Producto 2

Cuidado De la Salud Propia e Intercultural

Documento técnico que recoja, desde la visión de cada pueblo, las formas propias de atención, cuidado, prevención y sanación, integrando ciclos de vida, itinerarios terapéuticos, redes de apoyo comunitario, mecanismos de articulación con servicios institucionales, principios de complementariedad terapéutica y criterios de calidad cultural, constituyéndose una propuesta territorializada, valida y legítima de atención en salud desde los pueblos indígenas.

Comisión de Salud, Alimentación y Apoyo Social
Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor

Ministerio De Salud y Protección Social

Bogotá D.C., Colombia
Noviembre de 2025

Contenido

Listado De Siglas 4

Introducción 7

Justificación 10

Objetivo General 12

Objetivos Específicos 12

Metodología 13

Resultados 15

Ciclo vital 15

Características geográficas 17

Chocó 17

Vichada 18

Actores propios y externos que intervienen en el cuidado de la salud integral 19

Saberes Del Cuidado De La Salud Desde Lo Propio E Intercultural 23

Propuestas para el desarrollo del componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural 26

Planeación 27

Planeación de las estrategias o acciones de cuidado de la salud propia e intercultural 27

Implementación 28

Implementación de las acciones de cuidado de la salud y el buen vivir 28

Evaluación 30

Evaluación y mejora continua y articulación 30

Coordinación 32

Articulación, complementación y coordinación de las acciones de salud para la garantía del cuidado 32

Diagnóstico Integral De La Medicina Ancestral En Chocó Y Vichada 33

Modelos Que Se Pueden Implementar 35

La Salud Soñada De Los Pueblos Indígenas De Chocó Y Vichada, Desde El Componente De Cuidado De Salud Propia E Intercultural 39

Eje 1. Caracterización 40

Eje De Planeación 45

Eje De Implementación 47

. 48

Eje De Evaluación 50

Eje De Coordinación 52

Conclusiones 59

Bibliografía 60

Glosario 61

Listado De Siglas

DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

EDA - Enfermedades diarreicas agudas

IRA - Infección respiratoria aguda

HTA - Hipertensión

SGSSS - Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPI - Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural

TBC - Tuberculosis

Listado de Tablas

Tabla 1: Actores en salud desde lo propio para el Chocó

Tabla 2: Actores en salud desde lo propio para el Vichada

Tabla 3: Actores en salud occidental relevantes para el territorio

Tabla 4: Afectaciones y enfermedades propias del Chocó y su intervención desde la ancestralidad

Tabla 5: Afectaciones y enfermedades propias del Vichada y su intervención desde la ancestralidad

Tabla 6: Afectaciones y enfermedades comunes en los territorios y su intervención desde la ancestralidad y la Occidentalidad

Tabla 7: Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Tabla 8: Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Tabla 9: Hallazgos

Tabla 10: Necesidades

Tabla 11: Riesgos

Tabla 12: Estrategias

Tabla 13: Hallazgos

Tabla 14: Necesidades

Tabla 15: Riesgos

Tabla 16: Estrategias

Tabla 17: Resultados Esperados

Tabla 18: Hallazgos

Tabla 19: Necesidades

Tabla 20: Riesgos

Tabla 21: Estrategias

Tabla 22: Resultados Esperados

Tabla 23: Hallazgos

Tabla 24: Necesidades

Tabla 25: Riesgos

Tabla 26: Estrategias

Tabla 27: Resultados Esperados

Tabla 28: Hallazgos

Tabla 29: Necesidades

Tabla 30: Riesgos

Tabla 31: Estrategias

Tabla 32: Resultados esperados

Tabla 33: Matriz Integrada De Fases De Implementación Chocó

Tabla 34: Matriz Integrada De Fases De Implementación Vichada

Introducción

El presente documento forma parte integral del proceso de construcción del modelo de salud del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) y recoge las formas propias de atención, cuidado, prevención y sanación de los pueblos indígenas filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor en los departamentos del Chocó y Vichada.

Este trabajo se desarrolla en el marco del reconocimiento del carácter autónomo y diferencial de los sistemas de salud indígena, orientado a visibilizar el saber ancestral, los valores espirituales, las prácticas comunitarias y las estrategias de armonización territorial como componentes claves de un modelo intercultural de salud. De este modo, se busca fortalecer el diálogo de saberes entre la medicina ancestral y la medicina occidental, promoviendo acciones conjuntas que respeten la diversidad étnica y garanticen el derecho fundamental a la salud desde las cosmovisiones propias de los pueblos indígenas.

El modelo que aquí se propone articula diversas dimensiones complementarias:

a) Cuidado de la salud propia y complementaria, ejecutadas a nivel de personas, familias, comunidad y territorio.
b) La promoción, protección y recuperación de la salud con el propósito de mantener la armonía y el equilibrio en las relaciones hombre – territorio – espíritu.
c) El reconocimiento y fortalecimiento de las formas de cuidado integral de la salud mediante la coordinación y complementariedad con otras prácticas médicas reconocidas.

d) La gestión de información propia e intercultural sobre salud y buen vivir.

De acuerdo con Hernández, et al. (2021),

> El problema de salud no es de origen solo físico y va más allá de lo orgánico; por lo tanto, las intervenciones tampoco son exclusivas para el cuerpo. La enfermedad está definida en un sentido social, como la interrupción del comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar.

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".

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. (Aguilar & Peña, 2020).

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”.

En consecuencia, este producto representa un paso fundamental hacia la consolidación de un modelo de salud intercultural participativo, que articule

conocimientos, prácticas y valores en torno al cuidado integral de la vida, la armonía y el buen vivir de los pueblos indígenas del Chocó y Vichada.

Justificación

La construcción del Modelo de Salud del Sistema Indígena en Salud Propia e Intercultural – SISPI, en los departamentos del Chocó y Vichada requiere un conocimiento profundo y respetuoso de las prácticas, saberes y formas organizativas que los pueblos indígenas han desarrollado para el cuidado de la vida y el bienestar colectivo, en este sentido, la recolección, análisis y sistematización de las formas propias de atención, prevención y sanación constituye una acción fundamental para fortalecer los procesos de salud desde la visión y el pensamiento ancestral, garantizando que el modelo de salud se fundamente en las realidades culturales, espirituales y territoriales de las comunidades.

Este producto permite visibilizar la diversidad de conocimientos y metodologías que sustentan el equilibrio y la armonía en los pueblos indígenas del Chocó y Vichada filiales a Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor, reconociendo la centralidad de sabedoras y sabedores, y las redes comunitarias en la gestión integral de la salud, a través, de la identificación de los saberes ancestrales vinculados al ciclo vital y los itinerarios terapéuticos, se busca comprender la relación entre el cuerpo, el territorio y el espíritu, elementos esenciales para la salud desde la cosmovisión indígena.

Así mismo, la descripción de los actores propios y externos que participan en los procesos de atención y cuidado integral permitirá identificar puntos de encuentro, tensiones y oportunidades de articulación entre los sistemas de salud indígena y occidental, fortaleciendo los mecanismos de diálogo intercultural.

Finalmente, la sistematización de las prácticas tradicionales de diagnóstico,

sanación y armonización espiritual aportará insumos metodológicos y conceptuales para la formulación del Modelo de Salud Propio e Intercultural, orientado a garantizar la autonomía, el gobierno propio y el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas filiales a Gobierno Mayor.

Objetivo General

Recolectar, analizar y sistematizar las formas propias de atención, cuidado, prevención y sanación desde la visión de los pueblos indígenas del Chocó y Vichada filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor, con el fin de aportar a la construcción del Modelo de Salud del SISPI en ambos departamentos.

Objetivos Específicos

- Identificar los saberes ancestrales relacionados con el ciclo vital, los itinerarios terapéuticos y las redes comunitarias de apoyo en salud.
- Describir los actores propios y externos involucrados en la atención y el cuidado integral de la salud en los territorios indígenas.
- Sistematizar las prácticas ancestrales de diagnóstico y sanación, así como las estrategias de armonización espiritual utilizadas en los territorios.

Metodología

El componente de Cuidado de Salud Propia e Intercultural, describe las formas propias de atención, cuidado, prevención y sanación de los pueblos indígenas Sikuani, Piaroa, Mapayerri, Wannabe, Kuibas, Aburuba, Sálibas, Piapocos, Amurabas y Curripaco del departamento del Vichada y Emberá Dobidá, Emberá Chamí y Emberá Katío del departamento del Chocó, filiales a la organización Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor. Para la recolección de información se utilizó una metodología cualitativa por observación participativa, entrevista semiestructurada y abierta, grupo focal e información documental.

La observación participativa se llevó a cabo directamente en los territorios indígenas de Chocó y Vichada, donde los equipos técnicos compartieron durante varios días con las comunidades. Este ejercicio permitió tener una perspectiva más objetiva de formas propias respecto a la salud.

En cuanto a las entrevistas semiestructuradas y abiertas, se realizaron en diferentes espacios tanto en territorio como en la ciudad de Bogotá, utilizando como guía el instrumento técnico consolidado de recolección, denominado “Saberes, prácticas ancestrales y sistemas de salud propia e intercultural”. Este instrumento orientó las conversaciones con autoridades tradicionales, sabedores y sabedoras, personal de salud indígena y miembros de las comunidades, facilitando un diálogo fluido, respetuoso y participativo.

En Bogotá, se llevó a cabo un encuentro de sabedores y sabedoras, espacio que facilitó el intercambio de conocimientos ancestrales y experiencias territoriales en torno a la salud propia e intercultural. Durante este encuentro se desarrollaron grupos focales

que generaron aportes significativos para la construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural de los departamentos del Chocó y Vichada.

Los resultados de estos diálogos fueron sistematizados en una relatoría, la cual constituye un insumo clave para el análisis y la integración de la información documental. Dicho proceso permitió consolidar hallazgos y reflexiones relevantes, aportando de manera sustantiva al ejercicio de diseño y construcción del Modelo de Salud Indígena Propia e Intercultural, en el marco del convenio entre el SISPI y Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia – Gobierno Mayor.

Resultados

Ciclo vital

Según García y Vera (2002), el ciclo vital humano comprende el proceso de crecimiento y desarrollo que atraviesa la persona desde el nacimiento hasta su muerte. Sin embargo, para los pueblos indígenas, la concepción de las etapas que conforman este ciclo adquiere significados propios, profundamente vinculados con la espiritualidad, la comunidad y la relación con el territorio.

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.

Características geográficas

Los territorios del Chocó y del Vichada presentan condiciones geográficas y ambientales particulares que hacen que el desplazamiento hacia muchas comunidades sea complejo.

Chocó

En el Chocó, la movilidad se caracteriza principalmente por el transporte fluvial. Existen puntos centrales de acceso, como Quibdó y Puerto Meluk, a los cuales se puede llegar por vía terrestre, aunque con dificultades relacionadas con el estado de las carreteras (frecuentemente destapadas) y con situaciones como bloqueos o paros en las vías, sin embargo, desde estos puntos de conexión, el desplazamiento hacia las comunidades se realiza de forma fluvial, utilizando lanchas y motores como medios

principales de transporte. Factores como la disponibilidad de combustible, las condiciones climáticas y las largas distancias entre las comunidades inciden directamente en la movilidad. Los tiempos de desplazamiento pueden variar entre tres horas y hasta cinco días, dependiendo del trayecto, el tipo de embarcación disponible y los recursos de las comunidades, que en algunos casos implican el uso de remo o recorridos a pie.

Vichada

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.

Actores propios y externos que intervienen en el cuidado de la salud integral

Cada territorio cuenta con actores que desempeñan un papel fundamental en la protección y el cuidado de la salud, tanto desde la sabiduría ancestral como desde la medicina occidental. A continuación, se describen quienes, desde ambos enfoques, contribuyen directamente a los procesos de cuidado, acompañamiento y articulación intercultural.

Tabla 1

Actores en salud desde lo propio para el Chocó

Sabedor	Descripción
Jaibaná *(daubara)*	Son los médicos espirituales y líderes del conocimiento ancestral. Utilizan el pilde (borrachero) como planta de poder para entrar en contacto con los Jaís (espíritus o esencias). Realizan ceremonias de curación, protección y armonización del territorio. Ejercen autoridad en temas de salud, justicia y conflictos comunitarios.
Partera (o) *(warra careba tobibata)*	Expertas en el acompañamiento del embarazo, parto y posparto. Utilizan técnicas tradicionales, plantas medicinales y saberes transmitidos por generaciones. Su labor es clave en territorios donde el acceso a servicios médicos es limitado.
Yerbatero o hierbatero *(neara kitua kababe)*	Personas que tiene conocimiento de plantas curativas, de cómo administrar y dar la cantidad de estas plantas para aliviar el cuerpo, según la afectación.
Tonguero (*ibatau*)	Son especialistas en el diagnóstico a través de la lengua y otras señales corporales. Su práctica puede incluir la interpretación de síntomas visibles y el uso de plantas específicas. Su saber está basado en la observación, la experiencia y la transmisión oral.
Sobandero (*dayi tabari, dayi tasobari)*	Son sanadores tradicionales que practican técnicas manuales para aliviar dolencias físicas como luxaciones, esguinces, contracturas y otros malestares musculares o articulares. Utilizan técnicas empíricas para acomodar huesos, relajar músculos y tratar lesiones. Emplean remedios caseros como ungüentos, esencias, plantas medicinales y en algunos casos, rezos o rituales.
Veedor de orina (*Siba akubari, Shiba akubari)*	Son sabedores que analizan la orina de una persona para diagnosticar enfermedades o desequilibrios físicos y espirituales. Observa la orina directamente en un recipiente, sin instrumentos médicos.
Curandero *(dayi akubari)*	Es una persona que tiene conocimientos tradicionales en plantas medicinales, rituales espirituales o prácticas ancestrales, brinda atención a personas con problemas físicos, emocionales o espirituales; su conocimiento se basa en la tradición oral, la experiencia, y la cultura propia.

Pega hueso *(dayi buru waya karanumebatha)*	Es una persona que se encarga de pegar los huesos después de una fractura mediante secretos y plantas medicinales.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2

Actores en salud desde lo propio para el Vichada

Sabedor	Descripción
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.
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.
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.
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.
Chamán	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.
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.
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.

Nota: Elaboración propia

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 Jaibaná ocupan el rango más alto para tratar enfermedades propias. Les siguen las parteras, los curanderos, rezanderos, tongueros, pega hueso, sobanderos, veedores de orina y yerbateros, quienes se especializan en tratamientos de dolencias puntuales.

Todos los médicos ancestrales trabajan de manera articulada, reconociendo sus límites y saberes, es así que cuando una situación sale de sus conocimientos, derivan a la persona hacia otro médico tradicional que pueda dar un tratamiento más adecuado.

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

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

responsabilidad compartida de rescatar, fortalecer y transmitir los saberes ancestrales, asegurando que la medicina tradicional continúe siendo un pilar de vida y salud en los territorios, incluso frente a los cambios y desafíos contemporáneos". De igual manera, el sabedor Salomón Salcedo destacó que "el reto actual es no permitir que la sabiduría ancestral se debilite, sino revitalizarla y fortalecerla, de modo que la salud de los pueblos indígenas siga siendo comprendida como un equilibrio entre territorio, ambiente y cultura".

Tabla 3.

Actores en salud occidental relevantes para el territorio

Personal de salud en territorio	
Médico	Persona con formación profesional en medicina, y que cuenta con una licencia que la autoriza a ejercer la profesión. Los médicos ayudan a prevenir, diagnosticar, tratar y atender lesiones, enfermedades y otras afecciones.
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.
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.
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.
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.
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.
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.
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.

Nota: Elaboración propia

Saberes Del Cuidado De La Salud Desde Lo Propio E Intercultural

Tabla 4.

Afectaciones y enfermedades propias del Chocó y su intervención desde la ancestralidad.

Afectaciones/ Enfermedades Propias	Quién cura	Qué hace
Mal de ojo (tau katrua,dau kadrua)	Médico tradicional y Partera	Secretos, plantas medicinales, rituales
Maleficio, envenenamiento (neara i tababada, nei deabada)	Jaibaná, Yerbateros	Cantos, baños, toma de bebidas caseras con plantas medicinales
Mal de nacimiento	Partera, Jaibaná	Secretos
Baso (tari)	Jaibaná, Médico tradicional, Parteras y Sabedores	Secretos, soplos
Pujo (drupada)	Partera, Médico tradicional Y Sabedores	Secretos, oración, y uso de plantas medicinales
Cogida del rastro (jiru etada)	Jaibaná	Cantos, soplo
Cogida del cabello (puda etada	Jaibaná, Médico tradicional, Sabedores	Cantos, soplo, oración
Cogida de mano (jua etada)	Jaibaná, Médico tradicional, Sabedores	Cantos, soplo
Espíritu malo (jai katrua, jai kachirua)	Jaibaná, Médico tradicional	Cantos, soplo
Dolor en el cuerpo (kacuapua)	Jaibaná	Toma de plantas medicinales, baños
Cogida de orina (shiba etada, siba etada)	Veedor de orina	Toma de plantas medicinales, oración
Ahogado (jocada, jogada)	Jaibaná, Partera	Cantos, soplo, baños

Sangrado (wamia)	Jaibaná, Partera	Cantos, soplo, baños
Cuajo	Jaibana, Partera	Cantos, soplo, baños

Nota: Elaboración propia

Tabla 5.

Afectaciones y enfermedades propias del Vichada y su intervención desde la ancestralidad

Afectaciones/ Enfermedades Propias	Quien Cura	Que Hace
Mal de ojo	Médico tradicional, Partera, Curandero y Rezandero	Plantas medicinales y rituales
Maleficio/espíritu malo, brujería, maldad, mal de nacimiento	Médico tradicional Chamán	Oración específica, baños, toma de bebidas caseras (plantas medicinales), rezos, rituales, plantas medicinales, baños, sahumerios
Pujo	Partera, Médico tradicional	Oración, plantas medicinales
Cogida del rastro	Chamán	Yopo
Cogida del cabello	Chamán	Rezos, baño de plantas medicinales
Cogida de mano	Chamán	Rezos
Susto	Médico tradicional, Rezandero y Curandero	Rezo y oración
Espanto/ Frío de muerto	Médico tradicional, Rezandero	Rezo y oración
Sangrado en mujeres	Chamán y Rezandero	Rezos, oración, plantas medicinales
Cuajo/ enfermedad de los peces	Médico tradicional, Rezandero y Curandero	Rezos y oraciones
Ñingui nirri / culebrilla	Chamán y Médico tradicional	Rezo, oración y plantas medicinales
Enfermedades de orines	Rezandero y Chamán	Rezos y oraciones

Nota: Elaboración propia

Tabla 6.

Afectaciones y enfermedades comunes en los territorios y su intervención desde la ancestralidad y la Occidentalidad

Afectaciones/ Enfermedades Comunes	Quien Cura	Que Hace
Cefalea	Médicos tradicionales y occidentales	Administración de medicamentos y uso de plantas medicinales
EDA- enfermedades diarreicas agudas	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales, agua de zanahoria, agua de coco, agua de arroz tostado y plantas medicinales
IRA - infección respiratoria aguda	Médicos tradicionales y occidentales	Vaporizaciones, bebidas tradicionales, y medicamentos occidentales
Lumbago	Médicos tradicionales y occidentales	Emplasto de plantas y medicamentos occidentales
Desnutrición y malnutrición	Médicos tradicionales y occidentales	Buena alimentación Suplementación
Paludismo (Malaria)	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Tuberculosis (TBC)	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Diabetes	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Hipertensión (HTA)	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Hemorragias vaginales	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Fiebre	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Enfermedades de la piel	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Salud oral	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Anemia	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Problemas visuales	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Leishmaniasis	Medicina occidental	Medicamentos occidentales
Accidente ofídico	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Problemas circulatorios (varices)	Medicina occidental	Medicamentos occidentales

Dolores osteomusculares	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Dolor de oído	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Pediculosis	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Cólicos menstruales	Médicos tradicionales y occidentales	Medicamentos occidentales y uso de plantas medicinales
Parasitosis	Médicos occidentales	Medicamentos occidentales

Nota: Elaboración propia

Tabla 7.

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.

Propuestas para el desarrollo del componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural

Las siguientes propuestas, responden a los ejes de planeación, implementación,

evaluación y coordinación del componente de Cuidado de la Salud Propia e Intercultural que contemplan:

Planeación

Planeación de las estrategias o acciones de cuidado de la salud propia e intercultural

En esta fase se definen los lineamientos y estrategias que orientan la implementación del cuidado en salud desde un enfoque propio e intercultural, para lo cual se propone:

- **Certificación de sabedores:** Que los médicos ancestrales sean avalados por un comité propio conformado por sabedores reconocidos, autoridades del resguardo y representantes comunitarios, garantizando legitimidad y reconocimiento del conocimiento ancestral. Como lo expresó el Mayor Nariño, “si un médico tradicional tiene sus plantas medicinales, debe ser capacitado y certificado, porque ya tiene un derecho para poder trabajar, y eso debe estar respaldado por un reglamento claro y respetuoso de los saberes ancestrales”.
- **Reconocimiento de la lengua como factor protector:** Implementar estrategias orientadas a preservar y fortalecer la lengua propia de cada pueblo indígena, reconociéndola como un pilar fundamental de la tradición oral y del cuidado propio. Muchos saberes ancestrales solo pueden ser comprendidos en su idioma original, pues su traducción al castellano puede distorsionar su significado y profundidad espiritual. Esta propuesta debe abordarse de manera transversal en la construcción de casas ancestrales y centros de formación, garantizando la transmisión intergeneracional del

conocimiento en lengua materna.

- **Formación continua para sabedores, promotores, auxiliares y profesionales de la salud:** Fomentar procesos permanentes de actualización en temas relacionados con salud intercultural y atención diferencial a población indígena. Durante los encuentros, uno de los participantes denunció que en varios centros de salud “los acompañantes no tienen dónde dormir ni qué comer, lo que genera desprotección y desarraigo”.
- **Implementación de centros de formación propia para equipos de salud ancestral:** Establecer espacios educativos liderados por sabias y sabios, donde se transmitan conocimientos a nuevos aprendices, fortaleciendo la continuidad y sostenibilidad de los saberes tradicionales, ya que como advirtió la mayora Miryam Chamorro, “en muchos territorios se han ido perdiendo los curanderos, yerbateros y médicos tradicionales, por lo que es urgente formar y capacitar nuevas generaciones que quieran aprender y continuar con la medicina propia”.
- **Fortalecimiento de rituales de armonización y purificación del territorio:** Promover la realización de rituales que garanticen el equilibrio del territorio y la salud comunitaria, fomentando la participación de jóvenes y niños como estrategia de apropiación cultural.

Implementación

Implementación de las acciones de cuidado de la salud y el buen vivir

En esta etapa se desarrollan las acciones que materializan la atención y el

cuidado integral desde los enfoques propios e interculturales. Se propone:

- **Remuneración permanente para equipos de salud ancestral:** Instaurar una asignación mensual y estable para sabedoras y sabedores que integran los equipos de salud ancestral, reconociendo su aporte a la comunidad y su papel en el sistema de salud.
- **Construcción de centros de salud interculturales con infraestructura propia (casas ancestrales):** Crear espacios que integren los saberes ancestrales con servicios básicos de salud preventiva, con áreas adecuadas para la práctica de cada sabedor y la atención de la población en jornadas interculturales. Siendo esta una necesidad general que plantearon todas las comunidades.
- **Adecuación de centros de salud con enfoque diferencial:** Fortalecer los espacios de salud existentes con insumos, personal idóneo, intérpretes y zonas para la práctica de saberes ancestrales. Incluir huertas de plantas medicinales como espacios de intercambio de saberes.
- **Equipos de salud interdisciplinarios:** Conformar grupos integrados por diferentes profesionales de la salud como médicos, enfermeros, promotores, auxiliares, psicólogos y odontólogos, en articulación con médicos tradicionales, para garantizar atención integral y la continuidad de los tratamientos.
- **Atención especial a la salud materno-infantil:** Establecer estrategias de seguimiento priorizado para mujeres gestantes, recién nacidos y primera infancia, orientadas a prevenir la mortalidad y morbilidad materno-perinatal.

Esta acción resulta prioritaria si se considera que, según el *Informe de mortalidad materna, Colombia, 2024*, las mujeres indígenas tuvieron un riesgo significativamente mayor de mortalidad materna (RR 5,72) y de morbilidad materna extrema (RR 5,72) en comparación con otros grupos étnicos. El riesgo se asocia con la falta de acceso a control prenatal (Instituto Nacional de Salud, 2024).

- **Atención especial a la salud mental:** Se propone fortalecer los espacios comunitarios de escucha, liderados por mayores, mayoras, promoviendo procesos psicoespirituales y de acompañamiento emocional adaptadas a los distintos ciclos vitales. Estas acciones deben priorizar a adolescentes, personas en situación de riesgo y con riesgos de alteraciones en salud mental o patologías de base, considerando que, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las mayores tasas de suicidio se registran en territorios con significativa presencia de población indígena. Una problemática que se intensifica en regiones marcadas por el conflicto armado, tal como lo señalan Cano et al. (2025). En este contexto, la salud mental debe abordarse desde una perspectiva intercultural, que integre los saberes ancestrales y las prácticas comunitarias de sanación con el acompañamiento profesional y psicosocial**.**

Evaluación

Evaluación y mejora continua y articulación

Esta fase busca garantizar la sostenibilidad, seguimiento y articulación efectiva entre los sistemas de salud propio e intercultural, con procesos de retroalimentación y

mejora permanente. Para lo cual se propone:

- **Campañas de promoción y prevención diferencial:** Desarrollar acciones continuas que aborden aspectos físicos, emocionales, culturales, alimentarios y espirituales del ciclo vital, en articulación con sabedores, chamanes y jaibanás.
- **Protección y conservación de plantas medicinales y territorios sagrados (botiquín ancestral):** Fomentar la creación de huertas y espacios de conservación en casas ancestrales y centros de salud, asegurando el uso sostenible y la transmisión de conocimientos sobre las plantas medicinales. Durante uno de los encuentros territoriales, un sabedor recordó que “antiguamente, cada médico tenía su propio espacio en el monte donde cultivaba las plantas que necesitaba, pero hoy muchas especies se están perdiendo”. En ese sentido, se resaltó la importancia de establecer reglamentos internos comunitarios para proteger los sitios donde crecen estas plantas, evitando su tala o recolección indiscriminada y asegurando su preservación como patrimonio natural y espiritual de los pueblos.
- **Evaluación participativa:** Implementar mecanismos de evaluación continua con participación de sabedores, autoridades indígenas y equipos técnicos, para retroalimentar procesos, fortalecer capacidades locales y ajustar estrategias de acuerdo con los contextos territoriales.

Coordinación

Articulación, complementación y coordinación de las acciones de salud para la garantía del cuidado

Esta etapa integra los esfuerzos institucionales y comunitarios, buscando la complementariedad entre sistemas de salud ancestral y occidental, para garantizar el derecho al cuidado integral. Se propone:

- **Transporte medicalizado adaptado a las condiciones locales:** Dotar a cada resguardo de al menos un medio de transporte medicalizado fluvial o terrestre, con personal capacitado y articulado a los equipos de salud, para garantizar el traslado seguro de pacientes en condiciones de urgencia. Considerando las extensas distancias geográficas que deben recorrer las comunidades indígenas para acceder a los centros de salud más cercanos, lo que limita la oportunidad y continuidad en la atención.
- **Articulación interinstitucional:** Promover la coordinación entre las autoridades tradicionales, las entidades de salud y las instituciones gubernamentales, asegurando la coherencia entre las acciones de salud intercultural y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- **Sostenibilidad del SISPI:** Consolidar mecanismos técnicos, financieros y administrativos que garanticen la permanencia de los equipos de salud ancestral y la continuidad de los procesos de atención intercultural.

Diagnóstico Integral De La Medicina Ancestral En Chocó Y 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 Jaibaná ocupan el rango más alto para tratar enfermedades propias. Les siguen las parteras, los curanderos, rezanderos, tongueros, pega hueso, sobanderos, veedores de orina y yerbateros, quienes se especializan en tratamientos de dolencias puntuales.

Todos los médicos ancestrales trabajan de manera articulada, reconociendo sus límites y saberes, es así que cuando una situación sale de sus conocimientos, derivan a la persona hacia otro médico tradicional que pueda dar un tratamiento más adecuado.

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

No obstante, en los diálogos territoriales se evidenció que muchos de estos saberes continúan vigentes y en uso, conservando su profundo sentido espiritual y

comunitario. Estos conocimientos, prácticas y formas de cuidado requieren ser rescatados, visibilizados y fortalecidos como parte del proceso de revitalización cultural y del reconocimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), garantizando así su continuidad y valoración dentro del marco de la salud intercultural. Tal como lo manifestaron diversas autoridades durante los encuentros territoriales, la voz de las comunidades reafirmó la importancia de preservar la sabiduría ancestral como fundamento del bienestar colectivo. El mayor Nilson invitó a “reflexionar sobre la responsabilidad compartida de rescatar, fortalecer y transmitir los saberes ancestrales, asegurando que la medicina tradicional continúe siendo un pilar de vida y salud en los territorios, incluso frente a los cambios y desafíos contemporáneos”. De igual manera, el sabedor Salomón Salcedo destacó que “el reto actual es no permitir que la sabiduría ancestral se debilite, sino revitalizarla y fortalecerla, de modo que la salud de los pueblos indígenas siga siendo comprendida como un equilibrio entre territorio, ambiente y cultura”.

Tabla 8.

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

Modelos Que Se Pueden Implementar

Modelo De Prácticas De cuidado.

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

Modelo de Cuidado Espiritual y Comunitario.

1. **Eje central:** La armonización espiritual como práctica colectiva de prevención y sanación.
2. **Prácticas ancestrales:**
    - Danzas, cantos, rezos, baños, encierros, ceremonias, tejer, oralidad de la lengua y cosmovisión.
    - Acompañamiento de los Jaibaná, parteras y mayores para restablecer la armonía del cuerpo, pensamientos, corazón (equilibrio, armonía) y el espíritu.
    - Cuidado colectivo del enfermo, donde la familia y la comunidad participan.
3. **Interculturalidad:**

- Se busca articular estos ritos con los programas de salud pública, sin reemplazarlos, esto desde un diálogo previo, de mutuo acuerdo sin afectar otras prácticas.
- Se plantea que el modelo intercultural debe reconocer la medicina espiritual como parte de la atención en salud.
- “La medicina ancestral no solo cura, sino que también es preventiva: abrazar los árboles, realizar encierros o rituales en el ciclo menstrual fortalecen el cuerpo y evitan enfermedades.”

Modelo de Partería y Cuidado de la Vida.

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

- “La partería es un saber ancestral transmitido de generación en generación, que garantiza la vida, el cuidado de la madre y del recién nacido.”

Modelo de Medicina Preventiva Ancestral.

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

1. **Ejemplos de prácticas**

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

2. **Dimensión intercultural:**

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

Modelo de Ética y Protección del Conocimiento.

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

- Uso responsable del conocimiento.
- Formación espiritual de los nuevos sabedores, usar prácticas como ver el corazón y el pensamiento, esto como elección de que el saber cae en buenas manos.
- Compromiso de no usar el saber para causar daño.

3. **Interculturalidad:**

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

La Salud Soñada De Los Pueblos Indígenas De Chocó Y Vichada, Desde El 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.

Eje 1. Caracterización

Tabla 9.

Hallazgos

Chocó	Vichada
• Movilidad limitada por dependencia del transporte fluvial, altos costos, falta de combustible, distancias extremas (3 horas a 5 días). • Alta carga de morbilidad asociada a:	• 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

• EDA, IRA, malaria. • Enfermedades crónicas no transmisibles. • Desnutrición severa en niños/as. • Mortalidad infantil crítica (triplica la nacional) asociada a desnutrición, IRA y falta de atención oportuna. • Deficiencia estructural del sistema de salud: baja oferta instalada, infraestructura deteriorada, EPS/IPS desarticuladas. • Afectación por conflicto armado: confinamientos, imposibilidad de brigadas, amenazas al personal. • Saberes ancestrales activos (jaibaná, parteras, yerbateros) pero poco articulados con el sistema oficial. • Territorio en deterioro: contaminación de ríos, minería, deforestación, afectación espiritual y ecológica. • Brechas en vigilancia epidemiológica por dispersión geográfica y limitaciones operativas. • Salud mental afectada por violencia, desplazamiento, afectación espiritual y pérdida territorial.	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 10.

Necesidades

Chocó	Vichada
• Diagnóstico intercultural actualizado y unificado por subregiones. • Registro de rutas fluviales, tiempos reales, barreras y costos. • Mapeo de actores propios de salud por comunidad. • Análisis detallado de morbilidad/mortalidad infantil y enfermedades transmisibles. • Alto subregistro por vigilancia débil. • Red de servicios fragmentada, dependencia de otros departamentos para mediana y alta complejidad. • Información georreferenciada de IPS, ESE, sabedores, puntos críticos y riesgos ambientales. • Identificación de brechas en talento humano, insumos, transporte y vigilancia. • Línea de base de salud mental comunitaria y espiritual.	• 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 11.

Riesgos

Chocó	Vichada
• Desabastecimiento de combustible → interrupción de referencias. • Conflicto armado → imposibilidad de ingreso a comunidades. • Resistencia institucional al reconocimiento de sabedores. • Condiciones climáticas extremas (aguaceros, crecientes). • Dificultad para consolidar datos epidemiológicos. • Desconfianza institucional de las comunidades. • Invisibilización del componente espiritual del territorio. • Desplazamiento de médicos tradicionales por imposiciones externas. • Retrasos en caracterizaciones por movilidad extrema.	• 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 12.

Estrategias

Chocó	***Vichada***
• Levantar caracterización por subregiones usando equipos mixtos (EPS–IPS–autoridades indígenas–académicos). • Crear Observatorio Territorial Intercultural con datos epidemiológicos y de movilidad. • Integrar cartografía social + geo-referenciación oficial. • Realizar diagnósticos participativos (mingas, círculos de palabra, visitas fluviales). • Consolidar Registro Departamental de Sabedores y Sabedoras, y casas de atención ancestral.	• 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 (jaibaná, parteras, tongueros): Articula el sistema propio con el occidental mediante diálogo, pertinencia cultural e intérpretes. Garantiza que la atención externa respete la cosmovisión indígena.
3. Ruta de caracterización territorial–ambiental: Fortalece capacidades comunitarias de autocuidado mediante educación tradicional, señalamiento de desarmonías y protección territorial. Integra saberes ancestrales en todas las etapas del ciclo vital.
4. Ruta de movilidad y accesibilidad: Activa respuestas integrales ante crisis emocionales o espirituales con apoyo de sabedores y equipos interculturales; combina rituales, contención comunitaria y orientación terapéutica.
5. Ruta Materna, Partería y Cuidado al Recién Nacido: Acompaña gestación, parto y posparto desde la partería, rituales y plantas medicinales. Articula cuidados tradicionales con controles biomédicos cuando es necesario.
6. Ruta de Referencia y Contrarreferencia Intercultural: Define traslados entre sistema propio y servicios externos con acompañamiento cultural y respeto de protecciones espirituales. Asegura retorno para completar armonizaciones.
7. Ruta de Vigilancia Territorial y Protección Espiritual: Supervisa ríos, bosques y lugares sagrados para identificar desequilibrios y activar rituales colectivos. Protege el territorio como base de la salud comunitaria.
8. Ruta de Gestión Comunitaria y Gobernanza del Cuidado: Organiza la coordinación entre autoridades, equipos de salud y 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, jaibanás y cuidadores tradicionales, garantizando que su rol sea legítimo y aceptado colectivamente. Además, permite integrarlos formalmente al modelo de salud propia e intercultural para articular sus acciones con el sistema de salud.

Tabla 12.

Resultados esperados

Chocó	Vichada
• Línea base clara por subregión y por pueblo. • Mapa operativo de movilidad y tiempos fluviales. • Identificación oficial de sabedores. • Perfil epidemiológico actualizado y validado por las comunidades.	• 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 13.

Hallazgos

Chocó	Vichada
• Planificación fragmentada entre EPS, IPS y autoridades indígenas. • Ausencia de un modelo de movilidad fluvial integrado. • Bajo presupuesto para salud rural dispersa. • Poca inclusión del conocimiento espiritual como criterio de planificación.	• 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 14.

Necesidades

Chocó	Vichada
• Plan territorial intercultural de salud por subregión. • Ordenamiento de rutas fluviales para atención y referencia. • Fortalecimiento del presupuesto específico para comunidades dispersas. • Incorporación de diagnósticos espirituales en la priorización.	• 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 15.

Riesgos

Chocó	***Vichada***
• Planes sin enfoque territorial ni cultural. • Continuidad de la desarticulación EPS–SISPI.	• Planes aprobados sin validación comunitaria (no implementables). • Asignación presupuestal insuficiente o

• Planificación sin participación efectiva de autoridades propias. • Afectación del conflicto armado.	desviada. • Planes rígidos que no consideren calendario ecológico local.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 16.

Estrategias

Chocó	***Vichada***
• Crear Comité Intercultural Departamental de Planeación en Salud. • Incluir sabedores en el análisis de prioridades de inversión. • Elaborar Mapa de Riesgo en Salud Intercultural (salud + espiritualidad + ambiente + conflicto). • Crear plan fluvial sanitario: transporte, rutas seguras, combustible.	• 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 17.

Resultados Esperados

Chocó	***Vichada***
• Plan de salud propia e intercultural para el Chocó. • Priorización de acciones en salud materno-infantil, EDA, IRA, malaria y nutrición. • Plan de fortalecimiento espiritual del territorio (armonizaciones colectivas).	• 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 18.

Hallazgos

Chocó	**Vichada**
• Limitada capacidad instalada. • Falta de personal y amenazas por conflicto. • Pocos servicios extramurales. • Barreras de comunicación y descoordinación EPS–autoridades.	• 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 19.

Necesidades

Chocó	**Vichada**
• Equipos extramurales fluviales	• Equipos de atención primaria móviles

interculturales. • Implementación del cuidado materno por parteras con soporte técnico. • Rehabilitación de puestos de salud rurales. • Kit de plantas medicinales, insumos y espacios de práctica ancestral. • Plan de protección para líderes, sabedores y personal de salud.	(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 20.

Riesgos

Chocó	***Vichada***
• Conflicto armado que impide la ejecución. • Falta de combustible para misiones fluviales. • Interferencia política en contratación y ejecución. • Daño o contaminación del territorio que impide prácticas ancestrales.	• 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 21.

Estrategias

Chocó	***Vichada***
• Crear Equipos Interculturales de Salud Fluvial (EISF). • Incluir parteras y sabedores con roles, protocolos y pagos definidos. • Implementar telemedicina para territorios más aislados. • Asegurar combustible mensual vía convenio interinstitucional. • Recuperar casas de salud como “Centros de Cuidado Propio”.	• 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 (jaibaná, parteras, sobanderos): Brinda atención basada en saberes ancestrales mediante rituales, partería, sobanderos y

armonización espiritual para restablecer el equilibrio. Actúa como primera respuesta territorial según la lectura cultural del malestar.

- Ruta de Atención Biomédica: Garantiza acceso a servicios del SGSSS cuando se requieren procedimientos clínicos, diagnósticos o intervenciones especializadas. Asegura pertinencia cultural mediante acompañamiento y coordinación con el sistema propio.
- Ruta de Complementariedad Intercultural: Articula de forma coordinada la medicina ancestral y la biomédica, definiendo cuándo y cómo se complementan según la valoración comunitaria y técnica. Busca respuestas integrales que respeten la cosmovisión indígena.
- Ruta de Referencia y Contrarreferencia Fluvial: Establece los protocolos para trasladar personas vía fluvial desde el territorio a centros de atención biomédica y asegurar su retorno. Incluye acompañamiento espiritual, comunicación continua y seguimiento intercultural del caso.

Tabla 22.

Resultados Esperados

Chocó	***Vichada***
• Mayor acceso de transporte fluvial para la atención. • Reducción de morbilidad infantil (IRA/EDA/desnutrición/malaria). • Fortalecimiento de la medicina ancestral. • Territorios armonizados energéticamente y socialmente.	• 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 23.

Hallazgos

Chocó	Vichada
• Ausencia de indicadores interculturales. • Falta de registros ancestrales (curaciones, armonizaciones, acompañamiento). • Datos oficiales con subregistro y mala calidad.	• 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 24.

Necesidades

Chocó	Vichada
• Sistema de evaluación intercultural SISPI–Chocó. • Indicadores espirituales y de armonización territorial. • Auditorías comunitarias con autoridades propias.	• 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

• Reporte conjunto EPS–SISPI–cabildos.	auxiliares.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 25.

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 26.

Estrategias

Chocó	Vichada
• Crear Sistema de Monitoreo Intercultural en Salud (SMIS). • Fichas de evaluación espiritual. • Auditorías sanitarias + auditorías espirituales. • Informes trimestrales integrados (occidental + propio).	• 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 27.

Resultados Esperados

Chocó	Vichada
• Sistema de monitoreo con enfoque espiritual, epidemiológico y territorial. • Evaluación participativa y transparente. • Ajustes continuos al modelo SISPI.	• 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 28.

Hallazgos

Chocó	Vichada
• Desarticulación entre EPS, IPS, autoridades indígenas, líderes y sabedores. • Falta de rutas claras para coordinar movilidad, referencia y respuesta temprana. • Baja participación comunitaria en toma de decisiones.	• 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 29.

Necesidades

Chocó	Vichada
• Mesa intercultural permanente del SISPI–Chocó. • Protocolo de alerta temprana sanitaria y espiritual. • Coordinación EPS–parteras–jaibaná para atención materna. • Comité de movilidad fluvial en salud. • Articulación con entidades ambientales por contaminación territorial.	• 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 30.

Riesgos

Chocó	Vichada
• Conflictos institucionales. • Falta de validez o reconocimiento del saber ancestral. • Ruptura de la ruta de atención por conflicto armado o limitaciones logísticas.	• Fragmentación institucional que impide respuesta rápida. • Dependencia excesiva de actores externos sin acuerdos sólidos.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 31.

Estrategias

Chocó	Vichada
• Crear Mesa Departamental de Coordinación Intercultural en Salud. • Activar rutas compartidas EPS–IPS–autoridades indígenas. • Integrar sectores: salud, ambiente, transporte, protección.	• 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).

• Establecer protocolos unificados de remisión fluvial. • Crear un Centro de Coordinación de Emergencias Fluviales.	• 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 jaibanás, parteras y autoridades espirituales en la toma de decisiones sobre salud y territorio. Asegura que toda acción sanitaria respete la cosmovisión, los rituales y la armonización espiritual.
- Ruta de Coordinación Logística Fluvial y Terrestre: Organiza el transporte de personas, equipos y suministros por vía fluvial y terrestre según las necesidades del territorio. Define tiempos, responsables y protocolos para garantizar traslados seguros y culturalmente adecuados.

Tabla 32.

Resultados esperados

Chocó	Vichada
• Sistema articulado y funcional de salud intercultural. • Formalización del rol de los sabedores y parteras en el sistema. • Mejora de la referencia y contrarreferencia fluvial.	• 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 33.

Matriz Integrada De Fases De Implementación Chocó

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
1. Preparación y organización comunitaria	Establece las condiciones políticas, técnicas y comunitarias para iniciar la implementación del MSPI. Garantiza legitimación, acuerdos y ruta metodológica.	• Concertación con autoridades tradicionales y organizaciones indígenas. • Creación de equipos territoriales interculturales. • Definición de plan metodológico y herramientas de trabajo. • Socialización comunitaria inicial. • Revisión normativa y articulación institucional .	Autoridades tradicionales, Gobierno Mayor, equipos técnicos SISPI, entidades territoriales de salud.	**1–2 meses**
2. Caracterización integral del territorio y del cuidado	Recoge y analiza información cuantitativa y cualitativa sobre salud, territorio, prácticas propias y condiciones de vida.	• Diagnóstico cultural y espiritual del territorio. • Identificación de condiciones de vida y determinantes sociales. • Levantamiento de indicadores de salud, buen vivir y armonía. • Mapeo de cuidadores: jaibanás, parteras, sobanderos, guías espirituales. • Documentación de tensiones y complementariedades con el SGSSS.	Equipos de caracterización, sabedores, parteras, personal de salud local, líderes comunitarios.	**3–4 meses**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
3. Análisis participativo y lectura intercultural del proceso salud–enfermedad	Construye una comprensión compartida entre pueblos indígenas y sector salud sobre causas, afectaciones y rutas de cuidado propias.	• Mesas de análisis espiritual, comunitario y técnico. • Identificación de riesgos, desarmonías y prácticas protectoras. • Reconocimiento de barreras en el SGSSS. • Procesos comunitarios de priorización.	Sabedores, autoridades espirituales, equipos interculturales, instituciones de salud.	**2 meses**
4. Diseño del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI)	Define la estructura, ejes, rutas, indicadores y procedimientos del modelo con participación amplia.	• Definición de ejes de cuidado y estrategias por cada eje. • Construcción de rutas operativas propias e interculturales. • Definición de indicadores cuantitativos y cualitativos. • Elaboración de matriz de implementación y resultados esperados. • Validación comunitaria y técnica.	Gobierno Mayor, equipos técnicos, autoridades tradicionales, mesas interculturales.	**3 meses**
5. Implementación territorial del MSPI	Pone en marcha las acciones del modelo de manera articulada entre medicina ancestral y occidental.	• Activación de cuidadores tradicionales y equipos de salud intercultural. • Desarrollo de acciones de fomento, prevención y armonización. • Implementación de rutas operativas (territoriales, comunitarias, espirituales, institucionales). • Coordinación con EPS, ESE y redes locales. • Registro y seguimiento de los procesos.	Cuidadores tradicionales, parteras, jaibanás, ESEs, EPS indígenas, gobiernos locales.	**6–12 meses (según territorio)**
6. Seguimiento, monitoreo y evaluación continua	Verifica avances, resultados y transformaciones del proceso mediante indicadores propios e institucionales.	• Evaluación participativa de resultados por eje. • Monitoreo de armonía, buen vivir y prácticas culturales. • Evaluación de casos atendidos y rutas activadas.	Equipos de seguimiento del SISPI, autoridades espirituales, personal de salud, organizaciones indígenas.	**Cada 6 meses**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
		• Ajustes periódicos según recomendaciones espirituales, comunitarias y técnicas.		
7. Retroalimentación, mejora y sostenibilidad	Garantiza la continuidad del modelo, fortaleciendo capacidades comunitarias y articulación institucional.	• Formación continua en salud propia e intercultural. • Fortalecimiento del tejido de cuidadores y parteras. • Actualización anual de rutas e indicadores. • Gestión para financiamiento permanente en el SGSSS. • Consolidación de acuerdos interculturales.	Gobierno Mayor, organizaciones indígenas, Ministerio de Salud, entes territoriales.	**Proceso continuo (revisión anual)**

Nota: Elaboración propia.

Tabla 34.

Matriz Integrada De Fases De Implementación Vichada

Fase	Objetivo principal	Actividades clave	Responsables	Plazo
Fase 0 — Preparación y legitimación	Asegurar consentimiento, acuerdos y equipos para arrancar.	Constitución de Comité SISPI-Vichada; protocolos participativos; capacitación metodológica.	Gobierno Mayor filial, cabildos, ESE, EPSI, Secretaría de Salud	**0–2 meses**
Fase 1 — Caracterización y cartografía	Generar línea base epidemiológica, cultural y de movilidad.	Mapas de rutas, inventarios sabedores, encuesta rápida de morbilidad, calendarización ecológica.	Equipos mixtos (salud + comunidades)	**2–8 meses**
Fase 2 — Análisis participativo y diseño	Construir plan operativo intercultural validado.	Mesas de análisis, diseño de planes subregionales, priorización de intervenciones y presupuesto.	Comité SISPI + municipalidades	**8–12 meses**
Fase 3 — Pilotos de implementación	Poner a prueba enfoques en áreas representativas (Cumaribo, Puerto Carreño).	Brigadas móviles, Casas Ancestrales piloto, SMI inicial, acuerdos logísticos.	EIT + ESE + cabildos	**12–20 meses**

Fase	Objetivo principal	Actividades clave	Responsables	Plazo
Fase 4 — Escala y consolidación	Escalar intervenciones según lecciones de pilotos.	Extensión de brigadas, formalización de parteras, fondo logístico, rehabilitación de puesto de salud.	ESE, EPSI, Gobierno Mayor	**20–36 meses**
Fase 5 — Monitoreo, evaluación y ajuste	Monitoreo continuo e iteración del modelo.	Implementación SMI completo, auditorías sociales, informes trimestrales y ajuste anual.	Equipo de M&E SISPI + cabildos	**Cada 6 meses (desde mes 12)**
Fase 6 — Sostenibilidad	Asegurar financiamiento, gobernanza y transmisión de saberes.	Incorporación en PIC/PPT departamental, formación de relevo de sabedores, acuerdos permanentes.	Ministerio de Salud, Gobernación, Gobierno Mayor	**Revisión anual (desde mes 24)**

Nota: Elaboración propia.

Conclusiones

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.

Bibliografía

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/

Cano-Bedoya, S, López-Ríos, J & Arango-Urrea, D (2025). Suicidio en comunidades indígenas de Antioquia, Colombia, 2012-2022: perspectivas desde una revisión documental. *Revista Gerencia y Políticas de Salud. Vol. 24.* https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/38501

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

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

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

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

Glosario

Alumbramiento y entierro de la placenta: Ritual para proteger el espíritu del recién nacido y mantener su vínculo con la tierra.

Baso, cuajo, sangrado: Trastornos tratados con secretos, cantos y plantas medicinales por parte de jaibanás y parteras.

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.

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.

Curandero (dayi akubari): 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.

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

Desequilibrio del territorio: Situación que requiere intervención del chamán para restaurar la armonía espiritual y ambiental.

Jaibaná (daubara): Médico espiritual y líder del conocimiento ancestral en el Chocó. Se comunica con los espíritus (jai) para curar, proteger y armonizar el territorio. Su autoridad abarca la salud física, espiritual y comunitaria.

Mal de ojo: Afectación causada por una mirada cargada de energía negativa. Se trata

con plantas, rezos y rituales.

Médico tradicional: Sabedor reconocido en su comunidad por sus conocimientos ancestrales en salud, enfermedad y sanación, basados en la experiencia, la espiritualidad y la tradición oral.

Partera (warra careba tobibata): 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.

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

Pega hueso (dayi buru waya karanumebatha): Sabedor encargado de acomodar y soldar huesos fracturados con plantas medicinales y secretos tradicionales.

Pujo: Dolor o malestar abdominal, común en niños. Se cura con plantas medicinales, masajes y oraciones.

Rezandero: Persona que cura a través de rezos y oraciones. Su poder está en la palabra sagrada y su conexión con lo espiritual.

Rezos por la comida: Práctica cotidiana de agradecimiento y purificación de los alimentos antes de consumirlos.

Sitios sagrados: Espacios naturales donde se realizan rituales para limpiar, armonizar y proteger el territorio.

Sobandero (dayi tabari): Sanador que aplica técnicas manuales para aliviar lesiones musculares, contracturas o fracturas leves. Utiliza ungüentos, plantas medicinales y rezos.

Susto o espanto: Pérdida del equilibrio espiritual causada por un evento de miedo o

sorpresa. Se cura con oraciones, soplos y baños.

Tonguero (ibatau): Especialista en diagnóstico a través de la lengua y signos corporales. Su conocimiento se basa en la observación, la intuición y la práctica oral.

Veedor de orina (siba akubari): 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 o hierbatero (neara kitua kababe): Conocedor de las propiedades curativas de las plantas. Indica dosis, formas de preparación y administración según la dolencia.