno a la malnutrición infantil, en especial de la niñez indígena, que no solo incide en la salud inmediata de los niños y las niñas, sino que compromete su desarrollo físico y cognitivo a largo plazo y amplifica las brechas de inequidad territorial y étnica.

De manera complementaria, la inseguridad alimentaria crónica limita la ingesta adecuada de proteínas, micronutrientes y energía, generando altos niveles de anemia, deficiencias de hierro y vitaminas, particularmente en gestantes, lactantes y población infantil. Esta situación impacta negativamente los desenlaces materno-infantiles, incrementa el riesgo de partos prematuros y compromete la salud de las madres, reproduciendo ciclos intergeneracionales de pobreza y malnutrición.

Un factor crítico que profundiza la problemática de salud es el acceso insuficiente a agua potable y saneamiento básico. En amplias zonas del Vichada, las comunidades consumen agua directamente de ríos, caños o jagüeyes sin tratamiento, lo que favorece la aparición recurrente de enfermedades diarreicas agudas, parasitosis e infecciones intestinales. Estas patologías, estrechamente relacionadas con la mala calidad del agua, reducen la absorción de nutrientes y agravan los cuadros de desnutrición, generando un círculo vicioso entre enfermedad y hambre.

Asimismo, las condiciones geográficas y de aislamiento territorial, sumadas a la limitada infraestructura de transporte fluvial y terrestre, dificultan el acceso regular a alimentos frescos y a servicios de salud. Durante temporadas de lluvias o sequía extrema, se restringe la movilidad, se encarecen los alimentos y se interrumpen las rutas de atención médica y nutricional, incrementando la inseguridad alimentaria y el riesgo sanitario, especialmente en comunidades ubicadas a varias horas o días de los centros urbanos.

A ello se suma el impacto del conflicto armado, la presencia de economías ilegales y las restricciones a la movilidad, que afectan los medios de vida tradicionales y limitan la autonomía alimentaria de los pueblos indígenas. El temor al desplazamiento, el confinamiento y la pérdida de territorios ancestrales reducen la posibilidad de sembrar, pescar y cazar, debilitando los sistemas alimentarios propios y aumentando la dependencia de ayudas externas, generalmente insuficientes y discontinuas.

Finalmente, la insuficiente articulación entre el sistema de salud convencional y los sistemas propios de salud indígena (SISPI) ha dificultado la implementación de respuestas integrales y culturalmente pertinentes frente a la desnutrición y la inseguridad alimentaria. La falta de enfoques interculturales, de participación comunitaria efectiva y de continuidad en las intervenciones limita el impacto de las acciones institucionales y perpetúa las brechas en salud.

- "La crisis alimentaria y ambiental es central para la salud mental y física. Sin soberanía en yuca y plátano, perdemos dignidad”.

Rutas para asegurar la soberanía alimentaria en comunidades indígenas.

Tabla 25

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 POT-Soberanía Alimentaria	Gobernación, Alcaldías, Autoridades	Mes 2–3	POT aprobado por todas las partes	Documento aprobado, actas

Nota: Elaboración propia.

Salud mental: 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 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).

El suicidio es un 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 por 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.

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.

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, Huila y Vichada.

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.

Tabla 26.

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

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 prolongados y desplazamientos forzados. Esto limita el acceso a salud, educación, alimentación y actividades espirituales ligadas al territorio.	Aumento del miedo, estrés tóxico, ruptura del vínculo con el territorio, mayor riesgo de reclutamiento y debilitamiento de la protección espiritual.

Nivel	Factores determinantes	Descripción / Explicación integrada	Impactos principales en salud mental y armonización 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.
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. 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, entre otros para mantener a los espíritus que pueden perturbar o hacer daño, fuera del territorio, dan orden y organizan este mundo.

Tabla 27.

Actores y responsabilidades

Actor / Institución	Responsabilidades principales	Descripción ampliada y orientada al SISPI
Autoridades indígenas (cabildos, autoridades tradicionales, sabedores, parteras, promotores comunitarios)	• Liderar procesos de prevención cultural. • Activar rituales de armonización espiritual y acompañamiento emocional. • Detectar señales tempranas de desarmonía espiritual o riesgo suicida. • Coordinar rutas propias con el sistema de salud.	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 biomédico cuando el riesgo supera la capacidad local.
Sistema de Salud (Secretaría de Salud Departamental del vichada, EPS indígena, hospitales locales, Minsalud)	• Garantizar atención primaria en salud mental (psicología, medicina general). • Activar RIAS en salud mental, referencia y contrarreferencia para casos de alto riesgo. • Proveer medicación, estabilización y seguimiento cuando sea necesario.	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.

Actor / Institución	Responsabilidades principales	Descripción ampliada y orientada al SISPI
	• Apoyar acciones interculturales y fortalecer talento humano.	
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. 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. • Investigación cuando exista posible inducción, homicidio o violencia asociada. • Producción de datos para vigilancia epidemiológica.	Son actores clave para la claridad estadística. Su información permite comprender patrones territoriales, orientar alertas y diseñar medidas 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 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 étnico-espirituales 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.
- 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 medico ancestral, 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 el medico ancestral.
- 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 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 Vichada. La salud sexual y reproductiva en las comunidades indígenas del Vichada 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. 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 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 étnico-raciales 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 SISPI-Sistema 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 Vichada 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.

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.

La información oficial publicada por el Ministerio de Salud y SIVIGILA en 2024, señala que en Vichada se han notificado casos de VIH/SIDA entre la población indígena: en datos recopilados de eventos de salud pública, se registraron 8 casos de VIH/SIDA en población indígena atendida en 2023, junto con otros eventos de ITS como sífilis gestacional y hepatitis B y C entre indígenas.

Aunque el número absoluto puede parecer bajo, en un departamento con una población indígena dispersa y muy pequeña en relación con la nacional, esa cifra representa una preocupación importante. La detección de VIH/SIDA y otras ITS en comunidades donde el acceso a servicios de salud es limitado sugiere un subregistro considerable y la probabilidad de diagnósticos tardíos, lo que se asocia con peores desenlaces clínicos y mayor transmisión secundaria.

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 materno-infantil: 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 Vichada 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 28.

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

Ruta / Componente	Objetivo	Acciones clave	Responsables	Plazo estimado	Indicadores de seguimiento
					• Nº abandonos del tratamiento
4. SSR Materna e Infantil	Prevenir transmisión materno-infantil de ITS y VIH	• Tamizaje prenatal obligatorio • Articulación con parteras tradicionales • Seguimiento madre–hijo	Secretarías de Salud, IPS materno-infantiles, 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
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.

Vichada.

Para los pueblos indígenas de Vichada, el sistema de conocimiento para la prevención y protección del esmalte dental se utiliza el Capi, que es un bejuco, igualmente la ceniza, la sal, el limón, hojas de limoncillos, el botoncillo para refrescar y desinfectar la cavidad oral, la concha de mango que contienen timol, que es un antiséptico natural que combate las bacterias, que causan la placa sin alterar drásticamente el microbiota saludable, ayudando a controlar la proliferación bacteriana y la estimulación de la salivación, mejorando la amortiguación del PH natural de la cavidad oral.

El Mayor Caribán, del pueblo Sikuani, perteneciente al resguardo Tuparro, en el municipio de Cumaribo, comparte que el cuidado de la salud bucal no inicia en la infancia, sino mucho antes, desde el embarazo. De acuerdo con la memoria ancestral, cuando una mujer está en estado de gestación —especialmente alrededor del sexto mes o faltando aproximadamente cuatro meses para el nacimiento— debe seguir ciertas recomendaciones alimentarias. Entre ellas, evitar el consumo de maíz, ya que, según el conocimiento transmitido por los mayores, este alimento puede generar afectaciones en los dientes del niño o la niña por nacer. Esta práctica preventiva se sostiene en la historia y en la observación acumulada por generaciones.

Una vez el bebé nace y comienzan a brotar los dientes de leche, se mantienen cuidados específicos. En esta etapa, no se recomienda el consumo de hígado de venado ni de res; en cambio, sí se permite el hígado de kuchi o capibara, incluso preparado como caldo caliente, con el fin de proteger la dentadura en formación. Más adelante, alrededor de los siete años, cuando empiezan a salir los dientes definitivos, nuevamente se habilita el consumo de estos alimentos, reforzando el cuidado dental desde la niñez hasta la adolescencia. De igual forma, existen diversas plantas medicinales destinadas a la prevención y al tratamiento de dolencias bucales.

Para el dolor de muelas, los mayores conocen rezos, cantos y plantas medicinales que alivian el sufrimiento. El Mayor Caribán menciona, por ejemplo, el uso de los tubérculos de una raíz amarga que no se consume, pero que se mantiene en la boca para calmar el dolor. Estas prácticas evidencian que el manejo

del dolor no se limita al cuerpo físico, sino que también involucra la palabra, la espiritualidad y el equilibrio con el territorio.

Las prácticas de autocuidado de la salud oral en los pueblos indígenas son profundamente diversas y se sustentan en la medicina tradicional como un legado ancestral para la vida y la supervivencia comunitaria. En muchas comunidades, es común el uso de plantas medicinales para aliviar el dolor dental, así como la masticación de hojas de coca, el empleo del tabaco y la realización de prácticas espirituales. También se utilizan diferentes partes del cocotero, café, ajo triturado, sal común y otros elementos del entorno natural. Para las úlceras bucales se recurre a la hierba de sapo, la palma de temiche, el coco, el bicarbonato de sodio, la miel y el limón; para lesiones verrugosas, se emplean plantas medicinales acompañadas de creencias cosmológicas asociadas, por ejemplo, a la espina de pescado. El sangrado de encías se trata con buches de agua con sal o solo agua, y en casos de movilidad dental, la extracción se considera como último recurso. Otras afecciones, como inflamaciones bucofaciales o placas en el paladar blando, se atienden con plantas medicinales y aceite de gusano de moriche.

En este contexto, el concepto de autocuidado puede entenderse como cercano al de autoatención, ya que ambos hacen referencia a prácticas endógenas de salud ejercidas de manera cotidiana, generalmente en el ámbito del hogar. No obstante, resulta pertinente diferenciarlos: el autocuidado se relaciona principalmente con acciones preventivas y de promoción de la salud, centradas en el individuo o el grupo doméstico, mientras que la autoatención se activa frente a la enfermedad o el sufrimiento, movilizando respuestas colectivas que involucran redes familiares y comunitarias. En ambos casos, estas prácticas no son aisladas ni

individuales, sino que se inscriben en un marco sociocultural que da sentido y legitimidad a las decisiones sobre la salud.

Las creencias indígenas sobre la salud oral y su comprensión desde la medicina occidental han representado un desafío histórico. Los procesos de salud y enfermedad, vistos desde las comunidades indígenas, se entienden como parte de un entramado cultural que se transmite de generación en generación. Por ello, el rol de los profesionales de la salud resulta fundamental en la construcción de diálogos de saberes que permitan generar impactos positivos, no solo en la salud oral, sino en el bienestar integral de las comunidades. Esto exige conocer, respetar e integrar las prácticas y creencias indígenas, partiendo de sus propias cosmovisiones, sin desvalorar ni deslegitimar los saberes tradicionales.

En la actualidad, la comprensión indígena de la salud-enfermedad oral se sitúa en una perspectiva que articula lo tradicional con lo técnico. Las comunidades continúan utilizando plantas medicinales y prácticas locales, al tiempo que expresan interés en incorporar avances científicos y técnicos que contribuyan al bienestar colectivo. Esta articulación no implica renunciar a la identidad cultural, sino fortalecerla desde un enfoque intercultural.

Finalmente, es importante resaltar que los pueblos indígenas preservan ritos, mitos, ceremonias espirituales y el uso de plantas medicinales como parte esencial de su concepción de la salud, la enfermedad y el cuidado de la vida. Esta cosmovisión está profundamente ligada a la armonía con la naturaleza y a las relaciones equilibradas dentro de la comunidad. Desde esta perspectiva, la salud oral, en el marco de un modelo de salud propia e intercultural, trasciende la visión biologicista y convoca a incluir dimensiones sociales, culturales y espirituales. Esto

representa un reto y una responsabilidad para los profesionales de la medicina occidental, quienes deben formarse desde un enfoque holístico y transcultural que reconozca, valore y respete la sabiduría de los pueblos indígenas.

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 Vichada 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/chamanes 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 29.

Componentes del Modelo

Componente	Acción en Territorio (Vichada)
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 terrestre.

Educación Bilingüe	Materiales de higiene oral en lenguas nativas (Sikuani, etc.) 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 0480 de 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.
- 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 (Preventivo-Individual):** 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 (Colectivo-Curativo):** 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 (específico para zonas como Vichada) 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 (Vichada)

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 y a las comunidades dispersas en Vichada, 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 y Vichada.
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 30.

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	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.

		bajas en azúcares procesados.			
Atención Itinerante	Garantizar el acceso a servicios odontológicos clínicos y ancestrales, en los territorios, priorizando en las zonas de difícil acceso, mediante equipos interculturales que se desplazan al territorio.	Despliegue de Unidades Móviles Interculturales de Salud Oral, equipadas con tecnología portátil realización de jornadas de atención clínica y preventiva en las Unidades Comunitarias de Atención Intercultural (UCAI).	Estructuras Propias de Salud Intercultural (EPSI/IPS-I) y Equipos Básicos de Salud Interculturales.	Mensual o trimestral, según las comunidades y la dispersión geográfica de las mismas.	Número de comunidades rurales 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 a 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.

Vichada.

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 Vichada, los pueblos indígenas conciben el estado de salud como una expresión directa del equilibrio entre la persona, la comunidad, el territorio y los ciclos de la naturaleza. La movilidad, la relación con los ríos, sabanas y bosques, y la posibilidad de mantener prácticas culturales y alimentarias propias son elementos centrales para el bienestar.

Desde lo propio, las afectaciones en salud se asocian a la pérdida de territorios de uso tradicional, la contaminación ambiental, la interrupción de los ciclos productivos, el debilitamiento de las redes familiares y comunitarias, y la imposibilidad de realizar prácticas de sanación en los lugares adecuados. Estas desarmonías se manifiestan en enfermedades físicas, emocionales y

espirituales que son identificadas y tratadas por los tsamanis y otros sabedores.

El estado de salud se evalúa comunitariamente a partir de la fortaleza del tejido social, la disponibilidad de alimentos propios, la presencia activa de sabedores y parteras, y la capacidad de desplazamiento seguro dentro del territorio.

2. Estado de salud desde el enfoque institucional. Desde el enfoque institucional, los registros del ASIS, SISPRO y SIVIGILA evidencian en el Vichada altas tasas de enfermedades transmisibles, desnutrición, mortalidad infantil y materna, así como eventos de salud asociados a condiciones de pobreza estructural y barreras de acceso a los servicios. La información institucional también refleja una baja utilización de los servicios de salud, explicada en gran medida por la dispersión territorial y la dificultad de acceso. Al igual que en el Chocó, los sistemas institucionales presentan limitaciones importantes para captar la complejidad del estado de salud de los pueblos indígenas del Vichada, particularmente en lo relacionado con enfermedades propias, afectaciones espirituales y dinámicas de movilidad.

3. Articulación entre el estado de salud propio e institucional. La brecha entre la información institucional y la visión propia del estado de salud es aún más marcada en el Vichada, debido a la limitada presencia institucional y la escasa interacción sistemática entre los actores del SGSSS y las estructuras propias de salud. En este contexto, el SISPI se plantea como el eje articulador que permite integrar ambos enfoques, garantizando que el análisis de la situación de salud parta del territorio y no únicamente de los registros

administrativos.

4. Estado del arte de los sistemas de información en salud – Vichada. En el Vichada, los sistemas institucionales disponibles incluyen SISPRO, SIVIGILA, RIPS y el ASIS departamental, los cuales presentan altos niveles de subregistro y baja cobertura territorial. Estos sistemas no logran capturar adecuadamente la movilidad de las comunidades ni los eventos de salud que se atienden exclusivamente desde lo propio.

Desde lo propio, la información se recoge principalmente a través de los registros de tsamanis, parteras, comités comunitarios de salud, relatorías territoriales y el instrumento técnico consolidado aplicado en el marco del SISPI. Estos mecanismos permiten una lectura más cercana a la realidad comunitaria, pero requieren fortalecimiento metodológico y articulación con el sistema institucional.

El SISPI propone avanzar hacia un sistema de información intercultural y territorializado que reconozca la validez de los registros comunitarios y establezca criterios claros de interoperabilidad con los sistemas institucionales, sin vulnerar la autonomía ni los saberes ancestrales.

5. Actores, procesos y protocolos de articulación.

En el Vichada, los actores del análisis de la situación de salud incluyen autoridades indígenas, tsamanis, parteras, comités comunitarios, EPSI, IPSI, ESE y entidades territoriales. No obstante, la ausencia de protocolos claros de articulación ha limitado la coordinación efectiva del cuidado.

El modelo SISPI plantea la construcción de protocolos interculturales flexibles, adaptados a la movilidad territorial, que definan roles, rutas de

atención, mecanismos de intercambio de información y criterios de remisión, reconociendo el papel central de los sabedores ancestrales.

El análisis de la situación de salud desde lo propio e institucional en Vichada 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.

Vichada.

1. El control propio es la autoridad del Payé y la Palabra Mayor.

En Vichada, el seguimiento y la vigilancia del sistema se basa en:

- La lectura espiritual del Payé
- La orientación de los mayores
- La palabra del Cabildo y los guardianes del territorio

El control no existe si no es legitimado por estas autoridades.

2. Evaluar la salud es evaluar la armonía del territorio.

La comunidad concibe el control como un ejercicio con preguntas como:

- ¿Se afectó un sitio sagrado?
- ¿El médico occidental rompió un proceso espiritual?
- ¿El promotor respetó la palabra mayor?
- ¿El desequilibrio viene de una falta ritual o una intervención externa?

No controlan trámites, sino conductas, relaciones y efectos espirituales.

3. El Cabildo es el órgano de control comunitario.

El Cabildo revisa:

- La conducta de promotores y agentes interculturales
- El cumplimiento del mandato propio en la atención
- El respeto por rutas y plantas sagradas
- La articulación correcta con servicios occidentales

4. El control se ejerce en asambleas y espacios territoriales.

El mecanismo de control propio incluye:

- Asambleas comunitarias
- Reuniones de palabra
- Caminatas territoriales
- Observación de sitios sagrados
- Orientación ritual para corregir fallas

5. El control propio también mira la relación con el Estado

Se vigila si:

- Las IPS respetan las prácticas espirituales
- La institucionalidad cumple los acuerdos interculturales
- Los servicios biomédicos no rompen protocolos tradicionales

Vichada entiende el Art. 67 Decreto Ley 0440 del 2025 como la validación del sistema de control que ya existe, la vigilancia espiritual y comunitaria guiada por el Payé, el Cabildo y la Palabra Mayor, que evalúa armonía, conducta y respeto por el mandato ancestral.

Tabla 31.

Cuadro de resumen del control

Tema	Vichada
Autoridad central del control	Payé, mayores y Cabildo
Naturaleza del control	Espiritual, conductual y colectivo
Dónde se ejerce	Asambleas, territorio, sitios sagrados
Qué evalúan	Conducta, respeto al mandato, impacto espiritual
Relación con instituciones	Se controla que IPS y servicios no rompan el orden espiritual
Coincidencia con Art. 67	Confirma que el control nace del mandato espiritual propio

Nota: Elaboración propia.

Principios transversales para 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 Vichada.

A. Formalizar el Mandato del Payé en el Modelo

- **Anexo obligatorio**: Acta de Cabildo que consigne el Mandato Propio del Payé para seguimiento y control (roles, autoridad para suspender prácticas que violen la palabra). Esto debe ser documento requisito para habilitación territorial.

B. Comité de Seguimiento Territorial (Vichada)

- Crear un comité de seguimiento territorial Vichada con representación multi-pueblo (Sikuani, Piapoco, Piaroa, Mapayerri), con funciones de vigilancia de armonía, supervisión de promotores y validación de remisiones.

C. Rutas y registro de remisiones espirituales

- Diseñar un formato de remisión intercultural que incluya: motivo, rito previo (si aplicó), sabedor responsable, acompañamiento comunitario. El formato debe ser validado por Cabildo y por Enlace Intercultural.

D. Fortalecimiento de asambleas y traducción

- Incluir presupuesto para traducción e intérpretes culturales y para la realización de asambleas de seguimiento anual donde se evalúe el estado de armonía y se actualice el Mandato Propio.

Instrumentos que se debe adjuntar al modelo SISPI:

- Mandato Propio (modelo y plantilla) firmado por Cabildo (por territorio).
- Reglamento de Certificación de Sabedores (plantilla comunitaria).

- Consentimiento informado comunitario y Protocolo de Biocustodia.
- Matriz M&E Matriz de Monitoreo y Evaluación con indicadores culturales y operativos.
- Modelos de Rutas de Referencia Intercultural (formato de remisión).
- Actas de riesgos y protección para Chocó.

¿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 32.

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

Indicador	Tipo	Responsable	Evidencia	Frecuencia
Uso de plantas medicinales protegidas	Cultural	Sabedoras	Registro comunitario	Trimestral

Nota: Elaboración propia.

Inspección, Vigilancia Y Control (IVC) Intercultural Para Vichada.

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, Payé, Jaibaná).
3. Co-gobernanza**:**

   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 Vichada

1. Reconocimiento pleno del rol del Payé en el IVC

El Payé tiene autoridad en la vigilancia espiritual, el MIIVC debe incorporar un Concepto Espiritual de Payé (CEP) obligatorio para:

- Evaluar cualquier afectación a la armonía.
- Validar si un caso requiere ritual o atención occidental.
- Valorar trayectorias de promotores.

2. IVC sobre remisiones interculturales

La IVC debe incluir un módulo para verificar:

- Si las remisiones respetaron los procesos espirituales.
- Si se aplicaron las orientaciones del Payé.
- Si las IPS recibieron y entendieron el informe cultural.

3. Rutas de evaluación comunitaria mediante Asambleas

En Vichada, la IVC debe reconocer:

- Las asambleas como espacios formales de seguimiento.
- Las actas de palabra como insumo válido para la IVC estatal.
- El concepto del Cabildo como criterio definitorio.

Cómo se asegura el respeto a la Ley de Origen:

- Ninguna acción de la Supersalud o MSPS puede modificar, juzgar o evaluar prácticas propias.
- Las decisiones de IVC propias prevalecen en el ámbito espiritual y cultural (Art. 67).
- El MIIVC garantiza que los instrumentos estatales se adapten, no se impongan.
- Las autoridades indígenas tienen derecho a veto sobre acciones que afecten lo sagrado.

Texto sugerido para insertar en el Modelo SISPI.

"La implementación del Artículo 66 se desarrollará mediante el ***Mecanismo Intercultural de Inspección, Vigilancia y Control – MIIVC****, el cual será la instancia de concertación entre las comunidades indígenas, el Ministerio de Salud, la Supersalud y las autoridades territoriales.*

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 … (Vichada).

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.

Vichada. En términos de salud y desarrollo social, el departamento enfrenta importantes retos derivados de su dispersión geográfica, las dificultades de conectividad y la limitada presencia institucional. El acceso a servicios de salud y

educación es precario en muchas zonas rurales e indígenas. Asimismo, la movilidad depende en gran medida de los ríos y de la limitada infraestructura vial, lo que lo convierte en uno de los departamentos con mayores retos de conectividad en el país.

El Análisis de la Situación de Salud Fronterizo (ASIS) abarca los municipios del cordón fronterizo del Vichada, incluyendo Puerto Carreño, La Primavera y Cumaribo, así como sus inspecciones y asentamientos indígenas.

Morbi-Mortalidad.

Morbilidad. Según el Análisis de la Situación de Salud Fronterizo (ASIS):

- El documento abarca los municipios del cordón fronterizo del Vichada (Puerto Carreño, La Primavera y Cumaribo) y sus inspecciones.
- En Puerto Carreño, la hipertensión esencial ocupa el primer lugar en morbilidad por consulta externa con 54,26 casos por 1.000 habitantes.
- En el mismo municipio, la segunda causa es “caries de la dentina” con 41,52 casos por 1.000 habitantes.
- En términos de mortalidad materno–infantil asociados (aunque no estrictamente morbilidad): Razón de mortalidad materna de 326,80 por cada 100.000 nacidos vivos, tasa de mortalidad infantil 29,41 por cada 100.000 infantes, tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años de 28,59 por cada 100.000 menores de 5 años, tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años de 50,04 por cada 100.000 menores de 5 años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años de 107,23 por cada 100.000 menores de 5 años.

Interpretación Técnica. Estos resultados permiten hacer varias

observaciones:

- **Carga de morbilidad crónica y de servicios primarios:** El hecho de que la hipertensión esencial esté en primer lugar en consulta externa indica que la población adulta del Vichada presenta carga significativa de enfermedades crónicas o de riesgo cardiovascular. Esto sugiere una necesidad de reforzar el control, seguimiento y prevención en atención primaria.
- **Morbimortalidad infantil y barreras estructurales:** Las elevadas tasas de mortalidad por IRA, EDA y desnutrición en niños menores de 5 años, junto con las deficientes coberturas de servicios básicos (agua potable, alcantarillado), evidencian que el entorno sanitario y de servicios está comprometido, lo cual incide directamente en la morbilidad (y mortalidad) infantil.
- **Atención odontológica y salud bucodental:** La caries de la dentina como segunda causa de morbilidad por consulta externa (41,52 x 1.000 hab) resalta un problema de salud bucal que puede estar ligado a la accesibilidad limitada a servicios odontológicos, hábitos de higiene o alimentación y a la carga subestimada de morbilidad “menos visible”.
- **Territorialidad y acceso:** Al limitarse el análisis al cordón fronterizo (que incluye zonas geográficamente dispersas e indígenas) y al notar la baja cobertura de servicios básicos, queda claro que las barreras geográficas, la dispersión y el bajo desarrollo de infraestructura sanitaria son factores determinantes en la morbilidad. Esto significa que muchas enfermedades prevenibles o tratables pueden hacerse crónicas o generar

complicaciones por atención tardía.

- **Planificación del sistema de salud:** El documento ASIS funciona como base para el diseño del PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) en salud pública. Con la evidencia de morbilidad aquí expuesta, las prioridades deberían incluir: fortalecimiento de la atención primaria para hipertensión y otras ECNT, promoción de la salud bucal, mejora de servicios para menores (nutrición, infecciones, acceso rápido) y fortalecimiento de infraestructura sanitaria básica.

Tabla 33.

Morbi-Mortalidad Vichada

Categoría / Indicador	Dato reportado	Causa / condición principal	Grupo etario afectado	Determinantes relacionados	Interpretación técnica
Principal causa de morbilidad por consulta externa	54,26 casos x 1.000 hab.	Hipertensión esencial	Adultos	Acceso limitado a control, estilos de vida, transición epidemiológica.	Alta carga de ECNT, requiere fortalecimiento de atención primaria.
Segunda causa de morbilidad	41,52 casos x 1.000 hab.	Caries de la dentina	Niños y adultos	Deficiente acceso odontológico, hábitos de higiene, determinantes sociales.	Alta morbilidad bucal “silenciosa”; indicador de inequidad.
Enfermedades infecciosas	—	IRA y EDA	Niños <5 años	Baja cobertura de acueducto y alcantarillado, ruralidad, acceso limitado a servicios.	Alta prevalencia prevenible con intervenciones básicas.
Mortalidad por desnutrición (<5 años)	107,23 x 100.000	Desnutrición proteico-calórica	Primera infancia	Inseguridad alimentaria, falta de acceso a programas nutricionales.	Problema estructural que incrementa morbilidad por infecciones.

Mortalidad por EDA (<5 años)	50,04 x 100.000	Enfermedad diarreica aguda	Primera infancia	Agua no potable, saneamiento deficiente.	Alta vulnerabilidad en zonas rurales e indígenas.
Mortalidad por IRA (<5 años)	28,59 x 100.000	Infecciones respiratorias agudas	Primera infancia	Falta de acceso oportuno a atención médica.	Alta carga prevenible.
Mortalidad infantil	29,41 x 1.000 NV	Diversas (IRA, EDA, desnutrición, malformaciones)	Menores de 1 año	Determinantes sociales estructurales.	Muy por encima de la media nacional.
Mortalidad materna	326,8 x 100.000 NV	Complicaciones obstétricas	Mujeres en edad fértil	Atención obstétrica limitada, transporte, referencia deficiente.	Riesgo elevado de eventos prevenibles
Determinantes estructurales	Cobertura: acueducto 54,3 % — alcantarillado 2,5 % — electricidad 55,4 %	Condiciones de vida precarias	Población general	Factores estructurales (infraestructura básica).	Elevan riesgos sanitarios y favorecen morbilidad transmisible.
Grupos de riesgo	Alta carga en población indígena y rural dispersa	IRA, EDA, desnutrición	Niños <5 años y madres gestantes	Barreras geográficas y culturales.	Alta vulnerabilidad, subregistro posible.

Nota: Elaboración propia.

Mortalidad. La dinámica de mortalidad en el departamento del Vichada durante el año 2023 evidencia una estructura epidemiológica mixta, caracterizada por la coexistencia de enfermedades transmisibles prevenibles, causas externas y enfermedades crónicas no transmisibles, reflejando tanto brechas en acceso y calidad de atención en salud, como la transición demográfica y epidemiológica del territorio.

En primer lugar, las tasas de mortalidad infantil y en primera infancia son de las más elevadas del país (27,4 por 1.000 nacidos vivos y 3,6 por 1.000 respectivamente), superando ampliamente el promedio nacional. Esto obedece principalmente a desnutrición proteico-calórica, enfermedades infecciosas agudas

(IRA y EDA), bajo peso al nacer y malformaciones congénitas. Se identifica además un alto número de muertes sin atención médica, lo cual indica deficiencias estructurales en el acceso oportuno a servicios de salud, especialmente en comunidades rurales y dispersas.

En los grupos de edad adulta y adulta mayor, las enfermedades del sistema circulatorio (hipertensivas, isquémicas y cerebrovasculares) se consolidan como la principal causa de defunción, en concordancia con el patrón nacional de enfermedades crónicas no transmisibles. A esto se suman causas respiratorias crónicas y neoplasias con contribución moderada pero constante.

Por otra parte, las causas externas representan un componente relevante en la mortalidad general, particularmente entre adolescentes y adultos jóvenes, destacando homicidios, accidentes de tránsito y suicidios. Este comportamiento está asociado a determinantes sociales y de seguridad, más que a fallas del sistema de salud, aunque sí implica retos intersectoriales de prevención.

En conjunto, estos datos reflejan un perfil epidemiológico dual, por un lado, enfermedades evitables y condiciones prevenibles relacionadas con pobreza, inseguridad alimentaria y falta de cobertura efectiva de servicios de salud; por otro, enfermedades crónicas propias de procesos de envejecimiento poblacional y transición demográfica.

Tabla 34.

Mortalidad Vichada

Categoría / Indicador	Valor / Situación en Vichada 2023	Principales causas asociadas	Observaciones técnicas
Tasa de mortalidad general	Alta (similar a Chocó y Guainía)	Enfermedades crónicas y causas externas	Refleja rezagos en acceso a servicios de salud

Tasa de mortalidad infantil (< 1 año)	27,4 por 1.000 nacidos vivos	Bajo peso al nacer, IRA, EDA, malformaciones congénitas, muertes sin atención	Muy superior al promedio nacional
Tasa de mortalidad primera infancia (0–5 años)	3,6 por 1.000	Desnutrición, IRA, EDA, muertes sin asistencia	Alta carga por desnutrición
Tasa de mortalidad en infancia (6–11 años)	Tendencia al alza	Enfermedades infecciosas, causas externas	Comportamiento similar a departamentos amazónicos
Enfermedades del sistema circulatorio	Principal causa en adultos mayores	Enfermedades isquémicas, hipertensivas, cerebrovasculares	Mortalidad crónica predominante
Enfermedades infecciosas y parasitarias	Alta incidencia	IRA, EDA, COVID-19	Alta vulnerabilidad en población infantil
Desnutrición y causas asociadas	Alta mortalidad infantil	Desnutrición proteico-calórica	Vichada entre los departamentos con mayor tasa
Causas externas (no naturales)	Importante participación en población joven	Homicidios, accidentes de tránsito, suicidios	Problemática de seguridad y violencia
Enfermedades respiratorias crónicas	Presente en adultos mayores	EPOC y otras respiratorias	Similar a tendencia nacional
Neoplasias (tumores malignos)	Aporte moderado	Estómago, órganos digestivos	Mortalidad estable
Muertes sin atención médica	Alta proporción	Asociada a zonas rurales dispersas	Indicador crítico de brechas en acceso
Causas de mortalidad infantil (detalladas)	Alta carga	Desnutrición, IRA, EDA, malformaciones congénitas	Refleja determinantes sociales y fallas en atención primaria
Causas externas – detalle	Participación relevante	Homicidios en jóvenes, accidentes viales, suicidios	Mayor en adolescentes y adultos jóvenes

Nota: Elaboración propia.

Determinantes Sociales En Salud.

- Las condiciones de vida son limitadas. Muchas familias habitan viviendas construidas con materiales reciclados, plásticos o elementos encontrados en las calles, conformando cambuches que no garantizan protección ni

bienestar. Aunque existen hogares con mejores condiciones, para la mayoría esta es la realidad cotidiana.

- El mayor José Sucre relata que “falta saneamiento básico, agua potable, la clasificación de residuos, ausencia de baños o letrinas".
- “Las infraestructuras en vivienda no son las adecuadas, son construcciones hechas con palmas y llegan insectos como cucarachas".
- La falta de empleo y el pago inadecuado en el mismo territorio

Barreras De Acceso.

- "Los medios de transporte son complejos, tanto fluviales como terrestres, lo que dificulta el acceso oportuno a servicios médicos".
- "Las vías terrestres son destapadas, con huecos, arena, barro o arenales, es decir en muy malas condiciones, lo cual se acentúa durante la época de invierno".
- "En las comunidades solo algunas familias tienen el servicio de energía eléctrica por panel solar o internet"

Relación De La Medicina Ancestral Con El SGSSS.

- Existen en las comunidades (técnicos, promotores en salud y gestores, agentes de salud, microscopistas y auxiliares de enfermería) indígenas".
- Cuando un paciente sale de territorio, quienes están a cargo de eso son principalmente, el capitán de la comunidad o el gestor en salud y en los hospitales existe un contacto directo con algún miembro de la comunidad".
- Tener una casa ancestral o casa del pensamiento dentro de los resguardos indígenas, articulada con el sistema occidental.

- Exigen a las entidades territoriales – ET, espacios locativos en la IPS (hospitales y centros de salud), para la atención por parte de los médicos ancestrales.

Red Aseguradora Y Prestadora De Servicios De Salud -EPS/IPS.

Tabla 45.

Organización de la red de prestación de servicios

Sedes	Nivel
ESE Hospital San Juan de Dios - HSJD	Departamental
Subred Río Meta	Ubicada al norte del departamento, donde se localiza la sede principal de Puerto Carreño, y los Hospitales Santa Rosalía y La Primavera. En 2023, la población es de 35.293 habitantes, de los cuales 25.121 están ubicados en la zona urbana y 10.172 en los centros poblados y zona rural dispersa.
Subred Río Vichada	Localizada en la zona central del departamento en parte del territorio de Cumaribo, alberga la cabecera del municipio y algunos centros poblados rurales. En esta subred se localiza el Hospital de Cumaribo (cabecera municipal) y se proyecta la apertura del CAC Santa Rita en zona rural de Cumaribo. Tiene una población de 69.403 habitantes, de los cuales 2.950 se localizan en la cabecera de Cumaribo y 66.453 en los centros poblados y zona rural dispersa.
Subred Río Guaviare	Está localizada en el sur del departamento, en la zona rural del municipio de Cumaribo, donde se proyecta la apertura de los CAC Sejal y Güerima. En el año 2023, la población se estima en 12.248 habitantes, la totalidad ubicada en centros poblados y zona rural dispersa.

Fuente: Informe Plan Financiero Territorial de Salud 2024-2027 Departamento de Vichada – Ministerio de Salud

Aseguradoras.

- EPSI: Mallamas
- EPS: Nueva EPS
- IPSI: Mataven Salud y Jiwi Salud

Problemas De Carácter Médico/ Sanitario.

- Barreras de acceso para la prestación de servicios de salud.

- La situación epidemiológica es grave para llevar a cabo acciones necesarias en salud para la población.
- Modelo de salud ineficiente.
- Bajas coberturas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles, lo que incrementa la morbi-mortalidad.
- Desconexión entre la zona rural dispersa y los siguientes niveles de atención en salud.

Barreras de acceso territoriales. Las barreras de acceso incluyen dificultades en el transporte fluvial y terrestre, vías en mal estado y acceso limitado a energía eléctrica e internet. Las distancias desde comunidades como Bajo, Medio y Alto Cumaribo pueden implicar desplazamientos de entre 8 y 12 horas para llegar a un hospital o IPS indígena.

En Puerto Carreño, el acceso al Hospital San Juan de Dios puede tomar entre 10 y 45 minutos. En contraste, desde zonas rurales de Cumaribo los desplazamientos pueden superar las 12 horas, lo que constituye una de las principales barreras para la atención oportuna.

- “En Puerto Carreño y sus asentamientos, el tiempo que se gasta para llegar al hospital San Juan de Dios de primer nivel de atención, es en lancha unos 45 minutos, mientras que en moto o carro es de 10 minutos".
- “Desde Bajo Cumaribo gastan 12 horas fluvial y terrestre para llegar al Hospital San Juan de Dios o a la IPS indígena Mataven Salud, desde Medio 8 horas fluvial y 4 horas terrestre, y desde Alto 12 horas fluviales o terrestres".

Articulación de la medicina ancestral con el SGSSS. En el Vichada

existen técnicos, promotores y agentes de salud indígenas, microscopistas y auxiliares de enfermería que cumplen un rol clave en la atención comunitaria. La articulación con el SGSSS se da a través de gestores de salud, capitanes de comunidad y contactos directos con hospitales.

Las comunidades demandan la creación de casas ancestrales o casas del pensamiento en los resguardos y la garantía de espacios interculturales en IPS y hospitales para la atención por parte de médicos ancestrales.

Lineamientos para el fortalecimiento del cuidado propio e intercultural. En coherencia con el SISPI, se establecen los siguientes lineamientos:

- Fortalecer la atención primaria en salud con enfoque intercultural.
- Reconocer y articular el calendario ecológico en las acciones de promoción y prevención.
- Garantizar infraestructura y talento humano adecuados en zonas rurales.
- Fortalecer las IPS indígenas y la red de referencia intercultural.
- Proteger el territorio como determinante esencial de la salud.

La situación de salud de los pueblos indígenas del Vichada evidencia la urgencia de consolidar un modelo de cuidado propio e intercultural que responda a la dispersión territorial, fortalezca la presencia institucional y articule de manera efectiva el SGSSS con los sistemas de salud ancestral, garantizando el derecho fundamental a la salud y la pervivencia física, cultural y espiritual de los pueblos indígenas.

- Estructuras de salud en área rural inadecuadas y sin talento humano idóneo sin elementos e insumos médicos necesarios para la atención médica.
- Fallas en intervenciones colectivas.

- Desconectadas las rutas de atención.
- Sistema de referencia y contrarreferencia ineficiente.
- La primera búsqueda de atención en salud, especialmente la comunidad indígena, son saberes y medios tradicionales de curación ante la ausencia institucional en la zona rural dispersa.
- Falta de oportunidad para asignar citas médicas de II nivel.

Identificación y análisis de las desarmonías y desequilibrios interculturales.

El análisis de las desarmonías en salud de los pueblos indígenas del Vichada 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

En el Vichada, las desarmonías físicas se expresan principalmente en la anemia, la malaria, las enfermedades respiratorias y en muertes prevenibles asociadas a la desnutrición, situaciones que se agravan por la dispersión geográfica de las comunidades y la limitada infraestructura hospitalaria. En la dimensión espiritual, se evidencia una ruptura con el “árbol de la vida”, simbolizada en la pérdida de los sueños, el debilitamiento de la lengua y la disminución de las prácticas rituales, procesos asociados a la migración de sabedores hacia los centros urbanos y a la influencia de conversiones religiosas que desvalorizan los saberes

propios. En el plano psicosocial, el desarraigo cultural y la fragmentación familiar afectan de manera particular a niños, niñas y jóvenes, quienes crecen con menores oportunidades de recibir la transmisión intergeneracional del conocimiento ancestral.

La salud indígena de Vichada 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 35.

Desarmonías prevalentes Vichada

Tipo De Desarmonía	Manifestación	Causas	Saberes De Intervención	Impacto Comunitario	Actores Responsables	Resultado esperado
Espirituales	Desconexión con el árbol de la vida, pérdida de sueños, enfermedades del alma.	Migración de sabedores, conversión religiosa, pérdida de lengua.	Casas de sabiduría, orientación de chamanes, armonización con constelaciones.	Ruptura de transmisión cultural, debilitamiento de identidad	Gobierno Mayor, comunidades, Ministerio de Cultura	Continuidad intergeneracional de saberes, revitalización de lengua
Física	Anemia, malaria, enfermedades respiratorias, muertes prevenibles	Dispersión geográfica, falta de infraestructura, presión de economías ilegales.	Uso de manaca, dietas rituales, rezanderos, yerbateros, parteras	Mortalidad prevenible en niños y madres	EPS indígenas, alcaldías, Ministerio de Salud	Disminución de muertes prevenibles, acceso a servicios básicos
Psicológica	Desarraigo, ruptura familiar, tristeza en jóvenes	Falta de transmisión intergeneracional, violencia territorial	Ceremonias de sanación, acompañamiento de mayores, fortalecimiento comunitario	Migración juvenil, debilitamiento comunitario	Comunidades, líderes espirituales	Fortalecimiento comunitario y arraigo cultural

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 36.

Ciclo de Vida con Desarmonías y Equilibrios – Vichada

Etapa	Desarmonías / Desequilibrios	Necesidades / Saberes
Niñez (0–12 años)	**Físicas:** anemia, muertes prevenibles, enfermedades respiratorias. **Espirituales:** debilitamiento de transmisión oral de lengua. **Psicosociales:** tristeza en niños por desarraigo.	Parteras, dietas rituales, uso de manaca, rezos de protección, transmisión oral de lengua.
Juventud (13–25 años)	**Físicas:** enfermedades respiratorias y desnutrición. **Espirituales:** pérdida de sueños y símbolos de arraigo. **Psicosociales:** migración juvenil, tristeza profunda, ruptura familiar.	Escuelas de sabiduría, revitalización de lengua, ceremonias de sanación, acompañamiento de mayores.
Adultez (26–59 años)	**Físicas:** falta de infraestructura hospitalaria, presión de economías ilegales. **Espirituales:** migración de sabedores, pérdida de lengua. **Psicosociales:** debilitamiento comunitario por violencia territorial.	Casas de sabiduría, dietas rituales, comités de certificación de sabedores, fortalecimiento comunitario.
Vejez (60+ años)	**Físicas:** enfermedades respiratorias y desnutrición. **Espirituales:** desconexión con el árbol de la vida, debilitamiento de lengua. **Psicosociales:** migración de sabedores, pérdida de identidad comunitaria.	Protección jurídica y espiritual, orientación de chamanes, ceremonias con el árbol de la vida, transmisión oral.

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 37.

Mapa de Indicadores por Ciclo de Vida – Vichada

Etapa	Indicadores Físicos	Indicadores Espirituales	Indicadores Psicosociales
Niñez (0–12 años)	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) Cobertura de vacunación (%) Prevalencia de malaria, EDA, parasitosis.	Número de ceremonias de protección en nacimientos Registro de parteras activas	Percepción de seguridad en comunidades 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	Número de sabedores reconocidos oficialmente en SISPI. Casas de Sabiduría en funcionamiento.	Participación en mingas de salud. Nivel de confianza institucional (encuestas).

	infraestructura hospitalaria		
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, 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 y Vichada, 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.

1.1 Actores de salud desde lo propio. En el Vichada, los pueblos indígenas han desarrollado sistemas de cuidado acordes con la dispersión geográfica, la movilidad territorial y la relación espiritual con la sabana y los ríos.

Tabla 38.

Actores en salud desde lo propio para el Vichada

Sabedor	Rol principal	Aporte al SISPI
Médico tradicional	Es una persona reconocida por su comunidad por tener conocimientos ancestrales y espirituales sobre salud, enfermedad y sanación, basados en la cultura, cosmovisión y experiencia oral de su origen.	Atención primaria desde la cosmovisión propia
Partera (o)	Expertas en el acompañamiento del embarazo, parto y posparto. Utilizan técnicas ancestrales, plantas medicinales y saberes transmitidos por generaciones. Orientadoras en la etapa de adolescencia tanto a niños como niñas.	Prevención temprana y cuidado del ciclo vital
Sobandero	Son sanadores tradicionales que practican técnicas manuales para aliviar dolencias físicas como luxaciones, esguinces, contracturas y otros malestares musculares o articulares. Utilizan técnicas propias para acomodar huesos, relajar músculos y tratar lesiones.	Armonización colectiva y espiritual
Rezandero	Es una persona de la comunidad que se dedica a curar o aliviar enfermedades, malestares o problemas espirituales a través de la oración y rezos tradicionales.	Manejo de enfermedades espirituales
Chamán (tsamani)	Figura espiritual que representa poder y sabiduría, realiza rituales de curación y protección para las personas y para su territorio, trabajando desde un banco de saber espiritual.	Atención de lesiones y dolores corporales
Curandero	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.	Atención integral y prevención

Yerbatero	Persona que tiene conocimiento de plantas curativas, de cómo administrar y dar la cantidad de estas plantas para aliviar el cuerpo, según la afectación.	Atención integral y prevención

Nota: Elaboración propia.

Tabla 39.

Síntesis del rol de los actores

Dimensión	Vichada
Espiritual	Médicos tradicionales y sabedores de sabana y selva; guías de las Casas de Sabiduría.
Comunitario	Familias y jóvenes aprendices en procesos de transmisión.
Territorial	Consejo y Comité Territorial de Certificación del Vichada; articulado a asambleas y resguardos.
Técnico – intercultural	IPSI, gestores en salud, traductores y técnicos interculturales.
Educativo – formativo	Escuelas y Casas de Formación Ancestral en Salud; programas de transmisión intergeneracional.
Protección y defensa	Autoridades de control territorial, cuidadores del territorio, comités de protección espiritual.

Nota: Elaboración propia.

1.2 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 40.

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,	Articulación con rutas propias

	enfermedades y otras afecciones.	
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 15.

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 41.

Fortalecimiento talento humano

	Vichada
	• Caracterización socio epidemiológica y cultural por subregión (Cumaribo, Puerto Carreño, La Primavera y sus inspecciones). • Cartografía social y georreferenciada de rutas terrestres, puntos críticos (bajos/praderas), tiempos reales de viaje y medios disponibles. • Inventario de sabedores, casas ancestrales y recursos medicinales locales.

	• Línea base de morbilidad y mortalidad infantil y de ECNT, y diagnóstico de servicios básicos por comunidad.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 42.

Compilación de Estructuras Organizativas Propias

Estructura Organizativa Propia	Función Principal o Énfasis	Vichada
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
Comité de Gestión Financiera	Manejo de recursos del SISPI y contabilidad (énfasis en autonomía financiera).	Sí
Comité de Certificación de Sabedores (Interna)	Instancia para certificar la legitimidad de los sabedores (énfasis en formalización interna).	Sí
Estructura Logística y de Cuidado	Acompañamiento de pacientes en remisión y monitoreo en campo.	Sí
Guardia Indígena	Protección territorial articulada al cuidado colectivo y la seguridad.	Si
Comités de Coordinación Intercultural	Diálogo y resolución de tensiones con el sistema de salud occidental.	Si
Proyección de institución propia en salud	Aspiración a largo plazo de contar con una entidad administradora y operativa de salud propia.	No

Nota: Elaboración propia.

Esquema Organizativo Propio En El Departamento Del Vichada.

El esquema organizativo propio en el Departamento del Vichada se centra en la autonomía de la gestión financiera y la certificación interna de los sabedores, garantizando la transparencia de los fondos provenientes de la ADRES (Administradora de los Recursos del SGSSS).

Tabla 43.

Tipo de Estructura Organizativa Propia Departamento del Vichada

Tipo de Estructura Organizativa Propia	Función y Mandato Específico

Comité de Sabedores para la Gestión	Es la estructura interna propuesta para acompañar el manejo de los recursos del SISPI en cada territorio. Este comité debe estar comprendido entre los mismos sabedores del territorio, asumiendo responsabilidades de administración y contabilidad.
Comité de Certificación de Sabedores	Es la instancia autorizada por la asamblea comunitaria para certificar a los sabedores, parteras y médicos tradicionales. Esto garantiza que la legitimidad de los actores ancestrales sea interna, no impuesta por Secretarías de Salud o alcaldías.
Asamblea Comunitaria / Autoridades Tradicionales	Es la máxima instancia de decisión y filtro político. Define quién es o no un sabedor, en definitiva, y tiene el mandato de crear las estructuras organizativas. Las autoridades también deben recibir capacitación obligatoria en finanzas y rendición de cuentas para la gestión de recursos públicos.
Casas de Sabiduría Ancestral / Centros Interculturales Certificados	Son las estructuras operativas de la salud propia y se proyectan como instituciones propias en salud. Están diseñadas para tener tres espacios en una sola casa: para sabedoras y parteras, para sabedores espirituales, y una escuela de saberes ancestrales para capacitar a nuevas generaciones.
Estructura Logística y de Cuidado (Equipos Comunitarios)	Compuesta por auxiliares de enfermería, promotores, parteras, *tsamanis* y otro talento humano propio. Esta estructura es responsable del acompañamiento integral de pacientes en remisión y del monitoreo en campo.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 44.

Necesidades de formación propia y complementaria.

	Vichada
	• Consolidar escuelas de formación indígena en salud y medicina ancestral. • Materiales pedagógicos y tecnologías adaptadas a la dispersión geográfica. • Procesos interculturales que fortalezcan el liderazgo juvenil en salud propia.

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 45.

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 46.

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.

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 políticas públicas, como la Resolución 1964 de 2024, que busca la integración de prácticas y conocimientos ancestrales como parte esencial de la identidad cultural en la planeación en salud.

Vichada. El desarrollo de procesos interculturales en salud se caracteriza por el reconocimiento de la diversidad cultural y esfuerzos institucionales para consolidar modelos propios, pero enfrenta graves desafíos humanitarios, barreras de comunicación y acceso limitado a servicios básicos.

Avances en los Procesos Interculturales en Salud:

- **Reconocimiento y Consolidación de Modelos Propios:** El Ministerio de Salud ha girado recursos a las secretarías de salud de departamentos como Vichada para la consolidación de modelos de salud propios e interculturales, en el marco de los avances del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI).
- **Lineamientos Nacionales:** La política pública en salud ha avanzado en la adopción del concepto de interculturalidad definido en los principios del SISPI, que busca la comunicación y coordinación comprensiva entre los saberes de los pueblos y las instituciones del sistema general de salud.
- **Estudios sobre Comunicación Intercultural:** Se han realizado investigaciones y estudios académicos específicos en el Vichada, como en el hospital de Puerto Carreño, donde diagnostican las dificultades de comunicación entre el talento humano de salud y la comunidad indígena, sentando las bases para proponer soluciones.
- **Enfoque Holístico de la Salud:** Existe un avance conceptual al entender que la salud indígena está ligada a una perspectiva integral del mundo, que incorpora dimensiones espirituales, biológicas, psicológicas y sociales, lo cual es fundamental para una atención pertinente.

Dificultades y Barreras Principales:

- **Crisis Humanitaria y Abandono Institucional:** Los pueblos indígenas del Vichada continúan enfrentando una crisis social y humanitaria debido al abandono institucional, la pobreza y, en ocasiones, el conflicto armado, lo

que genera un subregistro de afectaciones y necesidades.

- **Barreras Lingüísticas y Culturales:** La comunicación es una barrera importante en la atención en salud. El personal sanitario a menudo no maneja los idiomas ni comprende las particularidades culturales de los pacientes indígenas, lo que afecta la calidad de la atención.
- **Acceso Limitado a Servicios de Salud y Básicos:** A pesar de la existencia de un hospital de tercer nivel en Puerto Carreño y centros de primer nivel en otros municipios, el acceso geográfico es un desafío. Además, las comunidades carecen de servicios esenciales básicos como agua potable y saneamiento, lo cual incide directamente en la prevalencia de enfermedades.
- **Debilitamiento Cultural y Territorial:** Los problemas de salud actuales en estas comunidades están relacionados con el debilitamiento cultural, el deterioro del medioambiente y la limitada autonomía territorial, factores que impactan su bienestar integral.
- **SISPI como Política Simbólica:** A menudo, el SISPI sigue siendo una política "simbólica" sin un impacto real debido a la falta de una transformación eficiente en la relación entre el Estado y los pueblos indígenas, que garantice el respeto y la participación social efectiva.
- **Baja Valoración de la Medicina Tradicional:** Persiste una tendencia a interpretar la cultura como una barrera para la atención en lugar de un recurso, lo que dificulta la integración horizontal y respetuosa de los saberes médicos ancestrales.

Identificación de procesos de complementariedad terapéutica adecuados y pertinentes interculturalmente.

Vichada.

Los procesos de complementariedad terapéutica adecuados y pertinentes interculturalmente en las comunidades indígenas del Vichada (como los pueblos Sikuani, Piapoco y Sáliba) se basan en el pluralismo médico y la coordinación comprensiva entre la medicina tradicional indígena y la alopática occidental. La pertinencia radica en respetar la cosmovisión indígena, que entiende la salud como un bienestar integral y espiritual.

Procesos de Complementariedad Terapéutica Adecuados y Pertinentes

Reconocimiento del Sistema de Salud Propio (SISPI):

- La base de la complementariedad es el desarrollo e implementación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), que busca articular las prácticas y saberes indígenas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- La autonomía y autodeterminación de cada pueblo indígena son fundamentales para definir la forma, alcances, canales y carácter de esta articulación.

Activación de la Ruta de Atención Integral:

- El proceso adecuado implica que el primer recurso de atención sea la medicina tradicional, liderada por sus propios médicos tradicionales, chamanes y parteras, quienes emplean plantas medicinales, rituales y otras técnicas de sanación.
- La complementariedad ocurre cuando, de manera concertada y respetuosa,

se remite al paciente a la medicina occidental para casos específicos (e.j., cirugías, UCI, urgencias de alta complejidad), y viceversa.

Diálogo Intercultural y Bilingüismo:

- Es crucial establecer mecanismos efectivos de diálogo y coordinación entre el conocimiento occidental y el tradicional.
- La formación de promotores de salud indígenas es clave, debido a que actúan como mediadores culturales y lingüísticos, facilitando la comunicación y evitando malentendidos que puedan vulnerar al paciente.

Adecuación Cultural de los Servicios de Salud:

- Las instituciones de salud, como el hospital de Puerto Carreño, deben adecuar sus servicios para que el talento humano de salud comprenda y respete y acepte las particularidades culturales y lingüísticas de los pacientes.
- Esto incluye evitar burlas, regaños o prohibiciones de prácticas culturales, y fomentar la participación social y la comunicación asertiva.

Intercambio de Saberes Ancestrales:

- Se han identificado buenas prácticas como el intercambio de conocimientos en medicina tradicional entre diferentes resguardos (Ej: Kanalitojo y Santa Rosalía). Estos intercambios fortalecen las prácticas internas y la capacidad de las comunidades para proponer modelos de salud propios y complementarios.

En resumen, la complementariedad en el Vichada es un proceso en construcción que requiere una voluntad política y el compromiso de las instituciones para pasar de un marco normativo a una implementación efectiva que respete y

valore la medicina ancestral indígena en igualdad de condiciones con la medicina occidental.

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

Vichada. 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 salud-enfermedad de los pueblos indígenas del Vichada, 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 47.

Hallazgos

	Vichada
	• Movilidad predominantemente terrestre, con tramos pavimentados hasta Puerto Gaitán, pero vías destapadas e intransitables en temporada de lluvias; tiempos de desplazamiento entre 1 hora y 4 días según ruta y medio. • Alta carga de ECNT (hipertensión) en adultos y problemas de salud bucal (caries); elevada morbimortalidad infantil por EDA, IRA y desnutrición. • Coberturas de servicios básicos (acueducto, alcantarillado, energía) insuficientes; baja presencia institucional en zonas rurales dispersas. • Fuertes saberes propios (médico tradicional, parteras, chamán, yerbatero) activos, pero con escasa formalización y articulación con la oferta institucional.

	• Alta proporción de muertes sin atención y subregistro por acceso limitado y dispersión territorial.

Nota: Elaboración propia

Tabla 48.

Necesidades

	Vichada
	• Caracterización socioepidemiológica y cultural por subregión (Cumaribo, Puerto Carreño, La Primavera y sus inspecciones). • Cartografía social y georreferenciada de rutas terrestres, puntos críticos (bajos/praderas), tiempos reales de viaje y medios disponibles. • Inventario de sabedores, casas ancestrales y recursos medicinales locales. • Línea base de morbi-mortalidad infantil y de ECNT, y diagnóstico de servicios básicos por comunidad.

Nota: Elaboración propia

Tabla 49.

Riesgos

	Vichada
	• Accesos intermitentes en época de lluvias que impiden caracterización y respuesta. • Subregistro continuado que distorsiona priorización. • Desplazamientos y problemas de seguridad que bloqueen trabajo de campo. • Pérdida de credibilidad si la caracterización no es participativa ni intercultural.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 50.

Estrategias

	Vichada
	• Equipos mixtos (autoridades indígenas + salud pública) para caracterización participativa. • Mapas sociales y GPS: levantar red de caminos, “bajos” y tiempos reales por vehículo/moto/peatón. • Registro comunitario de sabedores y casas

	de atención ancestral. • Línea base epidemiológica (centros de salud + reporte comunitario) y muestreo rápido en áreas de difícil acceso.

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 (Chaman, 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 EPS-I 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 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 51.

Resultados esperados

	Vichada
	• 100 % de subregiones (cordón fronterizo) con perfil socioepidemiológico validado. • Mapa operativo de accesibilidad y tiempos de desplazamiento. • Registro validado de sabedores y casas ancestrales en ≥80 % de resguardos.

Nota: Elaboración propia.

Indicadores.

Cuantitativos.

- % 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 52.

Hallazgos

	Vichada
	• Planes institucionales poco adaptados a la estacionalidad y las vías destapadas. • Ausencia de un plan sanitario-territorial que integre calendario ecológico y prioridades culturales. • Recursos presupuestales y rutas logísticas no priorizan atención primaria ni nutrición en primera infancia.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 53.

Necesidades

	Vichada
	• Plan de salud intercultural departamental con enfoque SISPI, que considere estaciones de lluvia/sequía y logística terrestre. • Plan operativo fluvial-terrestre de contingencia para época invernal. • Presupuestos protegidos para transporte,

	combustible y brigadas móviles.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 54.

Riesgos

	Vichada
	• Planes aprobados sin validación comunitaria (no implementables). • Asignación presupuestal insuficiente o desviada. • Planes rígidos que no consideren calendario ecológico local.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 55.

Estrategias

	Vichada
	• Comité departamental de planeación SISPI que incluya autoridades indígenas y representantes de ESE/EPSI. • Incorporar el calendario ecológico comunitario en la programación de campañas (vacunación, nutrición, brigadas). • Reservas logísticas (contratos de combustible, acuerdos con transportistas locales) para garantizar movilidad en temporada de lluvias.

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 56.

Resultados Esperados

	Vichada
	• Plan departamental intercultural aprobado y presupuestado. • Mecanismos de reserva logística operativos antes de temporada de lluvias. • Cronograma de intervenciones alineado con calendario ecológico.

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 57.

Hallazgos

	Vichada
	• Cobertura de atención primaria limitada, brigadas infrecuentes, servicios odontológicos y de nutrición escasos. • Presencia de promotores locales, pero sin articulación formal con ESE/IPS.

	• Casas ancestrales solicitadas como espacios de atención y formación.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 58.

Necesidades

	Vichada
	• Equipos de atención primaria móviles (terrestres y mixtos) con personal intercultural. • Programa de fortalecimiento de partería y manejo de ECNT a nivel local. • Recuperación/creación de Casas Ancestrales (centros de cuidado) con huertas medicinales. • Programa de seguridad para personal (protocolos en caso de riesgo).

Nota: Elaboración propia.

Tabla 59.

Riesgos

	Vichada
	• Interrupción de rutas por lluvias y atascos, falta de combustible, rotación alta de personal. • Choque cultural si personal biomédico no recibe formación intercultural. • Deterioro ambiental que reduce disponibilidad de plantas medicinales.

Nota: Elaboración propia.

.

Tabla 60.

Estrategias

	Vichada
	• Crear Equipos Interculturales Territoriales (EIT): personal de salud + sabedores + parteras + promotores. • Implementar Brigadas de Atención Primaria Rotativas según calendario ecológico. • Rehabilitar Casas Ancestrales como centros de atención primaria complementaria. • Programa de incentivos y seguridad para personal (contratos, seguros, alojamiento en comunidad). • Acciones focalizadas de nutrición en primera infancia y control de hipertensión en adultos.

Nota: Elaboración propia.

Rutas De Acción.

- Ruta de Atención Propia (Chaman, 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 61.

Resultados Esperados

	Vichada
	• Incremento en cobertura de atención primaria en áreas rurales (meta +50% en 24 meses). • Reducción de mortalidad infantil por EDA/IRA/desnutrición en 24–36 meses (meta reduc. relativa del 30%). • Reconocimiento formal y pago/estímulo para parteras y promotores locales.

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 62.

Hallazgos

	Vichada
	• Sistemas de información institucionales no recogen variables culturales ni el reporte de acciones ancestrales. • Subregistro y retrasos en notificación de eventos (EDA, IRA) por inaccesibilidad.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 63.

Necesidades

	Vichada

	• Sistema de monitoreo mixto (bio-estadístico + registros comunitarios) que integre indicadores espirituales y de armonía. • Protocolos de evaluación participativa con jaibaná y autoridades, auditorías sociales. • Capacitación en registro para promotores y auxiliares.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 64.

Riesgos

Chocó	Vichada
• Dependencia exclusiva de indicadores biomédicos. • Invisibilización de resultados propios. • Pérdida de información por falta de conectividad y registros.	• Rechazo de comunidades si la evaluación es percibida como fiscalizadora. • Datos incompletos que impidan medir impacto.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 65.

Estrategias

	Vichada
	• Implementar Sistema de Monitoreo Intercultural (SMI) con formularios sencillos adaptados por comunidades. • Sesiones trimestrales de evaluación participativa (devolución comunitaria de resultados). • Auditorías sociales anuales lideradas por cabildos para validar cumplimiento y pertinencia.

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 66.

Resultados Esperados

	Vichada
	• Datos confiables y desagregados por comunidad. • Informes trimestrales con ajustes de intervención. • Procesos evaluativos que legitiman el MSPI en territorio.

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 67.

Hallazgos

	Vichada
	• Escasa coordinación entre ESE, EPSI, autoridades indígenas y sectores (transporte, ambiente). • Falta de protocolos claros para transporte terrestre en épocas críticas.

Nota: Elaboración propia

Tabla 68.

Necesidades

	Vichada
	• Mesa departamental permanente SISPI-Vichada. • Protocolos logísticos conjuntos (transporte, combustible, remisión, seguridad). • Alianzas con empresas locales (transportistas, moto-taxi) y Fuerzas Públicas para seguridad y acceso.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 69.

Riesgos

	Vichada
	• Fragmentación institucional que impide respuesta rápida. • Dependencia excesiva de actores externos sin acuerdos sólidos.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 70.

Estrategias

	Vichada
	• Crear Mesa Departamental de Coordinación Intercultural con representación de cabildos, ESE, EPSI, transporte y ambiente. • Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Terrestre y contingencia para épocas de lluvia (rutas alternas, uso de aeronaves en emergencias). • Convenios con transportistas locales + fondo rotatorio para combustible durante temporadas críticas.

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 chamanes, 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 71.

Resultados esperados

	Vichada
.	• Comité operativo funcionando y protocolos aprobados. • Disminución de demoras de remisión en emergencias. • Fondo logístico accesible en temporada de lluvias.

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 72.

Matriz Integrada De Fases De Implementación Vichada

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
1. Preparación y organización comunitaria	Generar las condiciones políticas, organizativas y comunitarias necesarias para el inicio del proceso de implementación del cuidado propio e intercultural.	• Socialización del SISPI y del componente de cuidado propio con autoridades indígenas y comunidades. • Concertación de la ruta de trabajo con cabildos, capitanes y organizaciones indígenas. • Identificación y reconocimiento de sabedores, médicos ancestrales, parteras, promotores y agentes comunitarios de salud. • Conformación de instancias comunitarias de acompañamiento y control social.	Autoridades indígenas, organizaciones indígenas, líderes comunitarios, ET departamental y municipal, IPS indígenas.	Corto plazo (0–6 meses)
2. Caracterización integral del territorio y del cuidado	Levantar información integral del territorio, las condiciones de vida y las prácticas propias de cuidado de la salud.	• Caracterización socioterritorial y geográfica (accesos, distancias, conectividad). • Identificación de determinantes sociales de la salud. • Mapeo de prácticas de medicina ancestral, casas de pensamiento y rutas propias de cuidado. • Análisis de la oferta institucional de servicios de salud.	Equipos técnicos ET, autoridades indígenas, sabedores, IPS indígenas, gestores comunitarios.	Corto a mediano plazo (6–12 meses)

3. Análisis participativo y lectura intercultural del proceso salud–enfermedad	Interpretar de manera conjunta la situación de salud desde la visión técnica y la cosmovisión indígena.	• Análisis participativo del ASIS territorial y fronterizo. • Lectura intercultural de la morbilidad, mortalidad y determinantes sociales. • Incorporación del calendario ecológico en el análisis del cuidado de la vida. • Identificación de brechas, riesgos y prioridades de intervención.	Autoridades indígenas, sabedores, equipos de salud, ET, EPS/EPSI, IPS indígenas.	Mediano plazo (12–18 meses)
4. Diseño del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI)	Construir colectivamente el MSPI acorde con el territorio y los pueblos indígenas del Vichada.	• Definición de principios, enfoques y componentes del MSPI. • Diseño de rutas de cuidado propias e interculturales. • Articulación funcional con el SGSSS y el PIC. • Definición del rol del talento humano propio e institucional. • Validación comunitaria del modelo.	Autoridades indígenas, organizaciones indígenas, ET, IPS indígenas, sabedores, equipos técnicos.	Mediano plazo (18–24 meses)
5. Implementación territorial del MSPI	Poner en funcionamiento el modelo de cuidado propio e intercultural en los territorios indígenas.	• Puesta en marcha de rutas de cuidado propias. • Atención intercultural en salud en territorio. • Fortalecimiento de casas ancestrales y espacios de cuidado. • Desarrollo de acciones de promoción, prevención y autocuidado. • Articulación efectiva entre medicina ancestral y servicios occidentales.	IPS indígenas, sabedores, parteras, promotores, ET, EPS/EPSI.	Mediano a largo plazo (24–48 meses)
6. Seguimiento, monitoreo y evaluación continua	Evaluar de manera permanente los avances, resultados e impactos del MSPI.	• Seguimiento comunitario participativo. • Monitoreo de indicadores	Autoridades indígenas, ET, IPS indígenas, instancias de control social.	Permanente

		interculturales de proceso y resultado. • Evaluaciones periódicas territoriales. • Rendición de cuentas a las comunidades.		
7. Retroalimentación, mejora y sostenibilidad	Incorporar aprendizajes y garantizar la sostenibilidad del modelo en el tiempo.	• Ajustes al MSPI según resultados y aprendizajes. • Fortalecimiento de capacidades locales y talento humano indígena. • Gestión de recursos financieros y técnicos. • Institucionalización del modelo en planes y políticas territoriales.	Autoridades indígenas, ET, organizaciones indígenas, Min Salud, cooperación.	Largo plazo (continuo)

Nota: Elaboración propia

Componente de Sabiduría ancestral

La construcción de un modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas del Vichada 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 Vichada, los médicos tradicionales, sabedores 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 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 Vichada 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 Vichada, 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 los de Vichada.
- 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 Vichada, énfasis en aislamiento y fortalecimiento alimentario.
- 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, 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 materno-perinatal 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 73.

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.	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.

Recorridos territoriales (selva, río, sabana, sitios sagrados) para escuchar al territorio.			

Nota. Elaboración propia.

Tabla 74.

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 75.

Acción 3. Reconocimiento normativo del médico tradicional

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Lineamientos territoriales para su ejercicio. Registro comunitario de sabedores y parteras. Protocolos interculturales de atención.	Organizaciones indígenas, EPSI, MinSalud, autoridades locales.	Equipos técnicos, procesos de consulta previa, documentos normativos.	Reconocimiento formal y protección del rol del médico tradicional.

Nota: Elaboración propia.

Fase 3. Consolidación Y Autonomía (1 a 3 Años).

Tabla 76.

Implementación plena del Modelo de Salud Propia e Intercultural

Actividades principales	***Actores involucrados***	***Recursos necesarios***	***Resultados esperados***
Funcionamiento estable del modelo bajo gobierno propio.	Autoridades indígenas, sabedores, MinSalud, EPSI, hospitales, universidades.	Infraestructura intercultural, financiamiento permanente, equipos	Modelo consolidado y reconocido a nivel institucional.

Integración continua entre medicina ancestral y occidental. Creación de centros de sanación tradicionales.	interculturales.

Nota: Elaboración propia.

Resultados Esperados.

- Fortalecimiento de la medicina ancestral en Vichada.
- 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
- ADRESS
- Gobernación de Vichada
- 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 político-organizativo 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 el departamento del Vichada, 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 Vichada 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 político-administrativas 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, 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 político-administrativa y gobernanza del modelo de salud propia e intercultural. La estructura político-administrativa y la gobernanza del modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas de Vichada, 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 técnico-político 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. En el nivel territorial o departamental, 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 atención, así mismo el sistema de referencia 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 político-administrativa 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

Vichada 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 Vichada, 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 Vichada, 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 técnico-político 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, 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 de los modelos territoriales de Vichada, 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 Vichada, 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 del análisis 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, hierbatarios 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 político-organizativo 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 así como tampoco a la autonomía en la toma de decisiones.

Ruta De Implementación Político-Organizativa. 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 Vichada:

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, hierbatarios, equipos interculturales). Como resultado, se deberán elaborar documentos específicos de Modelo SISPI Vichada, 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, Hierbatarios, 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 76.

Matriz de Implementación – Componente Político-Organizativo del SISPI

Fase / Plazo	Acción Estratégica	Actividades Principales	Actores Involucrados	Recursos Necesarios	Resultados Esperados
Fase I – Inmediato / 0-6 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 / 6-12 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). - Elaboración de documentos específicos para SISPI Vichada.	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 III – Mediano Plazo / 12-24 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 / 24-48 meses	Implementación, Monitoreo y Ajuste	- Operativización de CSPI y Mesas de Salud Indígena. - Activación de dispositivos priorizados (Casas de Sabiduría, hierbateros, equipos interculturales).	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,

Fase / Plazo	Acción Estratégica	Actividades Principales	Actores Involucrados	Recursos Necesarios	Resultados Esperados
		- Construcción de indicadores propios para evaluar medicina ancestral, acceso, pertinencia cultural y satisfacción comunitaria. - Ajustes periódicos basados en resultados y decisiones de asambleas.			fortalecimiento de la medicina ancestral y mejora en acceso y pertinencia cultural.

Nota: Elaboración propia.

Instrumentos Político-Administrativos Del Modelo. Con el fin de hacer operable el componente político-organizativo, 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 referencias y 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 Político-Organizativa. La validez y sostenibilidad del modelo SISPI para Vichada, 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 Vichada 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 político-organizativo se consolida como eje estructurante para la implementación efectiva y sostenible del SISPI en los territorios indígenas de Vichada.

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, hierbatarios) 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 Vichada 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 técnicos-científicos 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 Vichada, 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 en Vichada, 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 materno-infantiles.
- 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 77.

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 78.

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 79.

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 Vichada.
- 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 Vichada.

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 Ley 0480 de 2025.
- Visibilizar y sistematizar las experiencias de Vichada como territorio pionero, para consolidar un modelo diferencial que sirva de referente nacional en la construcción del SISPI.

Eje A: Financiación del SISPI.

Hallazgos.

Vichada.

- Gran dispersión geográfica que incrementa costos logísticos.
- Ausencia de mecanismos para costear zonas de aislamiento voluntario

(Mapayerri).

- Falta de estudios técnicos propios para costeo diferencial.
- Baja presencia institucional en zonas de frontera.
- Limitada capacidad bancaria en comunidades remotas.

Necesidades.

Vichada.

- Incrementar la UFI-SISPI por dispersión territorial.
- Financiar transporte fluvial y aéreo.
- Incluir costos de protección de comunidades en aislamiento voluntario.

Riesgos.

Vichada.

- Pérdida de recursos por falta de conectividad bancaria.
- Subfinanciación por no incluir costos reales de dispersión.
- Exclusión de comunidades aisladas del flujo financiero.

Estrategias.

Vichada.

- 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.

Diferenciales.

- **Vichada:** Fondos especiales para transporte fluvial/aéreo y atención en comunidades aisladas.

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 Vichada.
- 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, Decreto Ley 0480/2025).

2. Implementación de la UFI-SISPI

- Formalizar la UFI-SISPI 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 ADRESS 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 UFI-SISPI, 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.
- **ADRESS 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.

Vichada.

- Baja presencia estatal y dificultades de coordinación interinstitucional.
- Comités de salud debilitados por falta de transporte y logística.
- Documentación de procesos casi inexistente.

Necesidades.

Vichada.

- Fortalecer comités de salud indígena.
- Apoyo logístico permanente (gasolina, motores, combustible aéreo).
- Formación administrativa intercultural.

Riesgos.

Vichada.

- Incumplimiento de metas por distancias extremas.
- Falta de registros por ausencia de conectividad.

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.

Vichada.

- Grandes distancias afectan continuidad de atención.
- Comunidades en aislamiento voluntario sin protección.
- Fuerte tradición ritual y uso de plantas medicinales.
- Faltan jóvenes en transición al rol de cuidadores.

Necesidades.

Vichada.

- Financiar transporte fluvial y aéreo para cuidadores.
- Apoyo especial para comunidades Mapayerri.
- Escuela de Sabiduría para revitalización lingüística.

Riesgos.

Vichada.

- Pérdida cultural en comunidades aisladas.

- Atención interrumpida por distancias.

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 Vichada.
- Realizar jornadas comunitarias de identificación, caracterización y aval de sabedores, sabedoras, parteras, jaibanás, chamanes, rezanderos, promotores y cuidadores comunitarios.
- Validar los perfiles desde la autoridad espiritual y comunitaria, sin exigir certificaciones académicas, respetando las prácticas rituales del Vichada.
- Implementar mecanismos de protección del conocimiento ancestral frente a su uso indebido, mercantilización o despojo, con énfasis en comunidades en aislamiento voluntario como el pueblo Mapayerri.

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.
- 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 Vichada, 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 del Vichada.
- 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.

Vichada.

- Áreas sin señal por días.
- Información institucional no capta la espiritualidad.
- Riesgo para comunidades en aislamiento voluntario al usar datos.

Necesidades.

Vichada.

- Captura offline y sincronización en zonas dispersas.
- Mapas rituales y espirituales no georreferenciados.

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 NFOSISPI 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 Vichada.
- 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 Vichada, 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 del Vichada.
- 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 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, chamanes, 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 Vichada, reconociendo la dispersión geográfica y el aislamiento.

- En Vichada, fortalecer el seguimiento mediante visitas territoriales prolongadas, registros offline y acompañamiento espiritual a comunidades de difícil acceso, protegiendo de manera estricta a pueblos en aislamiento voluntario como los Mapayerri.
- 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 los modelos, 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, 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 en Vichada.

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 espiritual-territorial.

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 80.

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	Plazo	Actividades Clave	Ejes Involucrados
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 Modelos SISPI Vichada

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

Criterios alopáticos ajustados al SISPI.

Vichada.

En el departamento del Vichada, la aplicación de los factores de corrección responde a un territorio de gran extensión geográfica, baja densidad poblacional y amplias distancias entre comunidades indígenas, lo que genera altos costos logísticos y operativos para la prestación de servicios alopáticos.

El principal factor de corrección corresponde a la dispersión territorial extensiva, que incrementa significativamente los costos de desplazamiento, operación de equipos de salud y acceso a servicios de mediana y alta complejidad; a este se suman ajustes por edad y ciclos de vida, así como por morbimortalidad diferencial, particularmente en contextos de frontera con limitada oferta institucional.

La aplicación territorial de estos factores se expresa en la priorización de:

- **Atención itinerante e intercultural**, mediante equipos de salud que se desplazan por ciclos programados a comunidades alejadas, garantizando APS, seguimiento clínico y continuidad del cuidado.
- **Evacuaciones médicas terrestres y aéreas**, financiadas como componente estructural del sistema y no como eventos excepcionales, reconociendo la ausencia de servicios especializados en el territorio.
- **Puestos de salud modulares**, adaptados a contextos de sabana y frontera, con dotación esencial y capacidad de estabilización inicial y articulación con la red de referencia.

- **Redes de referencia y contrarreferencia con centros urbanos de mayor complejidad**, ubicados dentro y fuera del departamento, asegurando flujos claros, oportunos y culturalmente pertinentes.
- **Permanencia temporal del talento humano en territorio**, incluyendo costos de alojamiento, alimentación, transporte y condiciones mínimas de operación en zonas remotas.

En el Vichada, los factores de corrección permiten sostener esquemas de atención flexibles y progresivos, indispensables para garantizar acceso efectivo en territorios de frontera.

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), así como tampoco 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 el departamento de Vichada, 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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, las prácticas culturales de cuidado y sanación se desarrollan en un territorio de amplia extensión, movilidad constante y contextos de frontera, donde la salud se concibe en relación con el camino, el desplazamiento territorial y el equilibrio entre persona, comunidad y sabana.

En este marco, la financiación prioriza:

- **Rituales asociados a la movilidad territorial**, orientados a la protección espiritual de los recorridos, los asentamientos temporales y los procesos de tránsito entre comunidades.
- **Ceremonias de protección espiritual del camino**, fundamentales para prevenir enfermedades, accidentes y desequilibrios asociados a los desplazamientos de larga distancia.
- **Prácticas de cuidado por ciclos de vida**, que acompañan el nacimiento, crecimiento, madurez, vejez y tránsito espiritual, garantizando continuidad del cuidado a lo largo del curso de vida.
- **Ceremonias de equilibrio comunitario y territorial**, realizadas en momentos específicos del calendario propio, con énfasis en jornadas concentradas que permiten cubrir grandes extensiones territoriales.
- **Rituales de protección del territorio y la frontera**, orientados a preservar la armonía frente a presiones externas, cambios ambientales y transformaciones territoriales.

La financiación reconoce la concentración temporal de las prácticas, los desplazamientos extensivos, la participación intercomunitaria y la necesidad de articular estas acciones con la organización propia del territorio.

Conclusión.

Estas prácticas no se financian como eventos aislados, sino como procesos continuos de cuidado y prevención, esenciales para la sostenibilidad del SISPI y la garantía del derecho a la salud desde la visión indígena.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, los actores del sistema de salud propia ejercen su labor en un territorio de gran extensión, baja densidad poblacional y movilidad constante, donde el cuidado en salud se organiza a través de esquemas itinerantes y redes intercomunitarias. La financiación prioriza esquemas de reconocimiento flexibles, orientados a:

- **Sabedores itinerantes**, que cubren amplios territorios y múltiples comunidades, acompañando procesos de cuidado, sanación y protección espiritual.
- **Autoridades tradicionales y orientadores del camino**, que garantizan la protección espiritual de los desplazamientos y la continuidad del cuidado en contextos de frontera.
- **Actores comunitarios legitimados**, cuya autoridad se sustenta en el reconocimiento colectivo y no en la permanencia fija en un solo punto territorial.

Estos esquemas de reconocimiento consideran:

a. La disponibilidad territorial, entendida como capacidad de respuesta y acompañamiento en amplios rangos geográficos.
b. La legitimación comunitaria, acreditada por las autoridades propias y conforme al Derecho Propio.
c. La cobertura extensiva, que reconoce el alcance territorial y poblacional del ejercicio del cuidado.
d. La flexibilidad temporal, adecuada a los ciclos propios, calendarios rituales y dinámicas de movilidad.

Conclusión.

Este reconocimiento no constituye una relación laboral, sino una forma propia de sostenimiento del sistema de conocimiento indígena, conforme a la autonomía de los pueblos y al marco constitucional 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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, los insumos y herramientas de la sabiduría ancestral se desarrollan en un contexto de sabana, condiciones climáticas extremas y limitaciones de suelo, lo que genera escasez natural de ciertos elementos esenciales para las prácticas de cuidado y sanación.

En este marco, la financiación prioriza:

- **Insumos escasos o de difícil acceso**, necesarios para rituales, tratamientos y prácticas preventivas, cuyo suministro requiere estrategias especiales.
- **Estrategias de conservación de insumos**, orientadas a garantizar disponibilidad en períodos críticos y a reducir la dependencia externa.

- **Intercambio territorial de insumos y saberes**, entre comunidades y pueblos, como mecanismo legítimo de sostenimiento del sistema de conocimiento propio.
- **Producción propia adaptada a la sabana**, incluyendo cultivos, recolección controlada y preparación de insumos conforme a las condiciones ecológicas del territorio.
- **Herramientas propias de movilidad y preparación**, necesarias para el traslado, almacenamiento y uso adecuado de los insumos en amplios territorios.

Conclusión.

Estos insumos se financian como medios esenciales para el cuidado de la salud y la vida, y no como bienes aislados, asegurando la sostenibilidad del sistema de salud propia dentro del SISPI.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, la infraestructura y dotación propia del SISPI se desarrolla en un contexto de sabana, grandes extensiones territoriales y movilidad comunitaria, lo que requiere soluciones modulares, livianas y móviles, capaces de adaptarse a distintos asentamientos y dinámicas de uso.

La financiación prioriza:

- **Infraestructura modular y multifuncional**, diseñada para cumplir funciones de atención, cuidado, sanación, encuentro comunitario y articulación intercultural.
- **Casas de salud propias multifuncionales**, con capacidad de adaptación a diferentes usos según el momento del ciclo comunitario y las necesidades territoriales.
- **Soluciones livianas y móviles**, que faciliten el traslado, montaje y desmontaje en contextos de movilidad y baja densidad poblacional.
- **Dotación esencial y portable**, adecuada a contextos de frontera, con equipos, mobiliario y objetos propios que acompañan la movilidad territorial.
- **Espacios de almacenamiento y resguardo**, que aseguren la conservación de insumos, herramientas y elementos rituales.

La financiación reconoce los costos logísticos de transporte multimodal, la necesidad de flexibilidad operativa y la articulación intercomunitaria en el uso de la infraestructura.

Conclusión.

Este componente se financia como **base material del SISPI**, garantizando que las prácticas de cuidado y sanación se desarrollen en espacios legítimos, dignos y culturalmente pertinentes.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, los desplazamientos territoriales se desarrollan en un contexto de gran extensión geográfica, baja densidad poblacional y limitada infraestructura de servicios, lo que exige movilidad terrestre y aérea como componente estructural del cuidado en salud.

La financiación prioriza una alta asignación orientada a:

- **Transporte terrestre de largo alcance**, mediante vehículos adecuados a condiciones de sabana, caminos no pavimentados y largas distancias.
- **Transporte fluvial,** fundamental para el acceso a comunidades ribereñas y zonas de difícil tránsito terrestre, especialmente durante temporadas de lluvia, mediante embarcaciones adaptadas a los ríos del territorio y con criterios de seguridad intercultural.
- **Transporte aéreo**, indispensable para evacuaciones médicas, atención de urgencias y referencia a servicios de mayor complejidad.
- **Alquiler y operación de vehículos**, incluyendo costos asociados a mantenimiento, seguros y conductores.
- **Evacuaciones médicas programadas y no programadas**, reconocidas como parte regular del sistema y no como eventos excepcionales.
- **Logística de desplazamientos extensivos**, que incluye tiempos prolongados, pernoctación, alimentación y coordinación interinstitucional.

Estos desplazamientos garantizan la presencia efectiva del cuidado en territorios de frontera y la continuidad del tratamiento en ausencia de oferta local especializada.

Conclusión.

Este componente se financia como condición habilitante del SISPI, garantizando que la territorialización del modelo no se vea limitada por barreras geográficas, climáticas o logísticas; o, en otras palabras, este componente se financia porque sin él el SISPI no puede llegar al territorio ni garantizar el derecho a la salud; su financiación elimina las barreras que impiden que el modelo funcione en la realidad territorial.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, los procesos de formación y capacitación se desarrollan en un contexto de gran extensión territorial, movilidad comunitaria y baja densidad poblacional, lo que requiere estrategias concentradas por ciclos, que optimicen los desplazamientos y aseguren cobertura territorial amplia.

La financiación prioriza:

- **Encuentros territoriales ampliados**, realizados por ciclos definidos, que reúnen a actores del SISPI de múltiples comunidades y pueblos.
- **Formación itinerante e intergeneracional**, mediante sabedores y mayores que se desplazan por el territorio transmitiendo conocimientos en diferentes puntos y momentos.
- **Estrategias de transmisión intergeneracional**, orientadas a garantizar la continuidad del conocimiento entre mayores, jóvenes y nuevos actores del sistema.
- **Metodologías adaptadas a la movilidad territorial**, que combinan momentos intensivos de formación con acompañamiento posterior en territorio.
- **Articulación intercultural**, que permite el diálogo respetuoso con conocimientos alopáticos, sin afectar la autonomía del sistema de conocimiento indígena.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, la gobernabilidad propia en salud se ejerce en un contexto de amplia extensión territorial, baja densidad poblacional y procesos organizativos en consolidación, lo que requiere estrategias progresivas de alistamiento y fortalecimiento organizativo.

La financiación prioriza:

- **Procesos de alistamiento organizativo en salud**, orientados a estructurar y fortalecer las instancias propias de gobierno del SISPI.
- **Creación y fortalecimiento de comités de salud propia**, como espacios de orientación, decisión y control comunitario.
- **Fortalecimiento de la toma de decisiones comunitarias**, mediante metodologías participativas, adaptadas a la movilidad territorial y a los ciclos propios.

- **Acompañamiento técnico intercultural**, respetuoso del sistema de conocimiento indígena, para la formulación de planes y programas propios.
- **Articulación territorial e interinstitucional**, necesaria en contextos de frontera y dispersión extensiva.

Conclusión.

Este componente se financia como condición esencial para la autonomía del SISPI, garantizando que el ejercicio del derecho a la salud indígena se realice desde los mandatos propios y con sostenibilidad en el tiempo.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, el seguimiento, la evaluación y el control propios se desarrollan en un contexto de amplia extensión territorial, movilidad comunitaria y baja densidad poblacional, lo que exige mecanismos periódicos, cíclicos y estratégicamente concentrados.

La financiación prioriza:

- **Mecanismos de evaluación periódica por ciclos**, definidos conforme a los calendarios propios y a las dinámicas territoriales.
- **Control comunitario y social indígena**, ejercido por comités de salud propia y autoridades tradicionales, con énfasis en legitimidad y representatividad.
- **Procesos de rendición de cuentas territorial**, desarrollados en encuentros ampliados, donde se presenta y evalúa la gestión del SISPI.
- **Herramientas propias de seguimiento**, que combinan memoria oral, registros comunitarios y valoración colectiva de los procesos.
- **Articulación intercomunitaria**, para garantizar coherencia y cobertura territorial del control.

Conclusión.

Este componente se financia como garantía de transparencia, legitimidad y sostenibilidad del SISPI, asegurando que las decisiones y acciones se mantengan alineadas con los sistemas de conocimiento indígena y los mandatos propios.

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.

Vichada.

En el departamento del Vichada, la investigación propia se desarrolla en un contexto de sabana, movilidad territorial y frontera, donde el cuidado de la salud se vincula estrechamente con la adaptación al territorio, la protección del camino y la sostenibilidad de las prácticas propias en condiciones cambiantes.

La financiación prioriza:

- **Investigación orientada a la adaptación territorial**, que explore prácticas de cuidado acordes con la sabana, el clima y las dinámicas de movilidad.

- **Procesos de fortalecimiento de la soberanía del conocimiento**, garantizando que la producción, uso y transmisión del saber permanezcan bajo control comunitario.
- **Investigación sobre sostenibilidad de prácticas propias**, orientada a asegurar su continuidad frente a presiones externas, cambios ambientales y transformaciones territoriales.
- **Investigación intercomunitaria e itinerante**, desarrollada por sabedores y autoridades que recorren el territorio compartiendo y contrastando experiencias.
- **Vinculación de jóvenes y nuevas generaciones**, como estrategia de continuidad y revitalización del conocimiento.
- La financiación reconoce los desplazamientos multimodales, la logística de encuentros territoriales ampliados y los tiempos propios de reflexión y transmisión.

Conclusión.

Estos recursos se incorporan como criterios explícitos dentro de la metodología de costos del SISPI, garantizando que la investigación propia sea financiable, sostenible y vinculante para la operación del sistema.

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 Vichada**

  El análisis permitió traducir los criterios de costos a contextos territoriales específicos, reconociendo las particularidades geográficas, climáticas, organizativas y culturales del Vichada, 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 modelos de salud propia e intercultural Vichada.

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 Vichada, 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 81.

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 hombre-naturaleza.	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 el del Vichada.
- **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 Ley 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 autoridades 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 técnico, 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 DEFINDAS 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 "Investigación-Acción 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 82.

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 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 Vichada.
- 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 Vichada.
- 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 Vichada.
- 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 de los modelos de Salud Propia e Intercultural en los territorios del Vichada.
- 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 el Vichada.

- 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 Vichada no corresponde a 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 de los modelos SISPI de Vichada, 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 Vichada 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 Vichada 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 materno-infantil 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 Vichada. 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 en Vichada, 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 Vichada, 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 Vichada y 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 Vichada.

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 Vichada, 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 Vichada 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 Vichada 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 Ley 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 ADRESS.

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 Vichada, 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 Vichada, 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 materno-infantil 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 Vichada, se orienta a restaurar la relación entre cuerpo, alimento, territorio y espíritu, en respuesta a la pérdida cultural y la apropiación externa del saber. Durante el Encuentro de Sabedoras y Sabedores, 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 0480 de 2025 establece la creación del Fondo de Administración del SISPI por territorio y los giros a través de la ADRESS. 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 Vichada, existe viabilidad jurídica plena, aunque se requiere una fase de alistamiento reforzado de entre cero y seis meses para fortalecer los procesos de organización y costeo, con una proyección de operación completa entre 12 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 Vichada, de manera inmediata y gradual, y en fase de alistamiento y posterior escalamiento. 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 Vichada 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 Vichada.

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 Vichada.

Referencias bibliográficas

Aguilar-Peña, M., Tobar-Blandón, M. & García-Perdomo, 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.v22n4/463-467/

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

Acuña-Andrade, L. & Ghiso-Jiménez, 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

Agudelo-Hernández F., Mecha-Chamorro J. & Marulanda-López 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/

Banco Mundial. (s.f.). *Qué es la seguridad alimentaria.* https://www.bancomundial.org/es/topic/agriculture/brief/food-security-update/what-is-food-security

Carranza-Patiño, H., Tubay-Moreira, M., Espinoza-Briones, H. & Chang-Muñoz, 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

Cruz-Gavilanes, T., Cruz-Gavilanes, Y., Cruz-Gavilanes, M., Muñoz-Cruz, A. & Quintana-Cruz, 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

Chacón-Quiceno, Y., Cubides-Peña, E. & Escorcia-Forero, 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/4482a911-4566-4671-b636-ce5ed5154028/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

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/desnutricion-infantil-colombia-aumenta-en-2024/

Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. (1989, 27 de junio). https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/indigenous-and-tribal-peoples-convention-1989-no-169

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.cric-colombia.org/portal/pronunciamiento-final-de-la-asamblea-nacional-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-construyendo-alternativas-para-un-buen-vivir-desde-los-pueblos/

Decreto 1416 de 1990. (1990, 04 de julio). https://www.suin-juriscol.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/Decreto-4972-de-2007.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/decreto-1973-de-2013.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/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.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/bol-EEVV-Nacimientos-IVtrim2023.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/2024/19-dic-2024/bol-EEVV-Nacimientos-2024pr.pdf?utm_source=chatgpt.com

Departamento Nacional de Planeación (DANE). (s.f.). *Plan Nacional de Desarrollo 2022–2026.* https://www.dnp.gov.co/plan-nacional-desarrollo/pnd-2022-2026

Eyzaguirre-Beltroy, 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/el-proceso-de-incorporacion-de-la-medicina-tradicional-y-altern_CDkDGRx.pdf*

García-Suso, A. & Vera-Cortés, M. (2002). El ciclo vital y la salud humana. *Dialnet. pp. 61–78.* https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5031053

Garzón-Garzón, L., Montoya-Chica, J. & Suárez-Lucas, G. (2025). Análisis del proceso de estructuración del SIPI en el departamento de Amazonas, Colombia. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 16(1), 310-337.* https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/RCCS/article/view/4712/4450

Gobernación del Vichada. (s/f). Análisis de Situación de Salud ASIS Vichada 2024. https://www.vichada.gov.co/lineamientos-718900/analisis-de-situacion-de-salud-asis-vichada-2024

Gobernación del Vichada. (2012). Análisis de la situación de salud departamento del Vichada (ASIS). Componente salud y enfermedad de los años 2010 y 2011. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Analisis-de-Situacion-Salud-Vichada-2010-2011.pdf?utm

Hernández-Sarmiento, J., Calle-Estrada, M., Ospina-Jiménez, M., Herrera-Almanza, L., Roldán-Tabares, M. & Martínez-Sánchez, 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

IMMAP. (s.f.). Situación alimentaria y nutricional de Vichada 2023. https://immap.org/wp-content/uploads/2016/12/Situacio%CC%81n-de-seguridad-alimentaria-y-nutricional-de-Vichada.-.pdf?utm_source=chatgpt.com

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/resumen-ejecutivo-informe-ons-9.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/buscador-eventos/REN/Art%C3%ADculo%203-2.3.pdf

Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe de Evento 2023. VIH, SIDA y Muerte por SIDA.* https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/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%BAblica%20entre%202018%20y%202022.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Período Epidemiológico VI.* https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20VI%2024.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/2024-boletin-epidemiologico-semana-44.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS). (2025). Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/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/buscador-eventos/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/colombia-mas-de-la-mitad-de-los-ninos-fallecidos-en-2024-murieron-por-desnutricion

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/articles-85906_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

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/perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.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/asis-colombia-2024.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Vichada 2024. una mirada actual al contexto migratorio y sus determinantes sociales. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/contexto-migratorio-vichada-2024.pdf?utm_source=chatgpt.com

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). Informe Plan Financiero Territorial de Salud 2024-2027 Departamento de Vichada.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/concepto-no-viable-pfts-2024-2027-vichada-20250527.pdf

Montoya-Conde, J, Cuya, J., Tapias, M., Ortíz-Rodríguez, S., Galván, M., Aguilar, J. & Ocampo-Cañas, J. (2023). Percepciones frente a las prácticas de cuidado y las medidas de salud pública implementadas durante la pandemia Covid-19 en población indígena (Vichada y Guainía) y campesina (Boyacá) de Colombia. *Universidad de los Andes.* https://repositorio.uniandes.edu.co/entities/publication/67dcec62-fb99-43b6-a535-a7d67f25af91?utm_source=chatgpt.com

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/2024-01/servicios-salud-

Resolución 5078 de 1992. (1992, 30 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. https://chinango.com.co/wp-content/uploads/2023/05/CO-Resolucion-5078-92-Medicina-Tradicional-Conservacion-Desarrollo-.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/resolucion-1841-de-2013.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/resolucion-0518-de-2015.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/resolucion-1545-de-2019.pdf

Resolución 2626 de 2019. (2019, 27 de septiembre). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/resoluciones/resolucion-2626-de-2019

Resolución 229 de 2020. (2020, 20 de febrero). Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad/resoluciones/resolucion-229-de-2020

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/reso

lucion-050-de-2021.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.suin-juriscol.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 Seccional de Salud del Vichada. (2012). *Análisis de la Situación de Salud Departamento del Vichada (ASIS) 2010-2011*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Analisis-de-Situacion-Salud-Vichada-2010-2011.pdf?utm

Secretaría Seccional de Salud del Vichada. (2025). Análisis de situación de salud (ASIS) participativo departamento de Vichada 2024. https://vichada.micolombiadigital.gov.co/sites/vichada/content/files/000958/47880_asis_vichada_2024_versionfinal2.pdf

Sentencia T-380 de 1993. (1993, 13 de septiembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-380-93.htm

Sentencia T-254 de 1994. (1994, 30 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-254-94.htm

Sentencia SU- 039 de 1997. (1997, 03 de febrero). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/su039-97.htm

Sentencia T-760 de 2008. (2008, 31 de julio). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm

Sentencia T-973 de 2009. (2009, 18 de diciembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/ficha-sentencia/346/0/texto/0

Sentencia T-357 de 2017. (2017, 30 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-254-94.htm

Sentencia T-302 de 2017. (2017, 26 de mayo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-357-17.htm

Sentencia SU-123 de 2018 (2018, 15 de noviembre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/su123-18

Sentencia T-128 de 2022. (2022, 14 de abril). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/t-128-22.htm

Sentencia T-082 de 2025 (2025, 03 de marzo). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/t-082-25.htm

Sentencia T-420 de 2025 (2025, 09 de octubre). Corte Constitucional de Colombia. https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2025/T-420-25.htm

Sociedad Geográfica de Colombia. (s.f.). Departamento de Vichada. https://www.sogeocol.edu.co/vichada.htm

Unicef. (2025). *Más de 1.000 niñas, niños y adolescentes reclutados en 5 años.* https://www.unicef.org/colombia/historias/dia-de-las-manos-rojas-2025

Anexos

Muestra Instrumento técnico consolidado de recolección de información

"Saberes, prácticas ancestrales y sistemas de salud propia e intercultural"

Ítem 2. Conceptos y percepciones culturales (sabiduría ancestral).

1. **¿Qué es el buen vivir?**

Tener territorio, salud, alimentación, buen espacio, aire puro. Tener territorio es tenerlo todo, es tener un territorio con una gran biodiversidad.

2. **¿Qué es salud?**

Tener buena alimentación, ambiente sano, viviendas dignas, buen estado físico y psicológico, bienestar, alma sana, cuerpo sano, cuando hay armonía, equilibrio, alimentación. Es estar bien en estado físico y psicológico. Es tener alimentación buena, ambiente sano, vivienda digna. Tener algo ancestral en tema, sus médicos, rezanderos y médicos.

3. **¿Qué es enfermedad?**

Debilidad física en diferentes partes, falta de espiritualidad, estado de reacción del cuerpo físico y espiritual que está mal, no hay territorio, malestar, incapacidad que impide hacer actividades, un acto que debilita al ser humano que puede llevar a la muerte. Es una discapacidad, malestar que impide hacer actividades cotidianas. Debilidad física en diferentes partes, falta de espiritualidad.

4. **¿Cómo se entiende la muerte en su cultura?**

Es separación de este mundo hacia otro mundo, volver a la madre tierra, terminar su ciclo de vida, el llamado de sus ancestros, volver a un ciclo atrás, pasar a otro mundo a través de su espíritu, es ir el alma para otro espacio.; es ir el alma para otro espacio.;

5. **¿Qué relación hay desde la creación del mundo con la salud?**

Que existe un espacio para ser y cuidar, todo lo creado tiene vida y de la naturaleza sale todo, de allí se envía al humano para que se transforme en medicina, reconocer enfermedades malignas en occidental, somos creados dentro de la naturaleza terrenal con un alma viviente. Que existe un espacio para el ser.

6. **¿Cuál es la relación del territorio con la salud?**

En el territorio se encuentra la salud para el pueblo Piapoco, del cual, se debe conservar y cuidar todo porque allí está la medicina propia, los Ainawi, es integral, tanto lo espiritual, el cuerpo y alma, los Ainawi.

7. **¿Cuál es la relación de la espiritualidad con la salud?**

Es la confirmación y obediencia a través del espíritu terrenal, sus rezos, yerbas, para sus permisos. Armonizar y rezar, pedir equilibrio para que no haya daño, obediencia y respeto de acuerdo a su fe en lo terrenal, conexión del cuerpo hacia la naturaleza que me rodea en contorno territorial. Sus rezos, yerbas para sus permisos.

Ítem 3. Ciclo vital.

1. **¿En qué actividades apoyan las autoridades (cabildos y capitanes) a los sabedores para el desarrollo del crecimiento (de niño a adulto)?**

Cuando los enfermos no se recuperan con atención tradicional , la autoridad tradicional gestiona la atención occidental a su EPS; el cabildo gobernador indígena recomienda a los médicos tradicionales que continúen con la medicina tradicional, a no ser sanado, se le llama ambulancia para remisión; apoyar y acompañar para que la comunidad para que tengan un cuidado adecuado; orientar en temas de quien o donde se va a acudir en temas de chequeo; en caso que el paciente no ha sido cuidado culturalmente, entonces la autoridad gestiona para el traslado al paciente a un centro de salud siempre y cuando las familias lo solicitan. En este punto se dio una conversación en la que se explicaba que muchas veces la familia se molesta y no acepta la atención para el traslado del paciente a un centro de salud, razón por la cual es importante consultar antes de solicitar los servicios occidentales.

Ítem 4. Componentes del SISPI (Político-organizativo).

1. **¿Cómo está organizado el gobierno propio en su comunidad?**

Tenemos un plan de vida, pero no se aplica. Capitanes, comité de salud, comité de pastores, comité territorio, cabildo gobernador indígena cabildo, junta. Cabildo junta, capitán, guardia. Capitán, lideres sabios.

2. **¿Cómo está organizada la atención en salud en su comunidad**

Rezandero, chaman, etc.; Mayores, chaman, rezandero, yaruma y pastor, gestor microscopista; acuden a su medicina tradicional; sabedor tradicional ancestral, sabedor ancestral espiritual, gestor en salud, parteras, sobanderos, pastor.

3. **¿Qué papel cumplen las autoridades políticas en situaciones de salud de la comunidad?**

Aconsejar o capacitar; cada familia es autónoma sobre su atención en salud; actúa como vocero que lidera y gestiona; acuerdo con las autoridades tradicionales para que haya equipos extramurales de acuerdo a la EPS y afiliados.

4. **¿La comunidad cuenta con un comité de salud?**

No, es individualmente, existe un plan de vida, pero falta actuar; consejero de salud (si); no; consejero de salud; promotores, voluntarios, gestores en salud y comunitarios, sabedores ancestrales.

Ítem 5. Factores protectores y riesgos (cuidado de la salud propia e intercultural).

1. **¿Desde el gobierno propio como cuidan y protegen el territorio y la salud?**

Proteger, cuidar el agua, los sitios sagrados, la selva, la guardia indígena vela por proteger; rezos y espiritualidad; proteger y conservar sabanas y bosques ya que

nos brindan plantas que contienen medicinas curativas y preventivas; con rezos y espiritualmente; con el capitán, el guardia ambiental, gestores y médicos ancestrales.

2. ¿Cómo autoridad de qué manera hace frente a los conflictos internos (gobernabilidad, familiares, intraétnicos, interétnicos, con otras comunidades) y externos (conflicto armado, cultivos ilícitos, deforestación, minería, religioso) de la comunidad?

Hay una norma interna que no se aplica, solución con la guardia indígena y sustentado mediante una asamblea (gobernabilidad y familia), el cabildo indígena interviene con las comunidades, sus autoridades buscan solución pacífica, el cabildo gobernador con la guardia indígena, autoridades y capitanes, se oficia para que vengan al territorio a no aceptar, acuden a la institución del estado. Pacificar a través de un dialogo con las familias con capitanes de cada comunidad. Consejo de mayores (justicia). Cuando es un conflicto colectivo, en la autoridad máxima busca la manera de hacer reflexión de convivir en el territorio sanamente, cuando es un conflicto familiar, la autoridad máxima no se mete a no ser que haya un abandono de hogar o maltrato físico y psicológico, religioso, en la comunidad en general solo hay católicos, pero no hay iglesia.

Ítem 6. Afectaciones en salud (visión política).

1. ¿Cuáles son las principales problemáticas de salud en su comunidad?

Transporte (desplazamientos a hospital), atención en salud, paludismo, EDA, enfermedades espirituales, diabetes. Conflictos por tener la representación, por poder organizativo. Planificación, inyección, espíritus malignos, IRA.

2. ¿Cuáles han sido sus causas?

Recursos económicos que se manejan, transferencia, chismes y juzgamiento falso; por virus y alimentación, no hay citas en salud; agua estancada, aseo personal como comunidad.

3. ¿Cómo las han solucionado?

Medicina tradicional y medicina occidental; comprar medicamento por su propia cuenta; en asamblea reduciendo el chisme; haciendo charlas educativas tanto occidentales como ancestrales.

Ítem 7. Relación con el sistema de salud (Sistema general de seguridad social en salud SGSSS).

1. ¿La comunidad participa en mesas de concertación, consejos territoriales o asociaciones de usuarios en salud? ¿En cuáles?

No, la comunidad no participa, cada año el gobernador como máxima autoridad asiste a la mesa de concertación en salud.

2. ¿Cómo ha sido su atención con EPS (asegurador-afiliador) o IPS (Prestador de servicio de salud)?

Regular, aceptable.

3. ¿Cuáles hay en el territorio?

No tenemos puesto de salud, en el año tenemos 2 atenciones del personal profesional en salud, pero tenemos Jiwi Salud, Mataven Salud, 3 IPS y ESE San Juan de Dios, EPS e IPS, Mallamas, Jiwi Salud y Mataven Salud.

4. ¿Sabe cuál es la distancia de la comunidad a centros de salud más cercano?

74 horas, 72 horas, 78 horas, 4 a 10 horas.

Ítem 8. Necesidades y propuestas.

1. ¿Qué se necesitaría para fortalecer el sistema propio de salud (física, espiritual, territorial, comunitario)?

Modelo propio en salud, casa ancestral, capacitar los médicos tradicionales, vehículos en el territorio; hospital indígena, transporte terrestre, fluvial y aéreo. Asesoría y capacitación, infraestructura occidental y ancestral, hospital propio indígena, casa indígena, capacitación y talleres en lo occidental.

2. ¿Cómo trabajar en conjunto desde lo propio con lo occidental para mejorar la salud?

Manual intercultural, acuerdos claros, hacer encuentros de sabedores ancestrales, con personal profesional en salud, capacitación en diferentes servicios en salud, infraestructura en niveles II, III y IV en salud.

3. ¿Cómo cree usted que se debe reconocer y certificar la experiencia y conocimiento de los médicos ancestrales?

Es autónomo, no se certifica desde su conocimiento y reconocimiento de su existencia del personal (sabedores, parteras, medico tradicional), se acude a través de evidencia, fecha, diagnostico; certificado comunitario, teniendo sus prácticas.

Ítem 9. Administración y gestión.

1. ¿Cómo funciona el gobierno propio en temas de salud?

Mediante distintas asociaciones. Tener un representante legal conformado por sabedores y asociación. Administración y gestión. Mediante reuniones y coordinación, tener un representante legal, comité en salud, lo conformarían los ancestrales, médicos, sabedores, parteras. Asamblea de consejo de sabedores, IPS.

2. ¿Qué recursos necesitaría su comunidad para fortalecer la salud?

Dólares, transporte, infraestructura; transporte, capacitación a generaciones y actuales; dinero, transporte, infraestructura. De acuerdo a sus funciones, lo necesario para sus procedimientos.

3. ¿Cómo es el trabajo con los organismos humanitarios?

No, ninguno, no asisten, no.

4. ¿Existe un reglamento interno para los temas de salud en su comunidad?

Si, mandatos, estructuras y actas. No. Mandatos, estatutos y actas de asamblea.

Ítem 10. Observaciones adicionales.

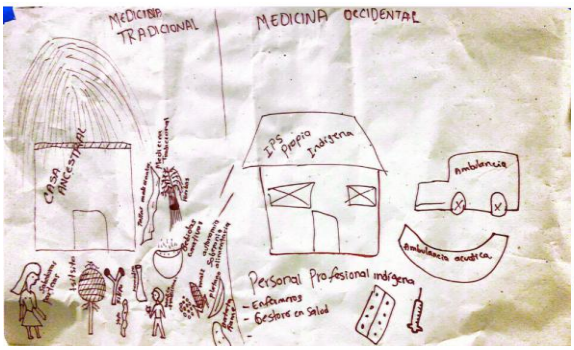
Comentarios de la autoridad sobre la salud en el territorio:

Socialización general, es indispensable tener y garantizar las funciones directas, para garantizar la vida de las familias. La salud occidental es pésima. Otros insumos se podrían recoger en la comunidad.

Cartografía

Vichada

La salud ideal en el Vichada

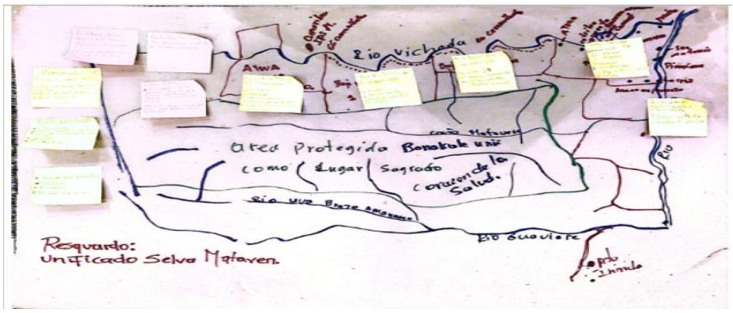




Resguardo Saracure Río Cada



Resguardo Unificado Selva Mataren



Resguardo Cholobo Matatu

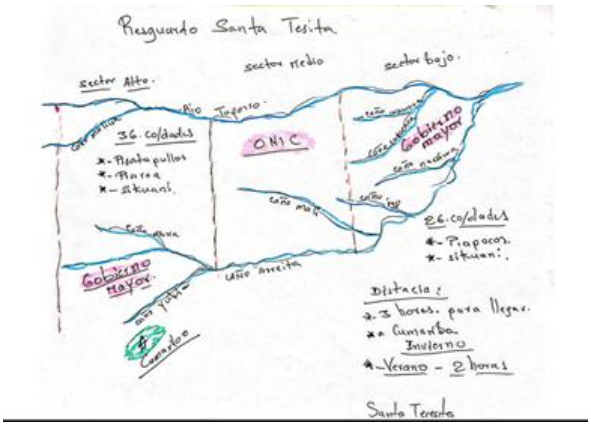




Resguardo Nakuanedorro



Resguardo Santa Teresita

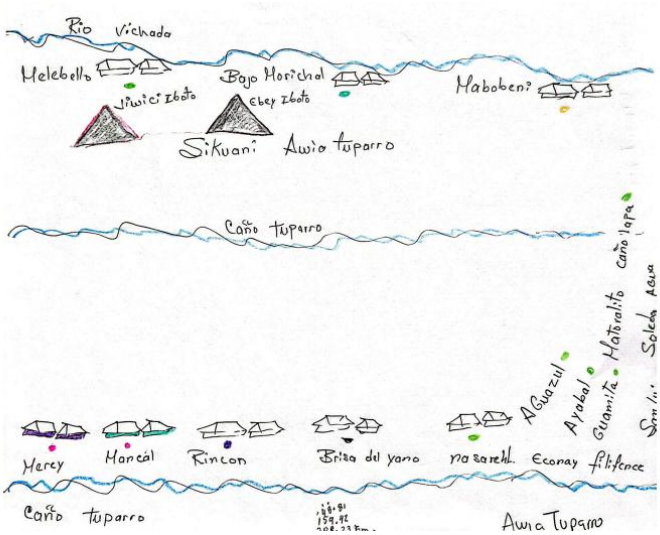




Cabildo en contexto urbano El Picacho



Resguardo Awia Tuparro



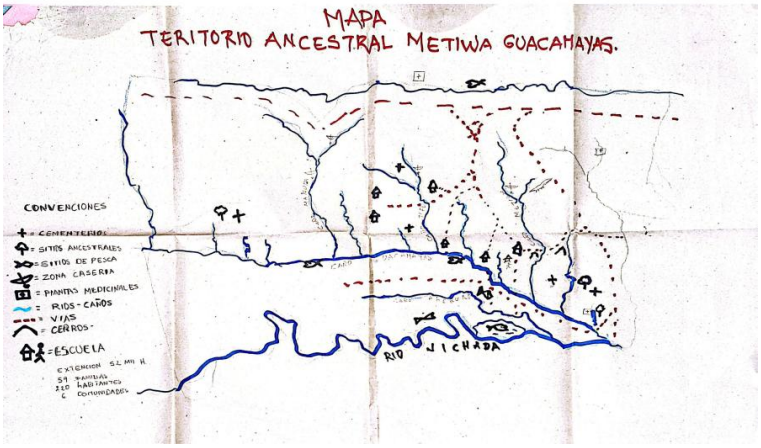
Resguardo Aliwa Kupepe



Parcialidad Los Mangos



Resguardo Metiwa Guacamayas



Resguardo Guacamaya Mamiyare



Resguardo La Esmeralda



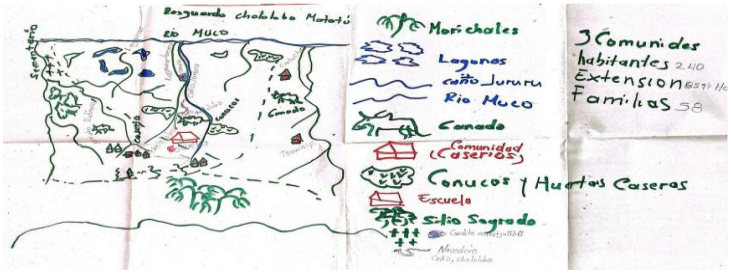
Resguardo Valdivia



Resguardo Aiwa Kuna Tsepajibo



Resguardo Cholobobo Matatú



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.

Chamán: Guía espiritual y sanador en el Vichada. Realiza rituales de curación, protección y equilibrio territorial. Representa sabiduría, poder y conexión con lo sagrado.

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.

Pastor: Figura religiosa de tradición cristiana o evangélica que guía espiritualmente a la comunidad; representa la influencia de la occidentalización en Vichada.

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.

UFI-SISPI: Unidad de Financiación Integral del SISPI. Fondo soberano administrado por Gobierno Mayor, con trazabilidad intercultural y aval comunitario.

Tsanami: Un sabio tradicional del departamento del Vichada, que se especializa en la medicina de plantas y rezo, transmitida de generación en generación

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 Vichada

Tabla 6. Niveles de organización – Vichada

Tabla 7. Costos estimados de fortalecimiento (plantilla)

Tabla 8. Metas e indicadores (12 meses)

Tabla 9. Instrumentos jurídicos y modelos de acuerdo

Tabla 10. Marco de monitoreo y evaluación (M&E) con enfoque intercultural

Tabla 11. Estructura de gobierno en salud (detalle)

Tabla 12. Costos detallados (estimación CAPEX/OPEX)

Tabla 13. Indicadores e hipótesis de resultados

Tabla 14. Enfoque territorial y visión

Tabla 15. Percepciones

Tabla 16. Enfermedades Propias Asociadas al Desequilibrio y la Desarmonización - Vichada

Tabla 17. Factores de desequilibrio y desarmonía en la salud

Tabla 18. Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Tabla 19. La medicina ancestral un trabajo colectivo con el entorno

Tabla 20. Principales riesgos que enfrentan los sabedores y sabedoras ancestrales

Tabla 21. Necesidades prioritarias de los sabedores y sabedoras ancestrales

Tabla 22. Infraestructura o Espacios Culturales en salud del Departamento del Vichada

Tabla 23. Riesgo en la salud relacionados con determinantes.

Tabla 24. Prevalencias más altas de desnutrición aguda, según categoría de municipio por número de habitantes, Colombia, 2024

Tabla 25. Matriz de rutas de aseguramiento (24 Meses)

Tabla 26. Factores determinantes de la desarmonización espiritual y la salud mental en pueblos indígenas del Vichada

Tabla 27. Actores y responsabilidades

Tabla 28. Matriz de Rutas de Salud Sexual y Reproductiva

Tabla 29. Componentes del Modelo

Tabla 30. Ruta de implementación con plazos

Tabla 31. Cuadro de resumen del control

Tabla 32. Matriz M&E Propuesta

Tabla 33 Morbi-mortalidad Vichada

Tabla 34. Mortalidad Vichada

Tabla 35. Desarmonías prevalentes Vichada

Tabla 36. Ciclo de Vida con Desarmonías y Equilibrios – Vichada

Tabla 37. Mapa de Indicadores por Ciclo de Vida Vichada

Tabla 38. Actores en salud desde lo propio para el Vichada Tabla 39.

Tabla 49. Síntesis del rol de los actores

Tabla 40. Actores en salud occidental relevantes para el territorio Actores en salud occidental relevantes para el territorio

Tabla 41. Fortalecimiento talento humano

Tabla 42. Compilación de Estructuras Organizativas Propias

Tabla 43 Tipo de Estructura Organizativa Propia Departamento del Vichada

Tabla 44. Necesidades de formación propia y complementaria.

Tabla 45. Procesos de investigación priorizados

Tabla 46. Estrategias de desarrollo del conocimiento

Tabla 47. Hallazgos

Tabla 48. Necesidades

Tabla 49. Riesgos

Tabla 50. Estrategias

Tabla 51. Resultados esperados

Tabla 52. Hallazgos

Tabla 53. Necesidades

Tabla 54. Riesgos

Tabla 55. Estrategias

Tabla 56. Resultados esperados

Tabla 57. Hallazgos

Tabla 58. Necesidades

Tabla 59. Riesgos

Tabla 60. Estrategias

Tabla 61. Resultados esperados

Tabla 62. Hallazgos

Tabla 63. Necesidades

Tabla 64. Riesgos

Tabla 65. Estrategias

Tabla 66. Resultados esperados

Tabla 67. Hallazgos

Tabla 68. Necesidades

Tabla 69. Riesgos

Tabla 70. Estrategias

Tabla 71. Resultados esperados

Tabla 72. Matriz Integrada De Fases De Implementación Vichada

Tabla 73. Acción 1. Activación del proceso comunitario y espiritual

Tabla 74. Acción 2. Primer vínculo intercultural entre medicina ancestral y occidental

Tabla 75. Acción 3. Reconocimiento normativo del médico tradicional

Tabla 76. Matriz de Implementación – Componente Político-Organizativo del SISPI

Tabla 77. Matriz de Implementación del Modelo de Salud Propia e Intercultural

Tabla 78. Implementación formativa y generación de conocimiento

Tabla 79. Sostenibilidad y consolidación del modelo

Tabla 80. Matriz de implementación – por fases y plazos

Tabla 81. Estrategias, actividades e instrumentos

Tabla 82. Matriz de responsabilidades

Listado de Imágenes

Imagen 1. Reuniones fase Alistamiento

Imagen 2. Encuentro de Sabedores en Bogotá

Imagen 3. Jornadas de Sistematización Vichada

Imagen 4. Mesas Técnicas Nacionales

Imagen 5. Encuentros de Retroalimentación y Ajuste Vichada

Imagen 6. Reunión Nacional de Articulación y Procesos Nacionales Bogotá

Imagen 7. Reunión de cierre y socialización Bogotá

Imagen 8. Mapa político de Vichada

Imagen 9. Calendario ecológico Resguardo Santa Teresita

Imagen 10. Calendario ecológico Los Mangos

Imagen 11. Calendario ecológico resguardo Saracure

Imagen 12. Planta de Choyo Payita para prevención y curación salud oral

Imagen 13. Caracterización de sabedores ancestrales Vichada

Imagen 14. Cifras de desnutrición infantil en Vichada

Imagen 15. Actores generales del modelo de salud propio e intercultural

Imagen 16. Cronograma

Imagen 17. Plan de trabajo

Listado de Gráficos

Gráfico 1. Distribución por género en Vichada

Gráfico 2. Composición étnica en Vichada

Gráfico 3. Distribución poblacional por municipio en Vichada

Gráfico 4. Cobertura de servicios públicos en Vichada