Producto 2. Componente Cuidado De Salud Propia E Intercultural

"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".**

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

Listado de Tablas 6

Listado de Imágenes Y Gráficos 8

Introducción 10

Antecedentes 13

Justificación 19

Objetivo General 21

Objetivos Específicos 21

Metodología 22

Propósito 25

Desarrollo 26

Ciclo Vital 27

Departamento de Chocó 29

Desde Lo Institucional 29

Desde Lo Propio 43

Departamento De Vichada 62

Desde lo institucional 62

Desde Lo Propio 73

Desarmonías O Enfermedades Propias en Chocó y Vichada 90

Diagnóstico Integral De La Medicina Ancestral En Chocó Y Vichada 97

Modelos Que Se Pueden Implementar 99

La Salud Soñada De Los Pueblos Indígenas De Chocó Y Vichada, Desde El Componente De Cuidado De Salud Propia E Intercultural 104

Eje 1. Caracterización 105

Eje De Planeación 110

Eje De Implementación 112

Eje De Evaluación 115

Eje De Coordinación 117

Conclusiones 124

Bibliografía 126

Glosario 130

Listado de Siglas

ASIS: Análisis de la situación de salud.

CPC: Constitución Política de Colombia.

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.

GM: Gobierno Mayor.

INS - Instituto Nacional de Salud.

IPS - Institución Prestadora de Servicios de Salud.

IPSI - Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

MPC: Mesa Permanente de Concertación.

MSPI: Modelo de Salud Propia e Intercultural.

MinSalud – Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

OMS: Organización Mundial de Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

RIPS: Registros Individuales de prestación de servicios de Salud.

SGRL: Sistema General de Riesgos Laborales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISPI: Sistema indígena de salud propia e intercultural.

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

SSD: Secretaría de Salud Departamental.

Listado de Tablas

Tabla 1. Morbilidad Chocó

Tabla 2. Mortalidad Chocó

Tabla 3. Subregiones del Chocó

Tabla 4. Actores en salud desde lo propio para el Chocó

Tabla 5. Afectaciones y enfermedades propias del Chocó y su intervención desde la ancestralidad.

Tabla 6. Morbi-Mortalidad Vichada

Tabla 7. Mortalidad Vichada

Tabla 8. Organización de la red de prestación de servicios

Tabla 9. Actores en salud desde lo propio para el Vichada

Tabla 11. Afectaciones y enfermedades propias del Vichada y su intervención desde la ancestralidad

Tabla 12. Desarmonías propias Chocó y Vichada

Tabla 13. Rituales y ceremonias, de curación y armonización

Tabla 14. Hallazgos

Tabla 15. Necesidades

Tabla 16. Riesgos

Tabla 17. Estrategias

Tabla 18. Resultados esperados

Tabla 19. Hallazgos

Tabla 20. Necesidades

Tabla 21. Riesgos

Tabla 22. Estrategias

Tabla 23. Resultados esperados

Tabla 24. Hallazgos

Tabla 25. Necesidades

Tabla 26. Riesgos

Tabla 27. Estrategias

Tabla 28. Resultados esperados

Tabla 29. Hallazgos

Tabla 30. Necesidades

Tabla 31. Riesgos

Tabla 32. Estrategias

Tabla 33. Resultados esperados

Tabla 34. Hallazgos

Tabla 35. Necesidades

Tabla 36. Riesgos

Tabla 37. Estrategias

Tabla 38. Resultados esperados

Tabla 39. Matriz Integrada De Fases De Implementación Chocó

Tabla 40. Matriz Integrada De Fases De Implementación Vichada

Listado de Imágenes Y Gráficos

Imagen 1. Mapa político de Chocó

Imagen 2. Cartografía comunidad Baudó

Imagen 3. Cartografía comunidad Pacífico

Imagen 4. Cartografía comunidad Bajo Baudó

Imagen 5. Cartografía comunidad Río Atrato

Imagen 6. Cartografía Resguardo Río Purricha

Imagen 7. Cartografía Comunidad Llanito Gella

Imagen 8. Cartografía Comunidad Chanú

Imagen 9. Cartografía Resguardo Pichicora Chicue Punto Alegre

Imagen 10. Cartografía Resguardo Resguardo Uva Pogue

Imagen 11. Cartografía Resguardo Río Domingodo

Imagen 12. Cartografía Comunidad Peña Blanca

Imagen 13. Cartografía Comunidad Quiparado

Imagen 14. Cartografía Comunidad Río Salaquí

Imagen 15. Cartografía Comunidad Caimaneros de Jampapa

Imagen 16. Población indígena filial a Gobierno Mayor – Chocó

Imagen 17. Mapa político de Vichada

Imagen 18. La salud ideal en el Vichada

Imagen 19. Resguardo Saracure Río Cada

Imagen 20. Resguardo Unificado Selva Mataren

Imagen 21. Resguardo Cholobo Matatu

Imagen 22. Resguardo Nakuanedorro

Imagen 23. Resguardo Santa Teresita

Imagen 24. Cabildo en contexto urbano El Picacho

Imagen 25. Resguardo Awia Tuparro

Imagen 26. Resguardo Aliwa Kupepe

Imagen 27. Parcialidad Los Mangos

Imagen 28. Resguardo Metiwa Guacamayas

Imagen 29. Resguardo Guacamaya Mamiyare

Imagen 30. Resguardo La Esmeralda

Imagen 31. Resguardo Valdivia

Imagen 32. Resguardo Aiwa Kuna Tsepajibo

Imagen 33. Resguardo Cholobobo Matatú

Imagen 34. Calendario ecológico Resguardo Santa Teresita

Imagen 35. Calendario ecológico Los Mangos

Imagen 36. Población indígena filial a Gobierno Mayor Vichada

Gráfico 1. Distribución de la población total de Chocó a 2023

Gráfico 2. Cobertura de servicios básicos en Chocó

Gráfico 3. Distribución por género en Vichada

Gráfico 4. Composición étnica en Vichada

Gráfico 5. Distribución poblacional por municipio en Vichada

Gráfico 6. Cobertura de servicios públicos en Vichada

Introducción

El proceso de "caracterización sociocultural y análisis de la situación de salud desde lo propio e institucional", es un componente esencial para los territorios como Chocó y Vichada. Constituye la fase diagnóstica para la Construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural (MSPI) para la Población Indígena de los departamentos anteriormente mencionados. Es un requisito metodológico para la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Su objetivo principal es caracterizar y explicar el proceso de salud - enfermedad, identificando las desigualdades en salud causadas por los determinantes sociales.

El propósito de este documento técnico constituye la fase diagnóstica (o Fase I o de alistamiento) en la construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural, lo cual es esencial para:

- **Caracterización Sociocultural:** Identificar la cosmovisión y los conceptos propios de salud - enfermedad de los pueblos indígenas del Vichada y los Emberá del Chocó.
- **Análisis de Situación de Salud – ASIS** desde lo Propio: Analizar los determinantes sociales de la salud y las barreras de acceso, contrastando la medicina ancestral con los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS.
- **Bases para el Modelo de Salud propia e intercultural - MSPI:** Suministrar los insumos para estructurar los cinco (5) componentes del SISPI:

1. Sabiduría Ancestral
2. Político Organizativo
3. Administración y Gestión
4. Formación y capacitación
5. Cuidado de la salud propia e intercultural.

Para la elaboración de este informe, desde el enfoque institucional se tomó como referencia el Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2024 de los departamentos de Chocó y Vichada. De manera complementaria, desde el enfoque propio se incorporaron los saberes, conocimientos, cosmovisiones y prácticas de las comunidades indígenas de ambos territorios.

El ASIS se construye a partir de información proveniente de fuentes oficiales, entre ellas el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud – RIPS y Secretarías de Salud Departamental – SSD.

Este documento técnico se estructura más allá de los enfoques tradicionales de morbilidad y mortalidad, integrando la cosmovisión, los conocimientos y la sabiduría de los pueblos indígenas de Chocó y Vichada. Asimismo, incorpora el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), las barreras de acceso a los servicios y la relación entre la medicina ancestral y la medicina occidental.

Igualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social establece que la construcción del SISPI debe fundamentarse en la caracterización sociocultural y situacional de los pueblos indígenas, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 del Proyecto de Resolución sobre el Capítulo Indígena del Plan Decenal de Salud

Pública (PDSP).

Este marco metodológico asegura que el análisis de la situación de salud debe incluir, como mínimo, los siguientes aspectos:

- Reconocer la cosmovisión y los conceptos propios de salud enfermedad de cada pueblo.
- Identificar las prácticas culturales y ancestrales.
- Analizar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva étnica, integrando tanto los enfoques propios como los occidentales.

Este documento técnico da cuenta del trabajo desarrollado conforme a las especificaciones acordadas entre la organización indígena Gobierno Mayor y el Ministerio de Salud y Protección Social. Su propósito es iniciar la contextualización mediante herramientas técnicas y metodológicas que faciliten una comunicación más asertiva con las comunidades, incorporando los enfoques de género, diferencial y de derechos. También, orienta el uso de mecanismos lúdicos y pedagógicos para las jornadas presenciales en los territorios priorizados, con el fin de avanzar en la consolidación de modelos de salud propia e intercultural.

Antecedentes

En el camino hacia la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), es fundamental reconocer que los pueblos indígenas de Colombia poseen una riqueza que no solo se expresa en sus prácticas culturales, sino en su manera de comprender y cuidar la vida. Sus saberes, transmitidos a través de la palabra de los mayores, los rituales, las parteras, los jaibanás, los sabedores y las prácticas comunitarias, constituyen un patrimonio vivo que sostiene la salud y el equilibrio en los territorios. Son guardianes de la memoria colectiva y protectores de ecosistemas que hoy representan algunos de los espacios más vitales y vulnerables del país.

La medicina tradicional, entendida como medicina ancestral o medicina propia, es parte esencial de este legado. Más que un conjunto de técnicas, es un sistema integral de sanación que articula el cuerpo, el territorio, la espiritualidad y las relaciones comunitarias. Para los más de 115 pueblos indígenas que continúan resistiendo y reafirmando su existencia en Colombia, estos conocimientos no solo han permitido su supervivencia física y cultural, sino que siguen siendo, en muchos casos, la primera y única forma de atención en salud disponible. Esto responde tanto a las limitaciones del modelo estatal de salud como a la capacidad de la medicina ancestral para abordar dimensiones del bienestar que la medicina occidental aún no comprende o no alcanza.

En el marco del SISPI, estos saberes no se incorporan como un complemento, sino como un pilar fundamental. Reconocer la legitimidad, pertinencia y vigencia de la medicina propia implica valorar su capacidad para sanar desde la integralidad, mantener la armonía en el territorio y fortalecer las dinámicas

comunitarias. Allí donde la institucionalidad ha sido insuficiente o distante, las prácticas ancestrales han sostenido la vida. Por ello, el SISPI no solo busca articular dos sistemas de salud, sino honrar la voz de los pueblos, fortalecer sus prácticas y construir, de manera conjunta, un modelo que responda a las realidades, necesidades y visiones de quienes han cuidado estos territorios por siglos.

Desafortunadamente, abordar la situación de los pueblos indígenas en Colombia implica también reconocer una historia marcada por el exterminio, la persecución y múltiples formas de violencia que han acompañado su existencia desde la conformación de lo que hoy conocemos como Estado colombiano. Inicialmente, estas violencias estuvieron asociadas a la disputa por los territorios, con el avance del modelo económico capitalista, se agravaron al constatarse que muchos de los territorios indígenas coinciden con las zonas más ricas en recursos naturales, minero-energéticos, hídricos, biológicos y de biodiversidad del país. A ello se suma el hecho de que varios de estos territorios se han convertido en corredores estratégicos para grupos armados al margen de la ley, lo que mantiene a estas comunidades en medio de disputas constantes y de un riesgo permanente.

Como consecuencia, los pueblos indígenas han sido históricamente una de las poblaciones más amenazadas y vulneradas en sus derechos humanos. La violencia se manifiesta en asesinatos (particularmente de líderes espirituales y médicos tradicionales), persecución, suicidios, desplazamiento forzado, violencias de distinta índole, hambre, desnutrición, limitaciones en el acceso a servicios básicos, brechas educativas, desconocimiento de sus prácticas culturales y altos niveles de discriminación.

No obstante, en contraste con esta realidad, los pueblos indígenas de

Colombia también han construido una profunda historia de resistencia y reivindicación de su identidad, su cultura y sus derechos. Su persistencia ha permitido avances significativos en el reconocimiento jurídico, político y cultural, así como en la exigibilidad de condiciones dignas de vida para sus comunidades. Este camino de defensa territorial, cultural y espiritual es la base sobre la cual se edifica el SISPI: un sistema que reconoce la autonomía de los pueblos indígenas y la vigencia de sus saberes como fundamento para construir modelos de salud propios e interculturales, acordes con sus realidades y aspiraciones colectivas.

El principal avance se da con la Constitución de 1991, donde “se reconoce y protege la diversidad étnica de la nación” y se insta al Estado a garantizar la protección de las riquezas culturales y naturales de estos pueblos, donde se encuentra incluido el derecho a la salud, y en ese orden de ideas, de las formas y conocimientos propios indispensables para cuidar, proteger y garantizar la salud de estos pueblos desde sus propias concepciones frente al tema. Igualmente, existen normatividades que sirven como herramientas que orientan y garantizan el derecho de la salud de los pueblos indígenas, no solo desde sus propias tradiciones, sino también desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en las que se destaca la Resolución 1841 de 2013, la cual da obligatoriedad al Estado de incluir el enfoque étnico en el SGSSS y el Decreto 1973 de 2013 donde se oficializa la creación de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas, la cual tiene como principal función:

> “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".

Estos avances normativos, son fruto del trabajo organizativo que han llevado a cabo los pueblos indígenas de Colombia en el marco del ejercicio de su autonomía, el cual, cuenta con sus propios espacios de discusión, toma de decisiones y construcción de sus mandatos, ejemplo de ello es el "Pronunciamiento final de la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas de Colombia: Construyendo alternativas para un buen vivir desde los pueblos" donde se aborda la necesidad de la creación de un sistema de salud alternativo frente a la inconformidad de la operatividad de la Ley 100 y se declara la realización del "Primer Congreso Nacional de Salud Indígena donde se legitime y consolide la puesta en marcha de un Sistema de Salud Propia e Intercultural" (CRIC, 2010), que pueda estar acorde con la Ley de Origen, el Derecho Mayor de los pueblos indígenas y corresponda a lo pactado en la Constitución Política de 1991, frente a la validación de todos los derechos, incluido el derecho a la salud de los pueblos originarios.

En consecuencia, de lo anterior, Autoridades Tradicionales Indígenas de Colombia - Gobierno Mayor, junto con otras organizaciones que integran la Mesa Permanente de Concertación (MPC), ha asumido el compromiso de avanzar en la construcción de los modelos de salud propia e intercultural y la consolidación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI, de acuerdo con el marco jurídico existente.

Los pueblos con los que inicia este proceso requieren con urgencia atención integral frente a las diversas situaciones que enfrentan y que ponen en riesgo su

supervivencia física y cultural. Resulta indispensable garantizar el respeto de los derechos humanos, la autonomía territorial y las condiciones adecuadas para la práctica de sus saberes y haceres en torno a la medicina propia. A ello se suma la necesidad de acceder a una atención en salud digna y de calidad, como la que debe recibir cualquier persona adscrita al SGSSS. Las afectaciones que padecen son permanentes, en gran parte debido a la deficiente prestación de servicios médicos estatales, que con frecuencia desconoce o ignora sus identidades culturales y espirituales.

Las comunidades que caminan junto a la organización Gobierno Mayor en los departamentos de Chocó y Vichada enfrentan amenazas constantes a su integridad y pervivencia cultural, especialmente por la presencia de actores armados que disputan el control territorial. Esta situación afecta no solo su salud física, sino también su bienestar emocional y espiritual. En el caso de las personas indígenas víctimas de desplazamiento, las vulneraciones se profundizan, al perder además la posibilidad de acceder a condiciones de vida dignas y a los vínculos con su territorio de origen.

Quienes hoy se encuentran en contextos urbanos deben afrontar retos adicionales. En las ciudades, muchas familias sobreviven en condiciones de marginalidad, expuestas a la violencia, el desempleo, la pobreza y la discriminación. Estas circunstancias aceleran la pérdida de prácticas culturales, de la lengua y del tejido comunitario, debilitando su sentido de pertenencia y su derecho a vivir de acuerdo con su identidad étnica y cultural.

Aunque muchos pueblos han logrado organizarse y avanzar en el fortalecimiento de sus propias formas de cuidado, incluso creando IPS que

responden a su visión de salud, todavía hay comunidades que no han podido desarrollar iniciativas concretas para construir sus modelos de salud propia. Estas comunidades, que han sostenido su vida y su cultura en medio de grandes dificultades, siguen esperando que el Estado cumpla con los derechos que les corresponden como pueblos étnicos, especialmente el derecho fundamental a la salud.

Por eso, se vuelve urgente y profundamente necesario impulsar acciones que permitan caminar hacia modelos de salud que respondan a sus realidades y necesidades. Acciones que garanticen una atención digna, oportuna y de calidad, que reconozcan sus saberes y formas de sanar, y que pongan en el centro un enfoque diferencial que respete su manera de entender la vida, el cuerpo y el territorio. Solo así será posible avanzar hacia un sistema de salud realmente intercultural y justo para las comunidades.

Justificación

Entre los derechos fundamentales que requieren una protección especial para los pueblos indígenas se encuentra el derecho a la salud, junto con el respeto por sus formas propias de pensamiento, sentimiento y tradición. Las comunidades indígenas han participado activamente en los espacios de diálogo y concertación, acompañando a sus autoridades en la búsqueda del goce efectivo de sus derechos y en el reconocimiento de las particularidades que la Ley protege, nacidas de su manera única de comprender el mundo y de los saberes que han heredado.

Reconocer la profundidad de la sabiduría ancestral y su vínculo con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) es fundamental, pues permite resaltar su papel en la preservación de la identidad cultural, el bienestar colectivo y la soberanía sanitaria. Para los pueblos indígenas, la salud no se reduce al cuerpo físico, también se teje en la espiritualidad, la vida comunitaria y el territorio que habitan.

Desde esta perspectiva, la salud no se entiende como ausencia de enfermedad, sino como equilibrio entre cuerpo, espíritu, comunidad y naturaleza. Cuando ese balance se fractura, no solo se afecta a la persona, sino al tejido social y al territorio mismo. Por ello, fortalecer el SISPI es también defender la vida, el pensamiento propio y el ejercicio de gobierno en salud.

Este producto busca reflejar esa integralidad, dando cuenta de las prácticas de atención y sanación que los pueblos desarrollan desde sus cosmovisiones, ciclos de vida y sistemas de autoridad. Más allá de un documento técnico, constituye una apuesta política y espiritual por valorar la palabra de los sabedores, parteras, médicos tradicionales y autoridades espirituales, quienes orientan los caminos del

cuidado desde su conocimiento milenario.

Asimismo, esta justificación se sustenta en la necesidad de tender puentes entre los sistemas de salud indígena y el institucional, desde la complementariedad y el respeto. La articulación intercultural no pretende sustituir ni subordinar, sino reconocer la coexistencia de ambos sistemas y promover rutas compartidas que fortalezcan la atención integral en los territorios.

En consecuencia, este proceso no solo aporta al desarrollo técnico del SISPI, sino que reafirma la soberanía en salud, la identidad cultural y el derecho de los pueblos a definir sus propios modelos de cuidado. Se convierte, así, en una expresión de resistencia y esperanza, que recuerda que sanar también es un acto de memoria, de territorio y de vida en comunidad.

Objetivo General

Construir conjuntamente, desde un enfoque interdisciplinario, un proceso que reconozca y respete las características poblacionales, geográficas, sociales y culturales de los pueblos indígenas del Chocó y 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 Chocó y 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.

Metodología

La metodología se fundamenta en un enfoque cualitativo, territorial, participativo e intercultural, que reconoce a los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derecho y portadores de saberes milenarios orientados a la sanación, el equilibrio y la pervivencia cultural, desde esta comprensión, el proceso metodológico se concibe como un tejido relacional entre conocimientos, experiencias y espiritualidades, en el que el diálogo de saberes, la oralidad, la memoria viva y la observación participante se constituyen en los pilares que guían cada acción. No se trata de aplicar un modelo preestablecido, sino de construir de manera conjunta rutas que respondan a las realidades, tiempos, lenguajes y dinámicas propias de los territorios.

El punto de partida es la preparación territorial y cultural, orientada a generar una aproximación respetuosa con las comunidades y sus autoridades tradicionales, esta metodología implica reconocer los contextos socioculturales, las necesidades, los saberes existentes y los actores clave que sostienen los procesos de salud propia. El diálogo con sabedores, parteras, yerbateros, jaibanás, líderes espirituales y demás guardianes del conocimiento se materializa en círculos de palabra, encuentros y recorridos territoriales que permiten recuperar la memoria viva de los pueblos. En este proceso se promueve la elaboración de mapas, dibujos y representaciones simbólicas que expresan las formas locales de cuidado y los vínculos espirituales con el territorio, asegurando que las decisiones sobre tiempos, contenidos y metodologías sean determinadas por las propias comunidades, en ejercicio de su autonomía y gobierno propio.

Con base en ese reconocimiento inicial, se desarrolla una caracterización de

actores comunitarios que permite identificar las diversas formas de aprendizaje, transmisión y práctica del conocimiento ancestral, esta metodología visibiliza la pluralidad de saberes presentes en los territorios, comprendiendo que la salud indígena se sustenta en un entramado de roles y responsabilidades compartidas con la institucionalidad. A través de talleres colaborativos, entrevistas narrativas, cartografías vivas y mingas de reflexión, se construyen colectivamente líneas de investigación y acción en salud propia, articulando las orientaciones técnicas del sistema nacional con las cosmovisiones locales. Es así como las asambleas comunitarias se constituyen en escenarios de validación y legitimación de estos avances, garantizando la participación activa de los distintos sectores de la comunidad.

De manera paralela, el proceso incluye la identificación de prioridades comunitarias orientadas al fortalecimiento de las sabidurías ancestrales y al reconocimiento de las prácticas de sanación y cuidado que permanecen vivas en los pueblos indígenas, para ello, se utilizan metodologías participativas y visuales como ecomapas, calendarios de salud y ejercicios lúdicos que facilitan el intercambio intergeneracional y la reflexión colectiva. El diálogo entre los saberes ancestrales y las exigencias técnicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se plantea desde una perspectiva de complementariedad, sin jerarquías de conocimiento, buscando establecer puentes que respeten las epistemologías propias, a partir de este intercambio, se identifican brechas y oportunidades en dimensiones técnicas, espirituales, organizativas y comunicativas, fortaleciendo la capacidad comunitaria para gestionar sus propios procesos de salud.

Las comunidades participan activamente en la definición de los contenidos,

metodologías y formas de reconocimiento del aprendizaje, dando origen a procesos de certificación simbólica y comunitaria expresados en bastones, tejidos, cantos o rituales, los cuales representan el valor espiritual y social del conocimiento. Las estrategias formativas incorporan el aprendizaje por observación, las caminatas territoriales, la siembra de saberes y las prácticas rituales, fortaleciendo la conexión entre el cuerpo, el territorio y la palabra. De esta manera, las rutas se articulan con el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) y con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo, contribuyendo al ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud desde una perspectiva diferencial y colectiva.

Finalmente, la sistematización se plantea como un proceso integral de análisis, organización y evolución de los aprendizajes obtenidos, la información recopilada se presenta en documentos y piezas gráficas multilingües, respetando los modos de comunicación de cada comunidad. La validación de los resultados se realiza mediante asambleas, encuentros territoriales y espacios de retroalimentación que permiten discutir, reinterpretar y enriquecer los hallazgos desde la mirada colectiva, los productos finales son entregados a las comunidades como herramientas de planeación, memoria y gestión del conocimiento, reafirmando que la investigación, la formación generación y uso del conocimiento en salud son procesos vivos, profundamente ligados al territorio, a la espiritualidad y al derecho propio de los pueblos indígenas.

Propósito

El propósito de esta investigación es comprender el concepto de salud desde la mirada de los pueblos indígenas, para quienes la vida se sostiene en la relación profunda y armoniosa entre el cuerpo, el territorio vivo y el espíritu. Desde esta visión, la existencia humana no puede separarse de la Madre Tierra pues cuando ella es herida, también se resienten la salud física, espiritual y comunitaria de quienes la habitan. En este sentido, la salud no se entiende únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio, respeto y reciprocidad con el territorio que sostiene y da sentido a la vida.

Asimismo, esta investigación busca aportar a la construcción de un modelo de salud indígena que, desde el respeto y el diálogo, permita el encuentro entre la medicina tradicional y la medicina occidental, respondiendo a las realidades, historias y necesidades de cada pueblo. Se aspira a un modelo que honre la sabiduría transmitida por los pueblos como guía para el bienestar, la dignidad y la pervivencia.

Desarrollo

Esta fase constituye el punto de partida para avanzar en la construcción del Modelo de Salud Propia e Intercultural – MSPI en los pueblos indígenas del Chocó y Vichada que caminan con la organización indígena Gobierno Mayor. Se trata de un momento de escucha y reconocimiento profundo, en el que se recogen tanto las voces de los sabedores, autoridades espirituales, parteras y comunidades, como los análisis técnicos provenientes de las instituciones de salud. Siendo un paso indispensable dentro de la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), pues permite comprender desde adentro cómo se vive, se concibe y se cuida la salud en los territorios.

Este proceso no se limita a describir cifras o registrar indicadores, su esencia está en entender el proceso salud - enfermedad desde la mirada indígena, reconociendo la armonía entre cuerpo, espíritu, comunidad y naturaleza. Para ello, se retoman los conocimientos y prácticas propias, los determinantes sociales que afectan la vida cotidiana, las barreras de acceso al sistema de salud y las tensiones, pero también las complementariedades, entre la medicina ancestral y la medicina occidental. Esta lectura conjunta permite visibilizar las desigualdades, pero también las fortalezas culturales y organizativas que sostienen la vida en los territorios.

A partir de este análisis, se generan los insumos necesarios para estructurar los componentes del SISPI: la sabiduría ancestral, el fortalecimiento político-organizativo, la gestión y administración, la formación propia y el cuidado de la salud intercultural.

De esta manera, el diagnóstico se convierte en una herramienta viva que orienta decisiones, consolida acuerdos y sienta las bases para un modelo de salud

que respeta la autonomía de los pueblos y responde a sus realidades, tiempos y aspiraciones colectivas.

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.

Departamento de Chocó

Desde Lo Institucional

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

Imagen 1.

Mapa político de Chocó



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

Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi

Población. El departamento del Chocó tiene una densidad promedio por kilómetros cuadrados de 12.7 km^2, es decir, una de las menores densidades de Colombia. El Chocó es un territorio pluriétnico y multicultural. Según el DANE en el censo del año 2018 la población ascendió a 555.138 habitantes, de los cuales, el 24 % se concentran en su capital Quibdó.

Gráfico 1.

Distribución de la población total de Chocó a 2023

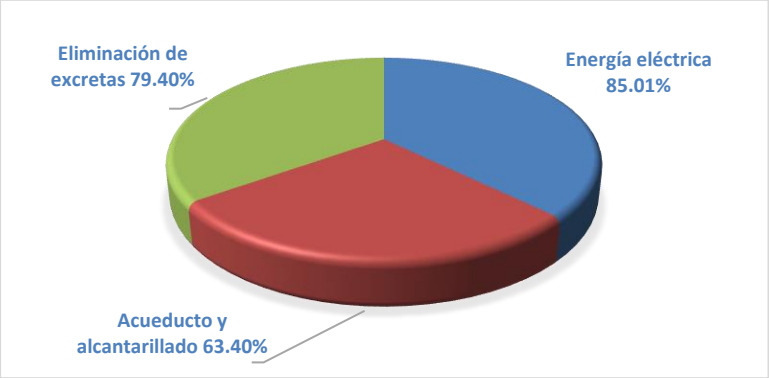


Nota: Elaboración propia.

Condiciones De Vida Y Trabajo. En el Chocó la cobertura de servicios básicos esenciales muestra desigualdades en comparación con el promedio nacional:

Gráfico 2.

Cobertura de servicios básicos en Chocó



Nota: Elaboración propia

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

Condiciones Climáticas. El clima es tropical húmedo, las temperaturas pueden variar entre 26 y 30 grados centígrados, con alta humedad relativa favoreciendo la propagación de enfermedades tropicales como la malaria y el dengue.

Movilidad. 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.

Salud Y Enfermedad. En el Chocó, la salud y la enfermedad están entrelazadas con la realidad social y ambiental de la región, la salud como derecho fundamental, aún enfrenta grandes desafíos, como barreras en infraestructura, accesibilidad a los servicios de salud y condiciones de vida de las comunidades. Así mismo, el incremento de las enfermedades infecciosas debido precisamente a factores ambientales y a la vulnerabilidad de la población.

Morbi-Mortalidad.

Morbilidad. A nivel nacional, las enfermedades no transmisibles continúan siendo las principales causas de consulta y hospitalización. El ASIS 2024 reporta que el 83,4 % de las atenciones en salud correspondieron a este grupo de patologías. Mientras que, en el departamento del Chocó, la Organización Panamericana de la Salud - OPS y la Organización Mundial de la Salud - OMS alertaron sobre un incremento significativo de la morbilidad y mortalidad infantil durante el primer trimestre de 2024. Las principales causas identificadas fueron la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), la Infección Respiratoria Aguda (IRA), la malaria y la desnutrición, afectando especialmente a niños y niñas menores de cinco años.

En cuanto a la desnutrición infantil sigue siendo una de las problemáticas

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

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

- **Enfermedades gastrointestinales y del sistema respiratorio**. En zonas fronterizas del Chocó (según un ASIS más antiguo) se identificaron como primeras causas de morbilidad para consulta externa y urgencias las enfermedades gastrointestinales y del sistema respiratorio.
- **Enfermedades del sistema circulatorio / no transmisibles.** A nivel general para el departamento, el análisis de la situación en salud recoge que las enfermedades nutricionales y metabólicas estaban aumentando como causa de mortalidad, seguidas por enfermedades respiratorias e infecciosas-parasitarias. Esto sugiere que en morbilidad también tienen un peso relevante las enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, etc.).
- **Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años**. Como se indicó previamente, esta situación constituye una de las problemáticas más críticas en el departamento, reflejada en el elevado número de casos de enfermedad y en la preocupante mortalidad infantil.
- **Enfermedades infecciosas / parasitarias**. Dadas las condiciones de

comunidad, territorio, clima, aislamiento en algunas zonas del Chocó y los retos de acceso a servicios básicos, las enfermedades transmisibles siguen siendo parte importante de la carga de morbilidad. Por ejemplo: Malaria, EDA, IRA.

- **Signos, síntomas y estados mal definidos.** En el informe nacional, se indicaba que, tras las enfermedades no transmisibles, un porcentaje de las atenciones son por “síntomas, signos y estados mal definidos” (≈ 9 % en Colombia). Lo anterior sugiere que, en el Chocó, también es probable que una parte importante de las atenciones en salud no llegue a un diagnóstico preciso.

Factores que agravan la morbilidad en el Chocó.

1. Contexto de **conflicto armado**, desplazamientos, confinamientos y vulnerabilidad que impactan salud y acceso a servicios.
2. Condiciones de **inseguridad alimentaria y falta de infraestructura de servicios de salud, agua, saneamiento,** que favorecen enfermedades de base, especialmente en poblaciones indígenas y afrodescendientes.
3. **Territorio con geografía compleja y comunidades dispersas,** lo que dificulta la vigilancia en salud, retrasa el diagnóstico temprano y limita la posibilidad de brindar tratamientos oportunos.
4. **La combinación de enfermedades “crónicas” emergentes + transmisión “clásica” (infecciosas) + determinantes sociales adversos** hacen que la morbilidad sea multifactorial.

Tabla 1.

Morbilidad Chocó

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

Nota: Elaboración propia

En el departamento del Chocó, entre 2023-2024, podemos concluir que las **principales causas de morbilidad general** incluyen:

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

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

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

- La tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) alcanzó 29,2 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, tres veces la tasa nacional.
- En primera infancia (0–5 años), la tasa fue 3,8 por 1.000 habitantes, muy superior al promedio nacional de 1,6.
- En infancia (6–11 años) se observa una tendencia al alza, fenómeno que se repite en departamentos con alto rezago social como Vichada y Guainía.
- Estas cifras evidencian problemas estructurales de salud pública, especialmente en atención materno-infantil, cobertura de servicios básicos, vacunación y nutrición.

El análisis permitió identificar cinco categorías principales de mortalidad, que se presentan a continuación.

1. **Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**

- En adultos mayores, al igual que en el resto del país, predominan las enfermedades isquémicas del corazón, hipertensivas y cerebrovasculares.
- Estas causas concentran la mayor proporción de muertes en la población de 60 años y más.
- La tendencia es consistente con el perfil epidemiológico nacional, aunque en Chocó se ve amplificada por diagnósticos tardíos y menor acceso a controles preventivos.

2. Enfermedades infecciosas y parasitarias

- La mortalidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) es significativa, sobre todo en población infantil.
- Estas enfermedades están fuertemente asociadas a desnutrición y condiciones de vida precarias.
- Persisten secuelas del impacto de COVID-19 dentro de la categoría de “otras enfermedades infecciosas”.

3. Desnutrición y causas asociadas

- Chocó reportó la tasa más alta de mortalidad infantil por desnutrición en Colombia en 2023, con 61,8 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años.
- El 72,1 % de estas muertes ocurrieron en zonas rurales, reflejando profundas brechas de acceso a servicios y alimentos básicos.
- Esta situación tiene una correlación directa con la mortalidad por EDA e IRA en menores, lo que evidencia un problema sistémico y no solo

clínico.

4. **Mortalidad por causas externas (no naturales)**

- En Chocó, las causas externas presentan un patrón diferenciado respecto a otros departamentos.
- Homicidios: presentes, sobre todo en jóvenes y adultos jóvenes, pero sin niveles críticos como los observados en Antioquia o Valle del Cauca
- Accidentes de tránsito: Chocó registra la tasa más baja del país, debido a baja densidad vial y menor volumen de vehículo.
- Suicidios: casos reportados, pero sin aumento significativo.
- Este patrón indica que la carga de mortalidad en Chocó está más concentrada en causas prevenibles y enfermedades crónicas e infecciosas, no en violencia o accidentalidad vial.

5. **Distribución etaria de la mortalidad**

- El grupo de adultos mayores (60 años y más) concentra la mayor proporción de defunciones, principalmente por enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas.
- En la población joven, las causas externas son más relevantes, pero no superan a las causas naturales.
- En menores de 5 años, predominan causas potencialmente evitables como desnutrición, infecciones respiratorias y diarreas.

Esto confirma que la transición epidemiológica en Chocó es incompleta: coexisten enfermedades transmisibles propias de contextos con rezago en salud pública, con enfermedades crónicas propias de etapas avanzadas de la transición

demográfica.

Tabla 2.

Mortalidad Chocó

Categoría	Indicador / Causa	Detalle / Ejemplos	Valor / Situación 2023	Comparación nacional / Observaciones
Mortalidad general	Tasa de mortalidad general	Total defunciones por 1.000 hab.	↑ mayor que en 2019	Tendencia similar a Bolívar, Sucre y Huila
Mortalidad infantil	Tasa de mortalidad infantil	Muertes menores de 1 año por 1.000 NV	**29,2**	Alta — 3 veces la nacional
Primera infancia (0–5 años)	Tasa de mortalidad	Defunciones por 1.000 hab.	**3,8**	Muy superior al promedio nacional (1,6)
Infancia (6–11 años)	Tasa de mortalidad	Defunciones por 1.000 hab.	Tendencia al alza	Similar a Vichada y Guainía
Enfermedades circulatorias	Enfermedades isquémicas, hipertensivas, cerebrovasculares	Principal causa en adultos mayores	Alta	Alineada con tendencia nacional
Enfermedades infecciosas y parasitarias	COVID-19, IRA, EDA	Alta incidencia	Alta	Impacto fuerte en menores y población vulnerable
Desnutrición	Desnutrición proteico-calórica, EDA/IRA asociadas	Especialmente en 0–5 años	**Tasa 61,8 x 100.000**	Más alta del país
Causas externas	Homicidios, accidentes de tránsito, suicidios	Principalmente homicidios	Baja en accidentes, media en homicidios	Accidentes: tasa más baja del país
Enfermedades respiratorias crónicas	EPOC, bronquitis crónica, otras	En adultos mayores	Moderada	Similar a media nacional
Neoplasias (tumores)	Estómago, colon, órganos digestivos	En adultos mayores	Moderada	Sin repunte relevante
Mortalidad infantil – causas específicas	Bajo peso al nacer, IRA, malformaciones congénitas	Menores de 1 año	Alta	Defunciones sin asistencia frecuente
Violencia	Homicidios	Jóvenes y adultos jóvenes	Presente	Menor que en Valle y Antioquia
Accidentes de tránsito	Lesiones no intencionales	Población general	Muy baja	Más baja del país

Población afectada	Grupos etarios más afectados	Menores de 5 años y adultos mayores	Alta vulnerabilidad	Urge fortalecimiento de atención primaria

Nota: Elaboración propia

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

Tabla 3.

Subregiones del Chocó

Región	Municipios
Región Atrato	Conformada por los municipios de: Quibdó, El Carmen de Atrato, Atrato, Bagadó, Bojayá, Lloró, Medio Atrato y Rio Quito.
Región San Juan	Conformada por los municipios de: Istmina, Medio San Juan, Sipí, El Litoral del San Juan, Tadó, El Cantón de San Pablo, Cértegui, Unión Panamericana, Condoto, Nóvita, Rio Iró y San José del Palmar.
Región Pacifico	Conformada por los municipios de Bahía Solano, Juradó y Nuquí
Región Darién	Conformada por los municipios de Riosucio, Carmen del Darién, Belén de Bajirá, Unguía y Acandí
Región Baudó	Conformada por los municipios de Alto Baudó, Medio Baudó y Bajo Baudó

Fuente: Informe Plan Financiero Territorial de Salud 2024-2027 Departamento de Chocó. MinSalud

Organización De La Red De Prestación De Servicios. La Red está conformada por las Subregiones Atrato, San Juan, Pacífico, Darién y Baudó. Para la atención de mediana complejidad, la red de servicios del Chocó se apoya principalmente en municipios de otros departamentos debido a las limitaciones locales en oferta y capacidad instalada. La región del Darién tiene como centros de referencia los municipios de Turbo y Apartadó (Antioquia). En la parte baja de la región del San Juan, especialmente en Litoral del San Juan, las remisiones se realizan hacia Buenaventura (Valle del Cauca). Por su parte, San José del Palmar, también perteneciente a la región del San Juan, remite a Cartago (Valle del Cauca). En la región del Atrato, El Carmen de Atrato tiene como referencia el municipio de Ciudad Bolívar (Antioquia).

Las demás zonas del departamento, incluyendo las regiones del Pacífico y el Baudó, cuentan como centro de referencia de mediana complejidad con la Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís, entidad que actualmente se encuentra bajo medida de intervención forzosa administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto a la atención de alta complejidad, la población del Chocó es remitida principalmente a la ciudad de Medellín, donde los servicios son prestados por el Hospital General de Medellín y la IPS Universitaria. Los pacientes llegan allí a través de remisiones realizadas desde la Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís y desde el municipio de Turbo (Antioquia), que recibe la mayor parte de usuarios provenientes de la red de Urabá.

Asimismo, las personas referidas inicialmente a Cartago (Valle del Cauca) son trasladadas a la ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira, mientras que quienes llegan a Buenaventura son enviados a la ESE Hospital Universitario del Valle. Finalmente, los usuarios atendidos en Ciudad Bolívar (Antioquia) son remitidos también hacia centros de alta complejidad en la ciudad de Medellín.

La prestación de servicios de salud mental, se realiza en la Nueva ESE Hospital Departamental San Francisco de Asís.

En lo que respecta a la atención de baja complejidad está dada por cinco (5) municipios del departamento, Quibdó (ESE Hospital Local Ismael Roldán Valencia), Istmina (ESE Hospital Eduardo Santos), Tadó (ESE Hospital San José de Tadó), Condoto (ESE Hospital San José de Condoto) y Carmen de Atrato (ESE Hospital San Roque). Son ESE de carácter municipal para la prestación de servicios de baja complejidad. Los restantes veinticinco (25) municipios cuentan con infraestructuras

públicas operadas por IPS privadas.

Las aseguradoras presentes en el Chocó son:

1. Nueva EPS
2. Comfachocó
3. Sanitas

Problemas De Carácter Médico/ Sanitario.

- El deterioro agudo del contexto aumenta gravemente las barreras de acceso en un sistema de salud disfuncional, aumentando las tasas de morbimortalidad evitable.
- El sistema de vigilancia epidemiológico del departamento es deficiente y con escaso alcance, lo que invisibiliza la situación epidemiológica de estos municipios y limita la reactividad institucional y de agencias humanitarias sobre acciones necesarias en salud para la población.
- Servicios de urgencias médicas y programas preventivos están limitados a las cabeceras municipales.
- Modelo de salud privado (EPS – IPS) disfuncional y politizado y con baja cobertura, no adaptado a geografía y contexto.
- Desconexión entre la zona rural dispersa y los siguientes niveles de atención en salud.
- Abandono de las estructuras de salud en área rural.
- Los trabajadores de salud están afectados por amenazas y situaciones de inseguridad.

- La situación de conflicto armado reduce drásticamente el número de actividades extramurales, siendo la población más vulnerable la más afectada.

Desde Lo Propio

Tabla 4.

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.

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

Para los Emberá Chamí, hay tres mundos: arriba (se relacionan con el cuerpo), en el medio (la familia, el hogar y los órganos reproductivos) y abajo (enlace entre cuerpo y cerebro), cuando crea el universo deja una espiritualidad. Para otras comunidades hay más mundos: 4, 5 o 6.

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

El mayor Luis Gindrama explica que,

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

todo problema.

Por su parte, Danilo Chamorro enfatiza en el manejo de la espiritualidad, de cómo se armonizan las personas (cantos, danzas, ceremonias de médicos tradicionales). Es una forma de potenciar la espiritualidad. Tiene que ver más con el pensamiento (salud mental). Los espíritus armonizan las personas, Jaibana (médico ancestral) en la región del Chocó. Miran el espíritu de la naturaleza para proteger a la comunidad. Definitivamente la espiritualidad va ligada a territorios".

Chamorro complementa con,

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

Cartografía Territorio Chocó. La técnica de cartografía permite visualizar y analizar el territorio y los recursos de las comunidades desde su propia perspectiva. La cartografía social facilita la identificación de problemas y potencialidades en el contexto local. A continuación, se exponen unas cartografías realizadas por las comunidades.

Imagen 2.

Cartografía comunidad Baudó



Imagen 3.

Cartografía comunidad Pacífico

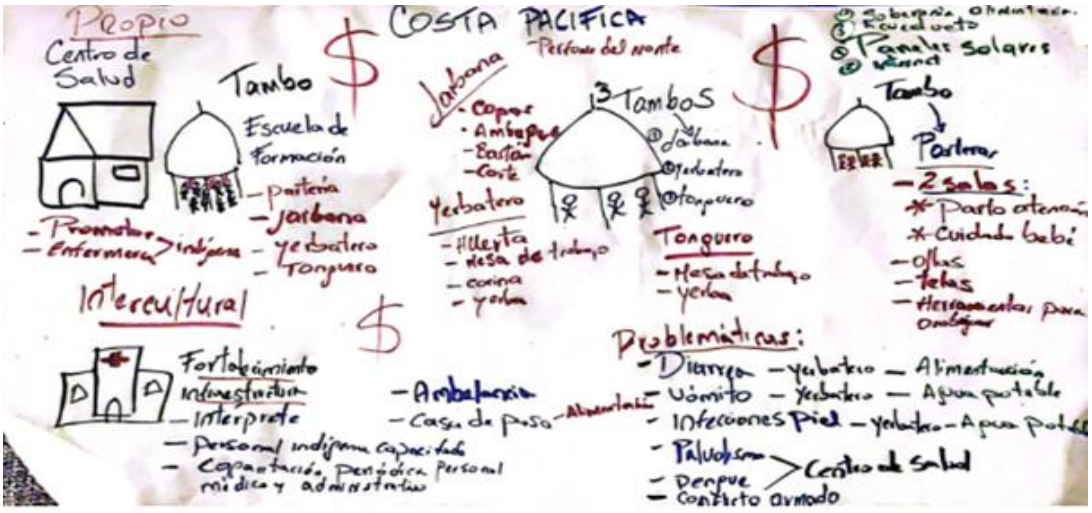


Imagen 4.

Cartografía comunidad Bajo Baudó

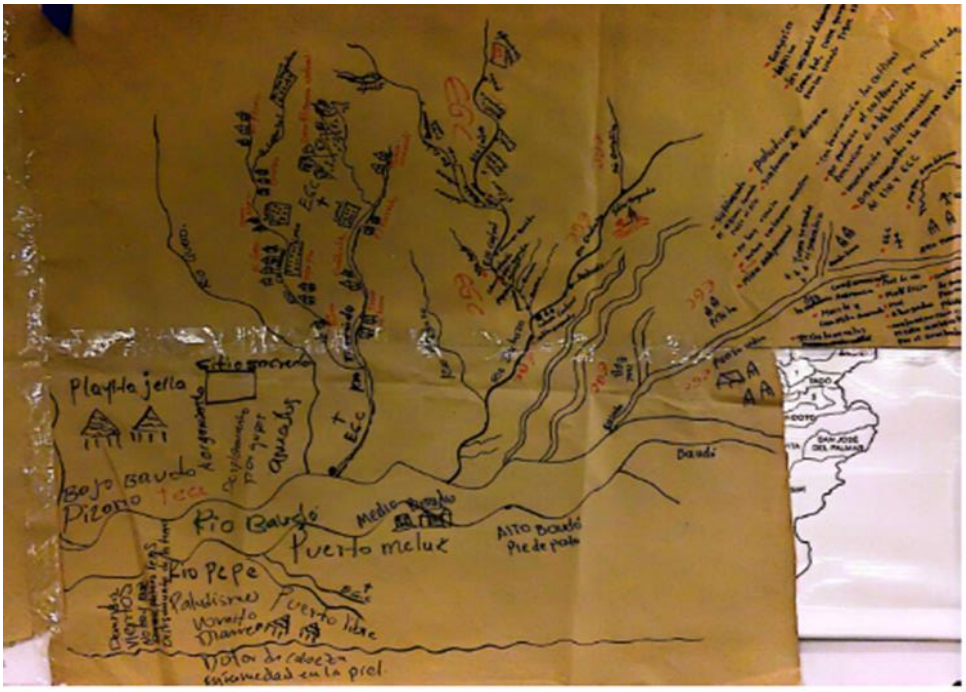


Imagen 5.

Cartografía comunidad Río Atrato

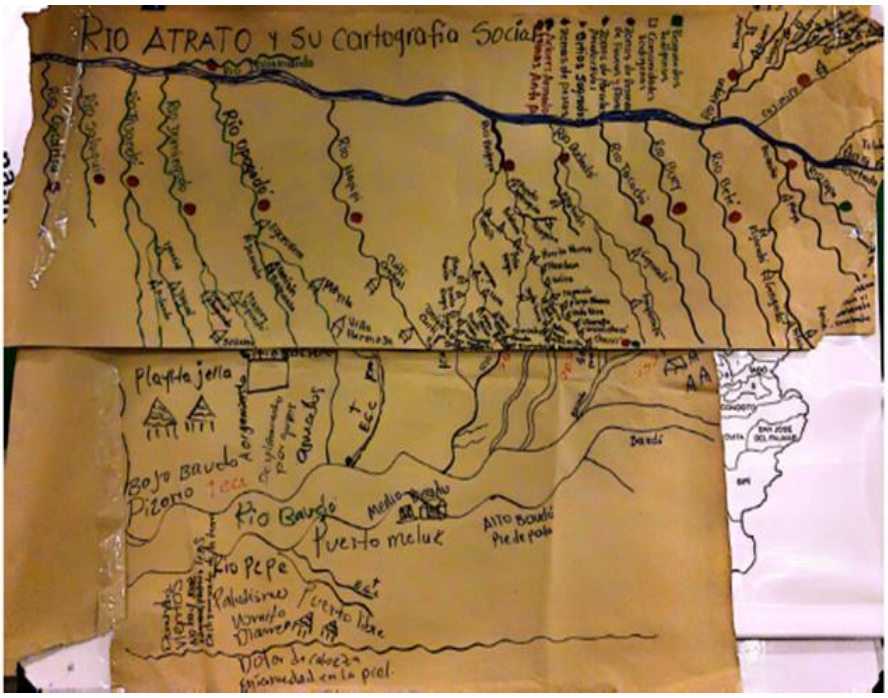


Imagen 6.

Cartografía Resguardo Río Purricha

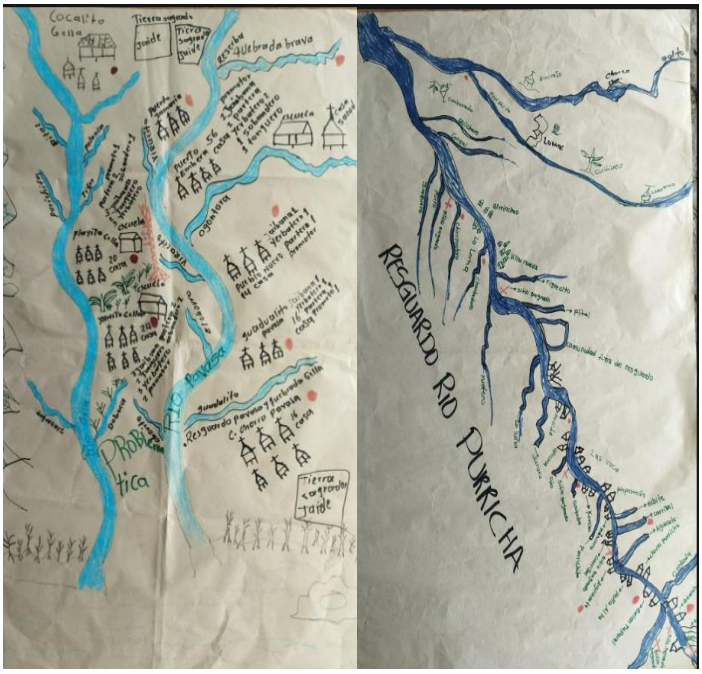


Imagen 7.

Cartografía Comunidad Llanito Gella

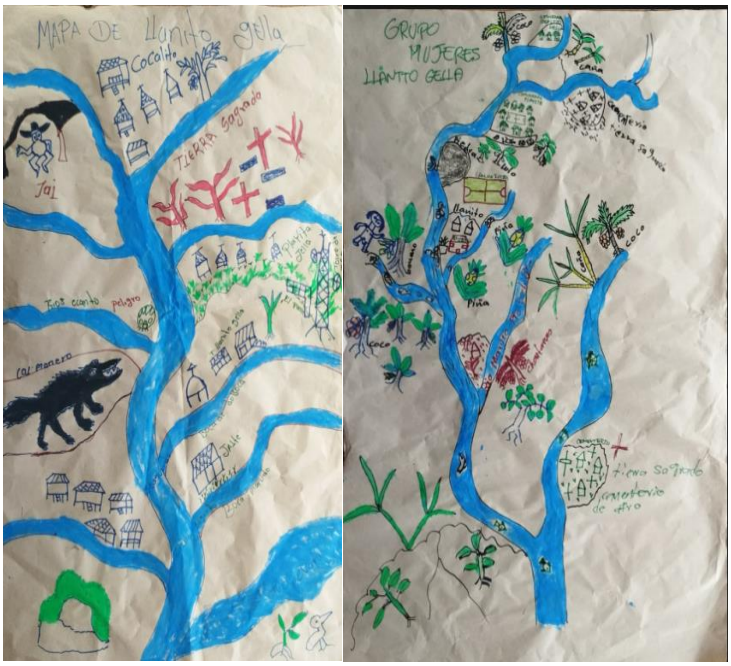


Imagen 8.

Cartografía Comunidad Chanú

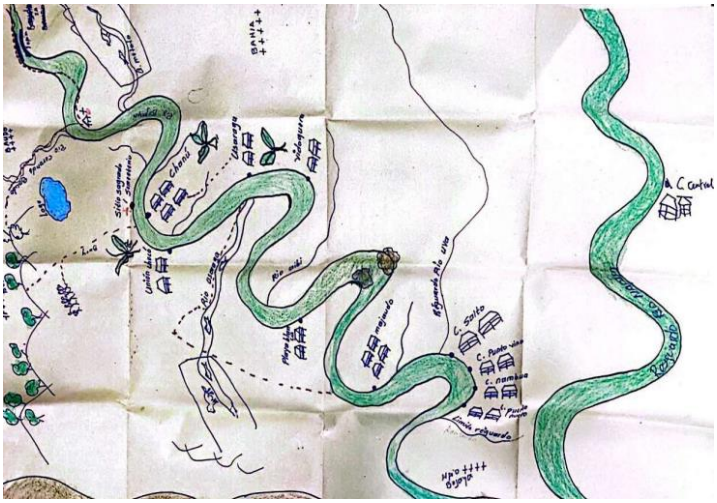


Imagen 9.

Cartografía Resguardo Pichicora Chicue Punto Alegre

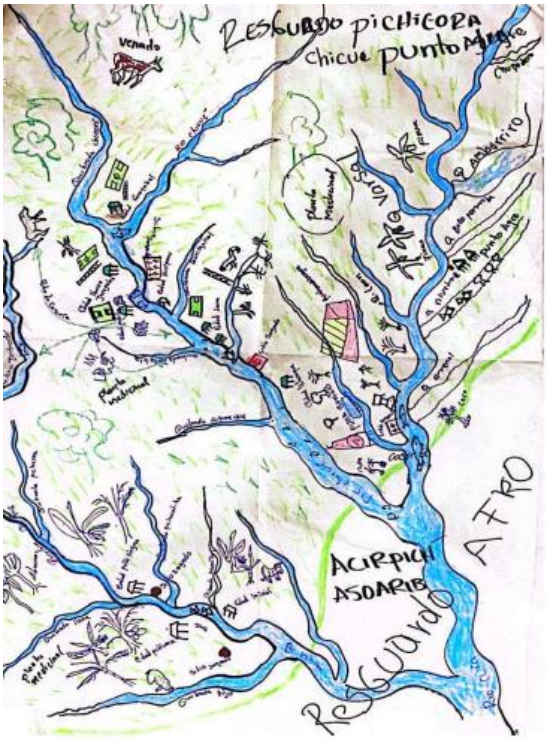


Imagen 10.

Cartografía Resguardo Resguardo Uva Pogue

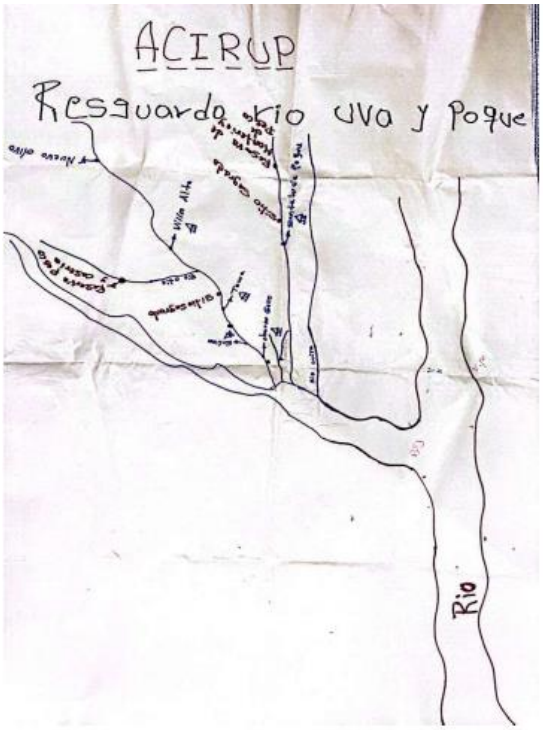


Imagen 11.

Cartografía Resguardo Río Domingodo

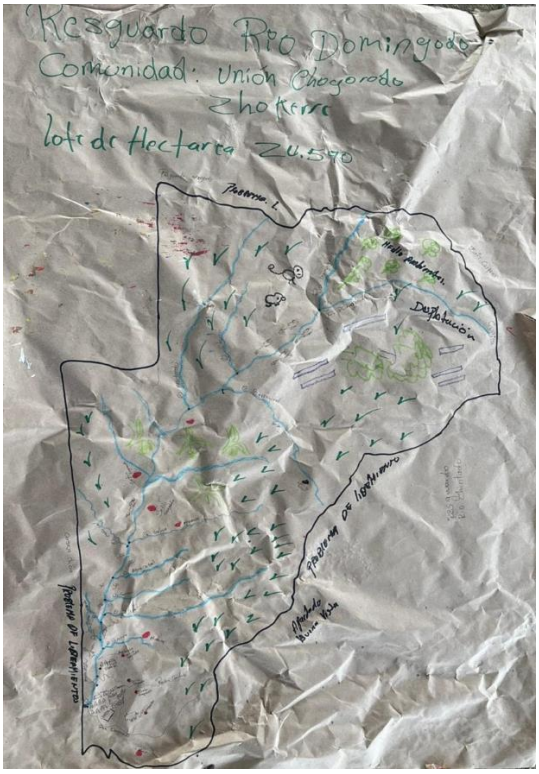


Imagen 12.

Cartografía Comunidad Peña Blanca



Imagen 13.

Cartografía Comunidad Quiparado



Imagen 14.

Cartografía Comunidad Río Salaquí

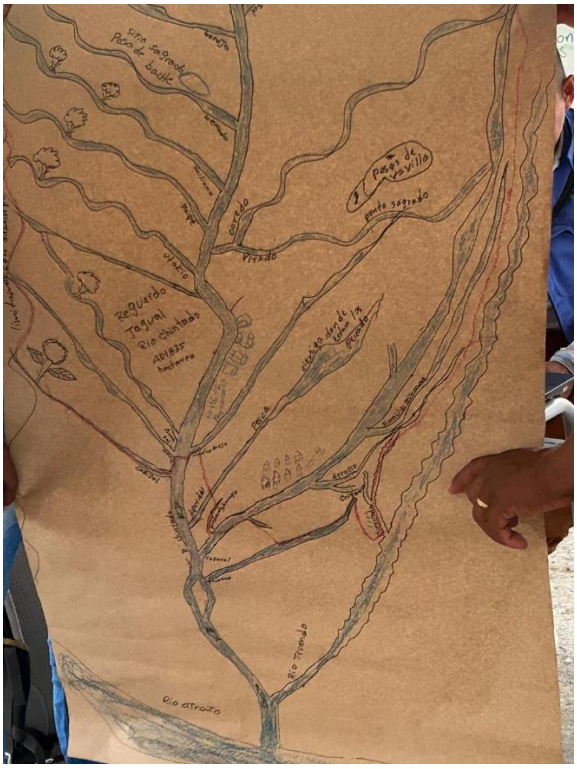
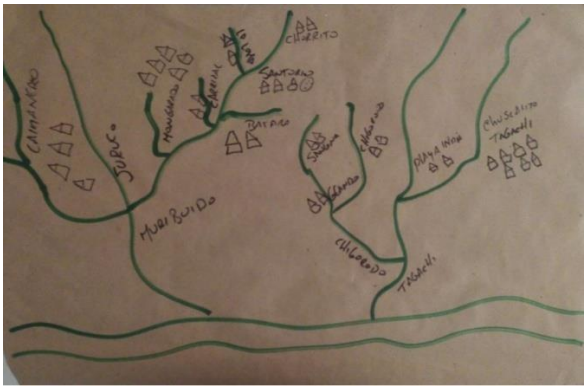


Imagen 15.

Cartografía Comunidad Caimaneros de Jampapa

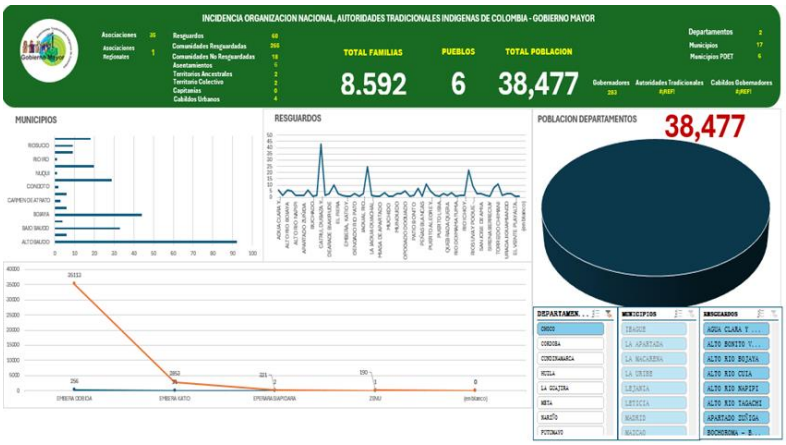


Principales Pueblos Indígenas Presentes En El Territorio Filiales A Gobierno Mayor.

- Emberá Dobidá
- Emberá Chamí
- Emberá Katío

Imagen 16.

Población indígena filial a Gobierno Mayor – Chocó



Fuente: Información interna Gobierno Mayor

Enfoque Conceptual. Se identifico desde la cosmovisión y los conceptos propios de salud-enfermedad de los pueblos indígenas del Chocó, que la enfermedad es vista como una ruptura del equilibrio entre el ser humano y los elementos que lo rodean: la tierra, el agua, el viento, los ancestros y los espíritus protectores.

Se aborda la enfermedad no solo como un problema biológico, sino también como un desequilibrio espiritual, social y ambiental. Las estrategias de sanación son tanto físico como espirituales, involucrando a la familia y a la comunidad.

Danilo Chamorro expresa que el ciclo vital está apoyado por la autoridad. En Chocó, se habla de cabildos y en Vichada de capitanías. Relata que cuando el bebé nace, le hacen armonización a través de danzas, plantas o carrizo con el fin de darle fortaleza espiritual de protección. Así mismo, le brindan fortaleza espiritual a través del Jaibaná. En la primera pubertad al joven le realizan rituales, armonización, danza con flauta y carrizo. El adulto queda en la comunidad Emberá. Con referencia a la salud mental se dan orientaciones y soplos en la cabeza para refrescarles el pensamiento. Los Jaibaná tienen

ayudantes para recoger las plantas que requieren para curar. Hay prácticas que tienen en algunas regiones como las pinturas corporales para proteger cuerpo y espíritu. Hay comunidades donde los Jaibaná se encuentran en proceso de aprendizaje. Las dificultades están en recursos, plantas, problemas en la comunidad. Siempre existen límites y alcances.

Mientras que el mayor Jairo Chicama considera que “muchas comunidades relacionan que, si no se sanan, todo es malo, se ha perdido la confianza y el respeto entre el enfermo y el Jaibaná y del Jaibaná y la comunidad”.

Chamorro también explica que en las huertas comunitarias siembran plantas medicinales y plantas comestibles. Hay sabedores que han dejado de ser médicos tradicionales, por el tema del conflicto armado. También porque no han finalizado sus estudios y preparación y otros porque implica una gran responsabilidad, no la asumen. Hay sabedores que hacen daño, especialmente a las niñas y niños en sus formulaciones y/o para “manosearlos”. Igualmente existen dificultades internas para las prácticas tradicionales.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la perspectiva propia de los pueblos indígenas, el significado de la salud y de la enfermedad adquiere una connotación profundamente distinta a la visión institucional, es por eso que en los recorridos territoriales y diálogos realizados se documentaron aportes de autoridades, sabedoras y sabedores, promotores o agentes de salud y de la comunidad en general, algunas de estas participaciones se relacionan a continuación:

¿Qué Es Salud?

- “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".
- "La memoria colectiva de la violencia fue entendida como parte de la salud: sanar el territorio implica sanar la memoria y la comunidad".
- "La espiritualidad está intrínsecamente ligada a la salud mental: los suicidios juveniles se interpretan como un desequilibrio espiritual y social, no como patología individual".
- "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".

¿Qué Es Enfermedad?

Las sabedoras y sabedores del Chocó 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”.

¿Qué Es El Buen Vivir?

- “No tener hambre, que no haya presencia de actores armados en sus territorios, vivir tranquilo, no tener perturbaciones”.
- “Que el gobierno invierta en solucionar los determinantes sociales (vías de acceso, agua potable, energía, fumigaciones recurrentes para evitar enfermedades como paludismo)”.
- “Mantener la armonía con la naturaleza, con la familia y con uno mismo”.
- “Tener espacios de diálogo, acompañamiento espiritual y fortalecimiento de la palabra de los mayores”.
- “Equilibrio entre cuerpo, alma y territorio”.

- "Estar sano sin enfermedad con salud".
- "Sin problemas y en armonía".
- "Tener una buena salud, tener servicios básicos esenciales, tener alimentación".
- "Territorio sin grupos armados".
- "Estar en paz".
- "Que no haya cultivos ilícitos de coca".
- "Tener todo".
- "Es cuando tenemos hierbatero".

¿Como entienden la muerte?

- "Se va para otro mundo, trasciende. El Jaibana le hace rituales y le indica que va a viajar que no se preocupe".
- La muerte se entiende como un descanso, se manejan los espíritus de los muertos como vivos".

Tabla 5.

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

Determinantes Sociales En Salud.

- Falta de servicios públicos esenciales (energía, agua, alcantarillado).
- Falta de saneamiento básico (agua potable, letrinas, no clasificación de residuos).
- Contaminación minera y de desechos de ríos.
- Tala de árboles que afectan el medio ambiente y territorio.
- Presencia de grupos armados, que generan desplazamientos forzosos de la comunidad y reclutamiento de menores.
- Limitada infraestructura vial, lo hace uno de los departamentos con mayores retos de conectividad en el país.
- La geografía, condiciones de hábitat, pobreza y cuestiones deficitarias estructurales del sistema de salud.
- Determinantes sociales negativos para la salud pública, lo cual conlleva a

riesgo elevado de enfermedades infecciosas.

- Necesidad de proteger la práctica espiritual frente a la violencia, minería y contaminación que afectan la recolección de plantas y el equilibrio espiritual.

Barreras De Acceso.

- Falta de atención en salud por no llevar documento de identidad o que lo acredita como indígena.
- Discriminación por parte de la población afro.
- Distancia entre la comunidad y el puesto de salud más cercano.
- Pesca o caza restringida por fuera del territorio para su alimentación.
- Ingresos económicos restringidos.
- Presencia de grupos armados.
- Creciente de ríos, así mismo cuando están secos se convierten en riesgos visibles para transportarse.
- Ausencia de medios de transporte fluviales para el desplazamiento al acceso de los servicios de salud requeridos.
- La movilidad depende en gran medida de los ríos y de la limitada infraestructura vial.
- Sistema de referencia y contrarreferencia insuficiente.
- Los sabedores advirtieron que la minería y el conflicto armado están deteriorando los lugares sagrados y obstaculizando el ejercicio espiritual, las dragas y el mercurio afectan la “vida de las plantas”, reduciendo la eficacia de las curaciones.

Relación De La Medicina Ancestral Con El SGSSS.

- Los hospitales y centros de salud deben tener espacios para la medicina ancestral, como salas de atención intercultural.
- Fortalecer la salud propia e intercultural significa tener un equipo completo, capacitado, con infraestructura adecuada y comunicación permanente, donde convivan la medicina ancestral y la occidental.
- Se recuerda que el ejemplo personal es fundamental: un promotor o un líder de salud debe practicar en su hogar lo que enseña a la comunidad.
- En lo ancestral, no tienen una tabla de contenidos ni una dosificación exacta para entregar los medicamentos.
- Capacitación y formación de equipos de salud en las comunidades, con encuentros e intercambios entre sabedores tradicionales y profesionales occidentales.
- Los auxiliares requieren formación técnica y ancestral, las campañas de prevención deben responder a la realidad del territorio y la articulación entre medicina propia y occidental debe construirse con respeto.
- Capacitación y formación de equipos de salud en las comunidades, con encuentros e intercambios entre sabedores tradicionales y profesionales occidentales.
- Cuando llega un enfermo, el médico tradicional, el Jaibaná, utiliza su canto para reconocer el origen del mal. A través de ese canto, él determina si la enfermedad tiene cura dentro del territorio o si, por el contrario, no corresponde a lo propio y debe remitirse al pueblo o al hospital.

Distancia Que Existe Entre La Comunidad Y El Puesto De Salud Más Cercano.

1. **Comunidad Playita Gella - Llanito Gella:** Dependiendo de la comunidad el centro de salud más cercano se encuentra en el municipio de Pizarro (Bajo Baudó). Hospital de primer nivel de atención, en lancha de 4, 5, 6, 7 horas, 1 día o dos días, en motor 15.
2. **Comunidad Unión - Resguardo río Salaqui:** El centro de salud más cercano queda en el municipio de Riosucio, primer nivel de atención (Bajo Atrato): 4 horas en motor 15.
3. **Comunidad Chanú – Resguardo Alto Río Bojayá - Bellavista:** El Hospital más cercano es de primer nivel de atención y queda en Bojayá - Bellavista a 9-10 horas (motor 15).
4. **Comunidad Nuncidó - Resguardo Katru Dubasa Ankoso:** Los centros de salud más cercanos están en los municipios de Piepato y el municipio de Puerto Meluk, primer nivel de atención, queda a 4 y 5 horas respectivamente. (Motor 15).
5. **Comunidad Caimaneros de Jampapa - Resguardo Río Munguido:** El centro de salud más cercano es en el municipio de Quibdó, Hospital San Francisco de Asís, II nivel de atención, queda a 4 a 5 horas. (Motor 15).
6. **Comunidad Puerto Indio - Resguardo Chori – Nuquí:** El centro de salud más cercano es en el municipio de Nuquí, primer nivel de atención, queda a 2,5 horas (Motor 15).

Departamento De Vichada

Desde lo institucional

Territorio. El 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 17.

Mapa político de Vichada



Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia, departamento de Vichada.

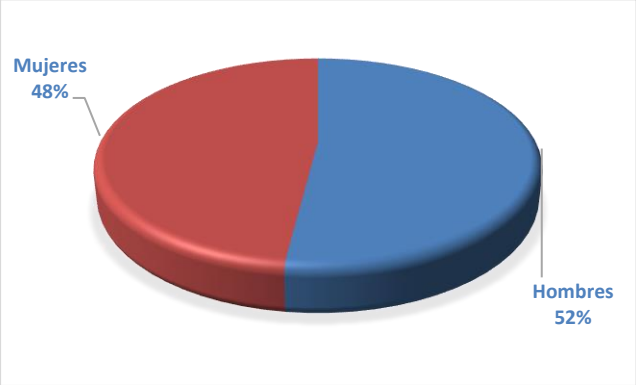
Población. Cuenta con una población total de 125.477 habitantes, la mayoría de la población se concentra en las cabeceras municipales de Puerto Carreño, La Primavera, Santa Rosalía y Cumaribo, siendo este último, el municipio más extenso de Colombia y el más representativo para el departamento en términos 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 3.

Distribución por género en Vichada



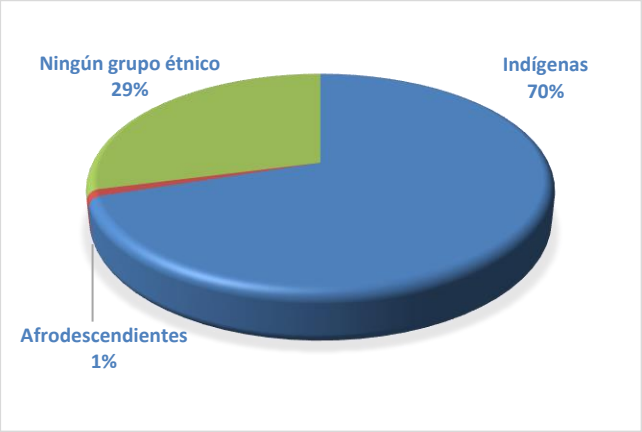
Nota: Elaboración propia.

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

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

Gráfico 4.

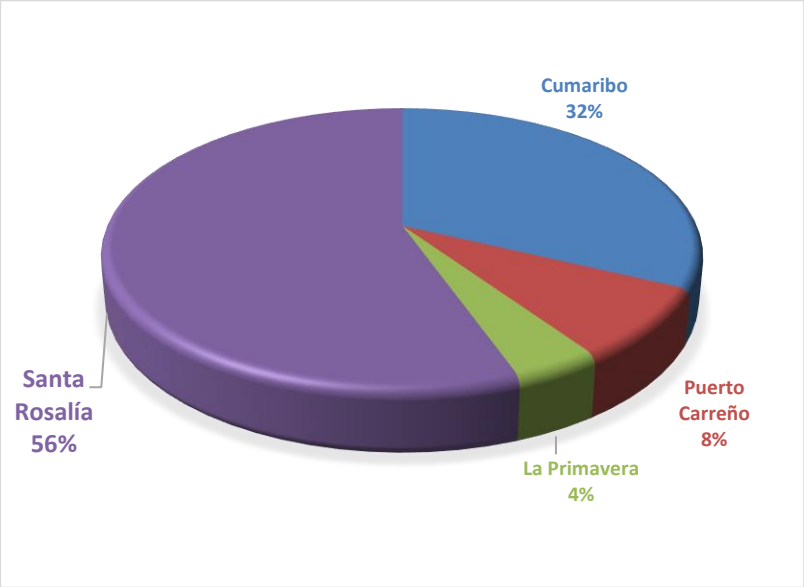
Composición étnica en Vichada



Nota: Elaboración propia.

Gráfico 5.

Distribución poblacional por municipio en Vichada



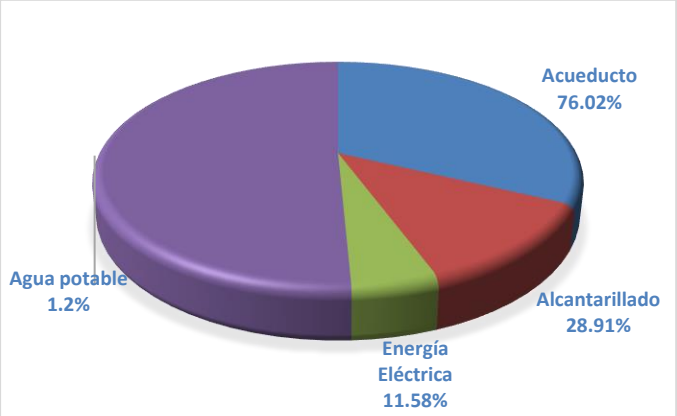
Nota: Elaboración propia.

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.

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 6.

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.

Condiciones Climáticas. El departamento de Vichada forma parte de la gran cuenca del Orinoco, caracterizada por sabanas, ríos caudalosos y ecosistemas de alto valor ecológico. Estos territorios cumplen un papel fundamental en la regulación climática, la biodiversidad y la provisión de recursos hídricos, lo que lo convierte en un espacio estratégico para el país. Sin embargo, la presión de actividades extractivas, y actividades ilegales hacen que presente diversos retos en términos de desarrollo social y territorial. El clima es cálido, oscilando las temperaturas entre 24 y 35 grados centígrados.

Movilidad. 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.

Salud Y Enfermedad. 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.

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 6.

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 7.

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.

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

Tabla 8.

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.
- 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.

Desde Lo Propio

Tabla 9.

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

Territorio. La sabiduría ancestral comprende los conocimientos, prácticas, valores y rituales transmitidos de generación en generación por los pueblos indígenas. Se fundamenta en una profunda conexión con el entorno natural y concibe la salud como una unidad entre lo físico, lo emocional, lo espiritual y lo comunitario. Este saber reconoce y respeta a la Madre Tierra, promueve la conservación de la biodiversidad y orienta el uso sostenible de los recursos naturales.

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".

Metáfora Del Árbol De La Vida. Durante los encuentros, ambos territorios coincidieron en la imagen del “árbol de la vida” como símbolo de la salud y del territorio. El árbol frondoso representa el equilibrio del cuerpo, la comunidad y la naturaleza. El árbol seco o enfermo refleja la pérdida de saber, la contaminación y el debilitamiento espiritual. El modelo de salud SISPI deberá ser el proceso de revivir el árbol, devolviéndole su savia: los sabedores, las plantas, el agua y la palabra.

Cartografía Social Vichada. La técnica de cartografía permite visualizar y analizar el territorio y los recursos de las comunidades desde su propia perspectiva. La cartografía social facilita la identificación de problemas y potencialidades en el contexto local. A continuación, se exponen unas cartografías realizadas por las comunidades.

Imagen 18.

La salud ideal en el Vichada



Imagen 19.

Resguardo Saracure Río Cada



Imagen 20.

Resguardo Unificado Selva Mataren

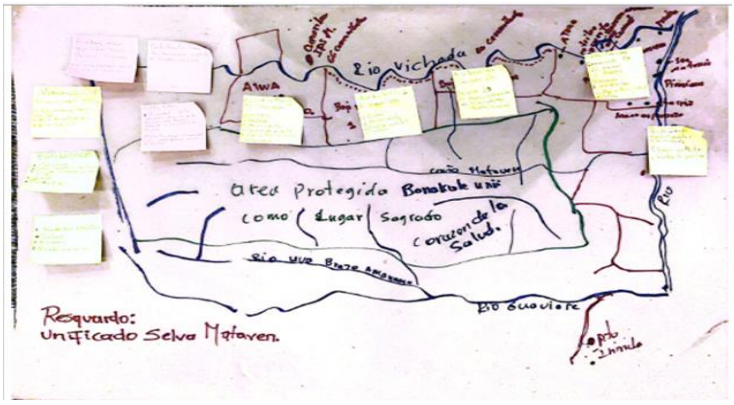


Imagen 21.

Resguardo Cholobo Matatu





Imagen 22.

Resguardo Nakuanedorro



Imagen 23.

Resguardo Santa Teresita

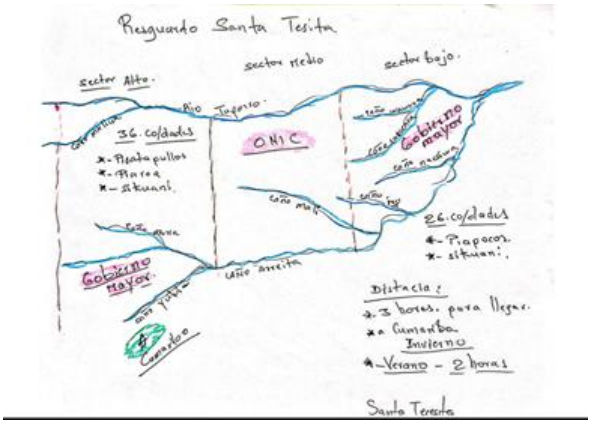




Imagen 24.

Cabildo en contexto urbano El Picacho



Imagen 25.

Resguardo Awia Tuparro

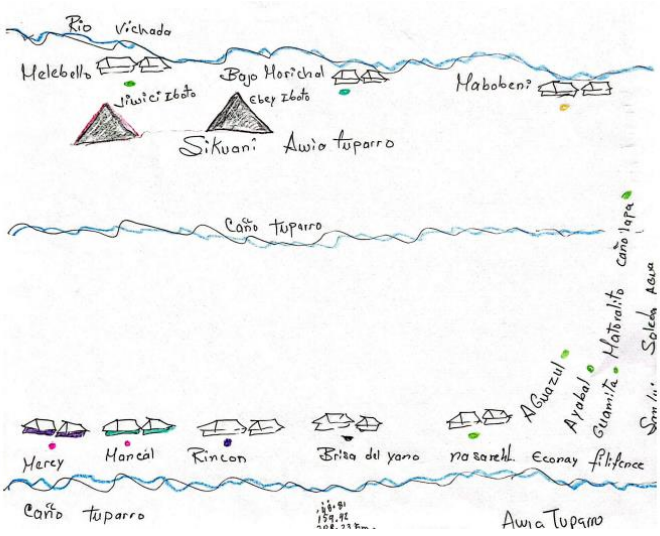


Imagen 26.

Resguardo Aliwa Kupepe



Imagen 27.

Parcialidad Los Mangos



Imagen 28.

Resguardo Metiwa Guacamayas

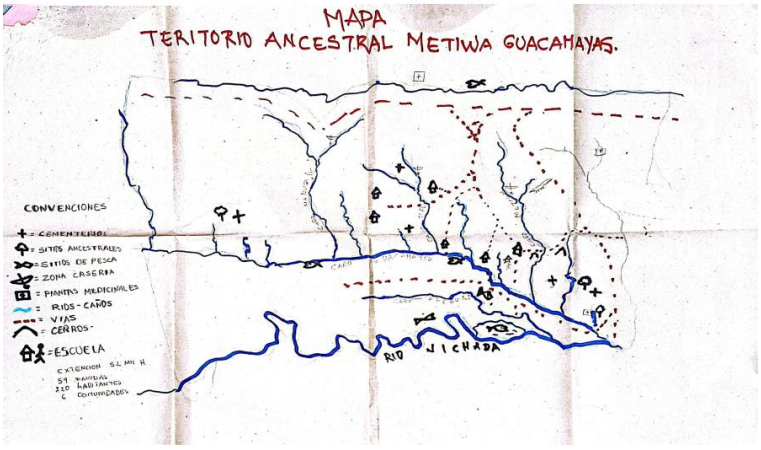


Imagen 29.

Resguardo Guacamaya Mamiyare



Imagen 30.

Resguardo La Esmeralda



Imagen 31.

Resguardo Valdivia

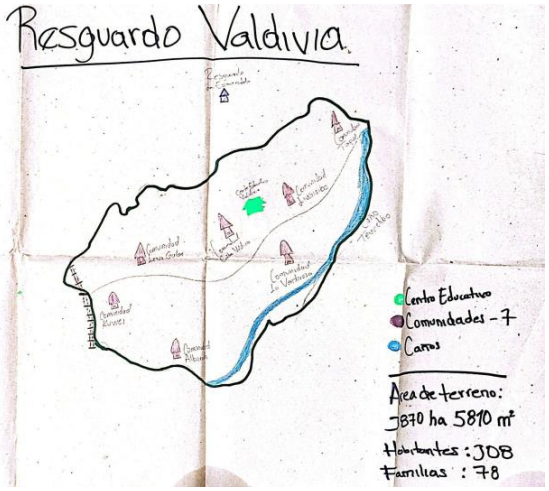


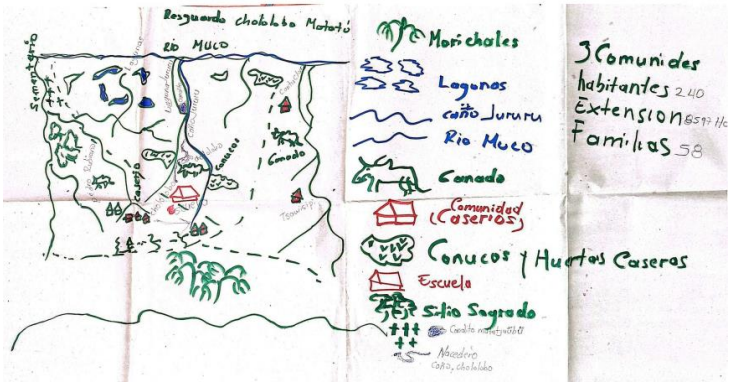
Imagen 32.

Resguardo Aiwa Kuna Tsepajibo



Imagen 33.

Resguardo Cholobobo Matatú



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 34.

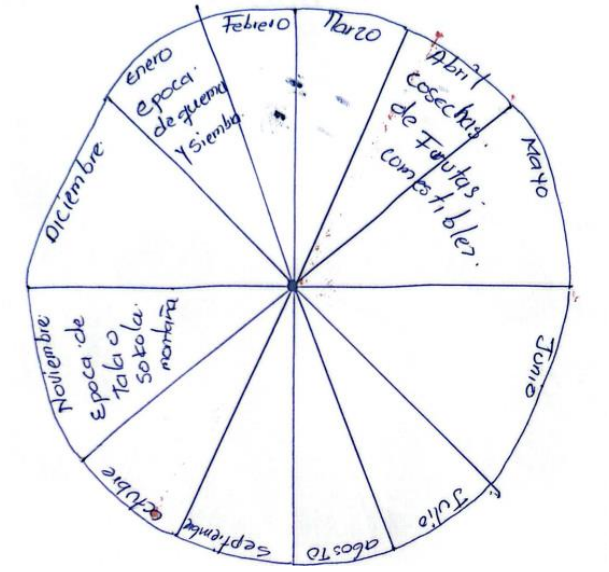
Calendario ecológico Resguardo Santa Teresita



Fuente: Jornada de Sistematización Vichada.

Imagen 35.

Calendario ecológico Los Mangos



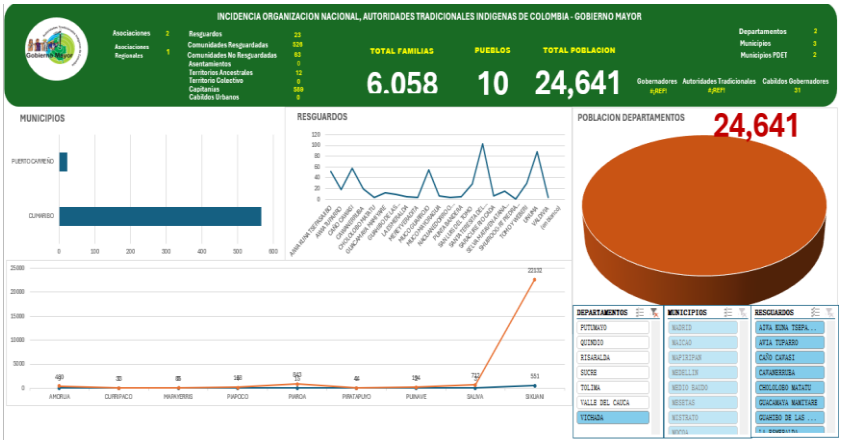
Fuente: Jornada de Sistematización Vichada.

Principales Pueblos Indígenas Presentes En El Territorio Filiales A Gobierno Mayor

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

Imagen 36.

Población indígena filial a Gobierno Mayor Vichada



Fuente: Información interna Gobierno Mayor

Enfoque Conceptual. Comprender la diversidad étnica se relaciona con los variados conceptos, percepciones, usos, prácticas tradicionales relacionadas con la salud y la enfermedad, no obstante, las particularidades, debido a las cosmovisiones, cosmogonía y Ley de Origen específicas de cada grupo, de manera general, se asocian a explicaciones de integralidad en las cuales se destaca que la salud tiene que ver con los estados equilibrio y armonía con lo sagrado, espiritual, social, cultural y natural (tierra y cosmos).

Miguel Rodríguez, del pueblo Sikuani, comenta que, “los enfermos salen de la comunidad, rezan para evitar enfermedades, en ocasiones usan el humo del pescado, como forma de prevención”.

Desde lo propio, el significado de salud y de enfermedad tiene una connotación y percepción diferente a lo institucional, como lo confirman las autoridades, sabedoras, sabedores, promotores o agentes de salud y comunidad de Vichada:

¿Qué Es Salud? De acuerdo con el ejercicio del árbol sano y marchito realizado durante el Encuentro de Sabedoras y Sabedores, y con base en la interpretación de Miguel, del pueblo Mapayerri, se concluyó lo siguiente:

- "El árbol observado se ve enfermo, como si le hubieran echado veneno".

- "Se percibe un mal cuidado, lo que refleja abandono o descuido".
- "Las raíces están expuestas, fuera de la tierra, lo que muestra fragilidad y falta de protección".
- "Cuando no hay cuidado, acompañamiento ni protección, la vida se debilita".
- "Así como un árbol mal atendido pierde fuerza y vitalidad, una comunidad sin atención adecuada en salud se deteriora".
- La mayora Jenny del pueblo Sikuani afirma que: “Me gustaría que cada resguardo tenga una casa central, un espacio de pensamiento y sanación, donde estén nuestras parteras y nuestros médicos tradicionales disponibles cada vez que se requiera”.
- “Que se cree un centro de salud en el territorio y una empresa autónoma que certifique a los sabedores y parteras, reconociendo sus conocimientos y legitimando su rol dentro del sistema".
- "Creación de una casa ancestral de pensamiento, de atención, de plantas medicinales, de transmisión y de conocimiento. Una casa que sea símbolo de autonomía, sanación y pedagogía intercultural, donde se integren los saberes tradicionales con la medicina occidental".
- “Que se establezca atención primaria en cada resguardo indígena, garantizando que el acceso a la salud no dependa de traslados ni de estructuras externas, sino que se afirme desde el territorio".
- “Es necesario exigir a los municipios que habiliten espacios especiales para atender a los compañeros indígenas, reconociendo sus particularidades culturales, lingüísticas y espirituales”.

- “Tener un centro de salud de primer y segundo nivel gestionado desde el territorio nacional, con capacidad para realizar traslados dignos y oportunos".
- “La atención en salud debe ser oportuna, territorial y adaptada a las condiciones reales de movilidad de cada pueblo indígena".
- “El mayor Sucre afirma que:" Vivir en armonía con la naturaleza, respeto a sitios sagrados en territorio".
- “Mantener buena alimentación".
- “Respeto mutuo entre familiares, entre saberes y practicas ancestrales".
- “La salud es comprendida como tejido entre naturaleza, organización, alimentación y espiritualidad”.
- El anciano Piapoco Aldemar Gaitán (Resguardo Saracure) afirmó: "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"

¿Qué Es Enfermedad?

- El mayor Losinio afirma: "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".

- “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”.
- “Necesidad contratación de personal propio y occidental prestación del servicio en salud intercultural".
- “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".
- “El sabedor Sikuani Juan Bautista Nariño (Resguardo Atana Pirariami) narró: "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".

¿Qué Es El Buen Vivir?

- “Buena alimentación, buen medio ambiente, el territorio, la buena salud de los pueblos indígenas, sino hay buen territorio no hay salud, cuando hay felicidad y un buen pensamiento".
- “Que haya amistades, humildad, servicio, que no haya problemas, que haya trabajos comunitarios, la acogida en la comunidad, vivir sano, con la familia y el resto de habitantes, tener armonía, sentir la armonía y la cosmovisión de la biodiversidad".
- “El buen vivir se relaciona con la salud, equilibrio con naturaleza, entre

familias".

- “Tener una casa ancestral o casa del pensamiento dentro de los resguardos indígenas”.
- “Tener un centro de concentración ancestral”.

Tabla 11.

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

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.

Distancia Que Existe Desde La Comunidad Al Puesto De Salud Más Cercano.

- “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".

Desarmonías O Enfermedades Propias en Chocó y 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).

Tabla 12.

Desarmonías propias Chocó y Vichada

Desarmonía	Descripción	Acción de recuperación	Tipología de la desarmonía
Agotamiento o desgaste energético o espiritual	Esta desarmonía afecta el pensamiento, la fuerza interior y la cohesión familiar y comunitaria, poniendo en riesgo la pervivencia física y cultural. No es un simple cansancio, sino una pérdida de claridad y orientación que rompe la conexión con el Buen Vivir, originada por traumas, experiencias dolorosas o el ingreso de energías negativas que alteran el espíritu. Se manifiesta como confusión y debilidad en lo mental, emocional y espiritual, especialmente tras pérdidas significativas. Su recuperación requiere la guía de los sabedores ancestrales, quienes ayudan a reequilibrar las energías y restaurar la fuerza vital.	Ritual de armonización para equilibrar las energías a través del pulseo	Energética, espiritual
Agotamiento físico	Aparece cuando el cuerpo y el espíritu son llevados más allá de su fuerza natural, ya sea por trabajos pesados, mala alimentación, poco descanso o por preocupaciones derivadas de factores externos como la presencia de grupos armados, la falta de agua y saneamiento o las tensiones por defender el territorio. Se manifiesta como un cansancio profundo que afecta el cuerpo, la energía y el pensamiento, generando dolores, alteraciones del	Ritual de armonización a nivel individual y territorial. Esto implica el uso de plantas medicinales y la intervención de los sabedores para reintegrar el equilibrio en la persona, la	Natural y energética

	sueño, pérdida de ánimo y debilitamiento del espíritu. No es solo agotamiento físico, sino un desequilibrio integral que rompe la armonía de la persona con su entorno y con su territorio.	familia, la comunidad y el territorio.	
Ahogado	Es una afectación física y espiritual que surge cuando una persona entra en contacto con lugares considerados “fríos”, húmedos o cargados de energía, como ríos, quebradas, manglares, ciénagas o territorios sagrados, sin realizar las precauciones tradicionales que protegen el cuerpo y el espíritu. También puede manifestarse cuando se quiebra una norma cultural o territorial, generando una desarmonía que afecta la conexión con las energías del entorno. Esta condición no solo impacta el cuerpo, sino que altera el equilibrio espiritual y emocional de la persona, debilitando su fuerza vital y su relación con el territorio.	Cantos, soplo, baños	Energética y espiritual
Arco	El arco iris es comprendido como un ser energético que puede causar desarmonías cuando aparece acompañado de lloviznas, generando afecciones en la piel de niños y adultos, así como convulsiones en los bebés si se atraviesan quebradas sin llamarlos o sin las protecciones tradicionales. Esta energía afecta especialmente a las mujeres embarazadas, pues se cree que puede influir negativamente en el feto, debilitándolo o incluso provocando pérdidas gestacionales. Desde la mirada ancestral, esta afección se interpreta como la acción de un espíritu o energía negativa que altera la armonía corporal y espiritual, por lo que la prevención es fundamental: se protege a la gestante evitando que cruce ríos u ojos de agua sin resguardo y en el caso de los bebés se emplean plantas protectoras y pulseras de oro o cobre para mantener el equilibrio y resguardar su energía frente a las fuerzas del territorio.	Uso de plantas medicinales	Espiritual y energética
Ataque espiritual	Esta desarmonía se entiende como una agresión que vulnera la energía vital y rompe la armonía de la persona con su familia, su comunidad y su territorio, originada cuando alguien usa saberes espirituales de forma indebida para alterar el equilibrio de otro y generar enfermedad, desorientación o conflictos sin causa física. Afecta especialmente a quienes están espiritualmente frágiles, permitiendo la entrada de energías dañinas que desacomodan su fuerza interior. La protección espiritual es fortalecida mediante rituales, el acompañamiento de los mayores, el cumplimiento de las normas culturales y la conexión con la Madre Naturaleza, cuando esta es fuerte, incluso puede devolver la energía negativa a su origen.	Armonizaciones de limpieza corporal y espiritual, uso de plantas medicinales. La recuperación la realiza el médico tradicional.	Espiritual, energética y postiza

Baso	El baso es una afección reconocida en la medicina tradicional indígena que produce dolor abdominal, inflamación y decaimiento por un desorden interno del cuerpo.	Sobadas, plantas calientes y armonizaciones para restablecer el equilibrio.	Energética y espiritual
Brujería	Acción intencional en la que se manipulan energías para causar daño o alterar el equilibrio de una persona, su familia o incluso toda la comunidad, utilizando elementos rituales como objetos enterrados, alimentos, bebidas, palabras o animales. Se considera una ruptura profunda del orden natural y espiritual. Su afectación ocurre cuando el individuo se encuentra en un estado de vulnerabilidad, momento en el que espíritus dañinos pueden impregnarse en su cuerpo y desacomodar su energía, permitiendo que larvas o parásitos espirituales generen enfermedades graves. Esta vulnerabilidad surge, a menudo, de la pérdida de la identidad cultural, el incumplimiento de normas espirituales o la inconsciencia frente al propio cuidado. La protección del cuerpo y del espíritu, se realiza a través de rituales, la conexión con los mayores y el fortalecimiento cultural.	Rituales de limpieza por medio del conocimiento especializado de los sabedores.	Espiritual, energética, postiza
Cáncer (Puesto)	Es una enfermedad creada por uno mismo a través de la alimentación, el pensamiento negativo y la maldad hacia otros. La armonía y el buen pensamiento pueden prevenirlo. Un sabedor puede detectarlo y retirarlo espiritualmente.	Uso de plantas medicinales indicadas por los mayores espirituales.	Enfermedad espiritual, postiza y mental
Carranchil / Siete Luchas / Chanda	Se conoce como alergias o dermatitis. Los nombres Siete Luchas y Carranchil se utilizan como nombres propios para referirse a la alergia o una condición de piel con picazón (rasquiña).	Uso de plantas medicinales indicadas por los mayores espirituales. Remedios propios.	Natural
Cogida del pelo	Desequilibrio que ocurre cuando el cabello absorbe un susto, energía o contacto inadecuado, generando dolor, llanto o malestar. Se trata con sobadas, peinadas rituales y armonización.	Peinadas rituales, sobadas suaves en cabeza, cuello y espalda, baños o humos con plantas, oraciones o palabras rituales.	
Cogida del rastro	Afectación causada cuando una persona, espíritu o energía deja una “huella” fuerte en el territorio o sobre alguien, produciendo cansancio, fiebre o alteraciones emocionales. Se limpia con plantas y armonización.	Limpias con plantas, baños, armonización del territorio.	
Cogida de mano	Daño o influencia negativa transmitida por el tacto, mirada o energía de otra persona, especialmente si tiene “mano pesada”. Genera malestar físico o emocional y se cura con limpias y equilibrio energético.	Sobadas en el área afectada, limpias con plantas, baños, palabras rituales.	
Descuajado o descuaje	El descuajo es una enfermedad común en bebés (y adultos), donde los intestinos se desacomodan o se	Sobado manual de corrección o ritual	Natural y energética

	meten en la cavidad toráxica, causando diarrea, vómito y malestar, requiere una corrección manual o ritual específico por parte de un especialista de la medicina tradicional, como un sobandero o pulseador.	específico. La acción la realiza principalmente la partera.	
Desequilibrio espiritual	Se produce cuando una persona se aleja del cumplimiento del camino de la Ley de Origen**,** rompe con los ciclos naturales o comete faltas graves ante la comunidad, la familia o la naturaleza. Afecta el ánimo, la salud y las relaciones con otros seres.	Rituales de limpieza por medio del conocimiento especializado de los sabedores.	Espiritual
Dolor de huesos	En la visión ancestral puede deberse a falta de equilibrio entre el cuerpo y el entorno (clima, esfuerzo físico, frío espiritual, mal descanso). También puede indicar presencia de enfermedad interna o señal de carga espiritual. Requiere de atención y tratamiento a través de prácticas ancestrales y el conocimiento de los sobanderos.	Uso de plantas medicinales indicadas por los mayores espirituales.	Natural
Espolón calcáneo	Crecimiento óseo en el hueso del talón, dolor en el talón causado por acumulación de energía física o carga espiritual mal disuelta. En la sabiduría Nasa puede estar relacionado con el camino que se transita cuando se camina por senderos que no son guiados por la Ley de Origen, el cuerpo avisa. Curado con plantas medicinales, mediante un tratamiento continuo.	Uso de plantas medicinales. Los sobanderos son las personas expertas en dar masajes con fines curativos.	Natural
Frio, Frío de muerto	Afecciones relacionadas con la exposición al frío o energías negativas de lugares como cementerios o velorios.	Uso de plantas medicinales y prácticas de armonización que buscan limpiar la mala energía. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional o mayor espiritual.	Espiritual
Malas energías	Una persona especialmente niños o sabedores sensibles, reciben energías negativas del entorno (lugares, personas o situaciones que provocan un desequilibrio de energía en el hogar, en la persona, comunidad y territorio). Pueden ser causadas por envidias dirigidas a los padres, afectando al niño y causándole incluso la muerte, esto puede genera síntomas como dolores de cabeza, cansancio, malestar general, tristeza, pérdida de apetito, alteraciones del sueño y hasta querer abandonar el mismo territorio.	Ritual de limpieza energética en el ámbito individual, familiar o colectivo. La acción la realiza principalmente el médico tradicional.	Espiritual, energética o postiza
Mal de nacimiento	El mal de nacimiento es una afección del recién nacido que, según la medicina tradicional indígena, surge de un desequilibrio espiritual o territorial ocurrido durante el embarazo. Se	Oración específica, baños, toma de bebidas caseras (plantas medicinales), rezos,	Energética y espiritual

	manifiesta en síntomas físicos y emocionales que requieren armonización a través de prácticas tradicionales.	rituales, plantas medicinales, baños, sahumerios.	
Mal viento	Es una corriente de aire cargada de energía negativa o espiritual. Se manifiesta con dolor, debilidad repentina o desmayo.	Uso de plantas medicinales y prácticas de armonización que buscan limpiar la mala energía. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional o mayor espiritual.	Espiritual
Mordedura de Serpiente Espiritual	Enfermedad "postiza" (por brujería) que puede causar pudrición de la carne. La protección espiritual puede desviar el daño a una parte superficial y curable	Uso de plantas medicinales. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional.	Energética y espiritual
Ojo, Mal de ojo	Esta desarmonía conocida es una alteración energética que afecta principalmente a niños y niñas cuando reciben la mirada o la energía fuerte de otra persona, incluso sin mala intención. Esta fuerza puede provenir de alguien con “ojo fuerte”, de mujeres durante su periodo o de personas con una energía muy cargada, generando en los menores fiebre, diarrea o enfermedades recurrentes, y en adultos, signos como la caída del cabello. Su influencia no solo alcanza a las personas: también puede “cortar” comidas, fermentos como la chicha o dañar plantas medicinales. La armonización se realiza mediante limpiezas con plantas y el uso de prendas íntimas de la madre para restablecer el vínculo y la protección energética. Para prevenirlo, especialmente en recién nacidos, se mantiene al bebé cubierto y se emplean elementos protectores como pulseritas de oro o cobre y chumbes, que ayudan a resguardar su energía y mantener el equilibrio espiritual.	Uso de plantas medicinales y prácticas de armonización que buscan limpiar la mala energía. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional o mayor espiritual.	Energética y espiritual
Ojo Mojado	Se da más en las comunidades afro y consiste en que los niños quedan con el ojo bravo, se le pasa la energía muy fuerte de otra persona que se queda mirando.	Uso de plantas medicinales y prácticas de armonización que buscan limpiar la mala energía. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional o mayor espiritual.	Energética y espiritual
Ojo seco	Al niño le da mucha fiebre, diarrea, se le hunde el ojo, el niño puede morir.	Uso de plantas medicinales y prácticas de armonización que	Energética y espiritual

		buscan limpiar la mala energía. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional o mayor espiritual.	
Pujo	Común en bebés recién nacidos, les impide mamar, causa diarrea y fiebre. Se relaciona con el cuidado del ombligo.	Uso de plantas medicinales. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional.	Energética
Sucio	El Sucio se refieren a energías negativas o espíritus malignos que pueden causar enfermedades o desarmonías, especialmente a personas vulnerables como mujeres embarazadas y bebés. Los niños pierden su energía por una energía muy fuerte de alguien mayor. Una energía negativa o enfermedad espiritual enviada con malas intenciones (brujería/maleficio). Puede manifestarse físicamente (ej. cáncer puesto). La fuerza espiritual de la persona protegida puede devolver la energía maligna triplicada a quien la envió.	Uso de plantas medicinales. La recuperación requiere buscar la ayuda del médico tradicional.	Energética, espiritual, mal postizo
Susto	Es una desarmonía causada por un evento traumático o un impacto emocional fuerte. Esto puede ser provocado por un grito o el sonido súbito de un pito de carro. Los síntomas incluyen fiebre, vómito, decaimiento, afecta el sueño y la alimentación. Es una afección que puede presentarse tanto en bebés como en adultos. Además, la desarmonía afecta el equilibrio, y es crucial tratarla acudiendo a los mayores en la comunidad para la curación. Puede afectar a niños y adultos, causando problemas para dormir, comer y retraso en el desarrollo. Se cura con pulseadas usando hierbas como el alegrón	Rituales, uso de plantas medicinales, atención de medico tradicional y pulseador.	Energética y espiritual

Nota: Elaboración propia.

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 13.

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 14.

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 15.

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 16.

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 17.

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 18.

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 19.

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 20.

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 21.

Riesgos

Chocó	***Vichada***
• Planes sin enfoque territorial ni cultural. • Continuidad de la desarticulación EPS–SISPI. • Planificación sin participación efectiva de autoridades propias. • Afectación del conflicto armado.	• Planes aprobados sin validación comunitaria (no implementables). • Asignación presupuestal insuficiente o desviada. • Planes rígidos que no consideren calendario ecológico local.

Nota: Elaboración propia.

Tabla 22.

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 23.

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 24.

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 25.

Necesidades

Chocó	**Vichada**
• Equipos extramurales fluviales interculturales. • Implementación del cuidado materno por	• Equipos de atención primaria móviles (terrestres y mixtos) con personal intercultural.

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.	• 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 26.

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 27.

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 28.

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 29.

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 30.

Necesidades

Chocó	Vichada
• Sistema de evaluación intercultural SISPI–Chocó. • Indicadores espirituales y de armonización territorial. • Auditorías comunitarias con autoridades propias. • Reporte conjunto EPS–SISPI–cabildos.	• 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 31.

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 32.

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 33.

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 34.

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 35.

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 36.

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 37.

Estrategias

Chocó	Vichada
• Crear Mesa Departamental de Coordinación Intercultural en Salud. • Activar rutas compartidas EPS–IPS–autoridades indígenas. • Integrar sectores: salud, ambiente, transporte, protección. • Establecer protocolos unificados de remisión fluvial. • Crear un Centro de Coordinación de Emergencias Fluviales.	• 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 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 38.

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 39.

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**
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	• Definición de ejes de cuidado y estrategias por cada eje.	Gobierno Mayor, equipos técnicos, autoridades tradicionales,	**3 meses**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
	modelo con participación amplia.	• 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.	mesas interculturales.	
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. • Ajustes periódicos según recomendaciones espirituales, comunitarias y técnicas.	Equipos de seguimiento del SISPI, autoridades espirituales, personal de salud, organizaciones indígenas.	**Cada 6 meses**
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.	Gobierno Mayor, organizaciones indígenas, Ministerio de Salud, entes territoriales.	**Proceso continuo (revisión anual)**

Fase	Descripción	Actividades principales	Responsables clave	Plazo estimado
		• Gestión para financiamiento permanente en el SGSSS. • Consolidación de acuerdos interculturales.		

Nota: Elaboración propia.

Tabla 40.

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 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	Objetivo principal	Actividades clave	Responsables	Plazo
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)**

Conclusiones

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) evidencia que los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales continúan siendo los factores que mayor impacto generan en el bienestar de las poblaciones. Los resultados muestran la persistencia de profundas desigualdades territoriales y étnicas, especialmente en departamentos como Chocó y 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 Chocó integra dimensiones espirituales, territoriales y comunitarias que trascienden lo biomédico, mientras que en Vichada la ancestralidad 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, ambos territorios coincidieron en el “árbol de la vida” como símbolo de la salud: un árbol frondoso representa el equilibrio comunitario y espiritual, mientras que un árbol

seco refleja la ruptura del tejido cultural y ambiental. En este sentido, el Modelo de Salud Propia e Intercultural (SISPI) se concibe como el proceso colectivo de “revivir el árbol”, nutrido por la palabra, los sabedores, las plantas y el agua.

Finalmente, 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.

Bibliografía

Carranza-Patiño, H., Turbay-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

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

Constitución Política de Colombia. (1991, 04 de julio). Función Pública. Gaceta Constitucional. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). (2024) *Chocó vive una crisis humanitaria sin precedentes.* https://codhes.org/2024/11/15/choco-vive-una-crisis-humanitaria-sin-precedentes/Consultorsalud. (2024, agosto 8). Desnutrición infantil en Colombia aumenta en 2024. https://consultorsalud.com/desnutricion-infantil-colombia-aumenta-en-2024/

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 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

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2024). *Estadísticas Vitales (EEVV): Defunciones fetales y no fetales.* https://www.dane.gov.co

Gobernación del Chocó. (2024). Plan de Desarrollo Departamental 2024–2027: Chocó, Territorio de Vida y Esperanza. https://www.asambleachoco.gov.co/web/wp-content/uploads/2024/05/Plan-de-Desarrollo-Departamental-Vr11.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Boletín Epidemiológico Nacional, Semana 24 de 2024.* https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Boletin%2024/index.html

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

Médicos sin Fronteras (2024). *Informe programa de salud comunitaria y descentralizada en las zonas más afectadas por el conflicto del departamento de Chocó.* https://www.msf.org.co/actualidad/colombia-el-acceso-a-la-salud-en-comunidades-afectadas-por-conflicto-armado/

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. (2025). Informe Plan Financiero Territorial de Salud 2024-2027 Departamento de Chocó. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/informe-plan-financiero-territorial-salud-choco-2024-2027.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Análisis de Situación de Salud – Zona Fronteriza Chocó.* https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS-Fronterizo-Choco.pdf

Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). (2024). *Colombia: Incremento de morbilidad y mortalidad en menores de 5 años por EDA, IRA, malaria y desnutrición en el departamento del Chocó. OPS/OMS.* https://www.paho.org/en/node/95325

Resolución 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

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/000958/47

880_asis_vichada_2024_versionfinal2.pdf

Sociedad Geográfica de Colombia. (s.f.). Departamento de Vichada.

https://www.sogeocol.edu.co/vichada.htm

Glosario

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.

Ancestralidad: Conjunto de saberes, prácticas, valores y tradiciones transmitidos de generación en generación, que sustentan la identidad cultural y espiritual de los pueblos indígenas.

Baso: Es una enfermedad que afecta a los niños, asociada al alto consumo de azúcar u otros factores. Entre sus síntomas se encuentran el dolor abdominal y complicaciones graves en el hígado, que pueden progresar hasta generar daño hepático severo y episodios de sangrado en diferentes partes del cuerpo.

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.

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.

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.

Dolor en el cuerpo: Produce dolor en las coyunturas, en los huesos, calor interno y se hincha el cuerpo.

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.

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.

Gobierno propio: Estructura de autoridad y toma de decisiones de los pueblos indígenas, basada en sus usos, costumbres y derecho propio.

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.

Jaibaná: Sabedor tradicional en algunos pueblos del Chocó que cumple funciones de sanador, guía espiritual y protector del equilibrio comunitario.

Ley de origen: Conjunto de principios, normas y orientaciones espirituales que guían la vida de los pueblos indígenas, determinando su relación con la naturaleza, la comunidad y el equilibrio vital.

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.

Ojo del pelo: A la persona se le cae el pelo y presenta fuerte dolor de cabeza.

Parteras: En las comunidades indígenas, la partería es una práctica ancestral central ejercida principalmente por mujeres que han heredado el

conocimiento de sus mayores y acompañan a la gestante desde los primeros meses hasta el nacimiento, integrando cuidados físicos, espirituales y comunitarios. Estos saberes incluyen baños con plantas medicinales, pintura corporal protectora, recomendaciones alimentarias y el tacto tradicional para ubicar la posición del bebé, garantizando un parto armonioso y seguro. El proceso inicia cuando el niño comienza a moverse, alrededor del tercer mes, momento en el que la partera prepara rituales y prácticas que honran la vida que crece, entre ellas, el uso del kípara, una medicina espiritual que fortalece y purifica el embarazo bajo la orientación de un médico ancestral. En muchas familias, todas las mujeres participan del acompañamiento, reafirmando el nacimiento como un acto colectivo que articula cuerpo, territorio y espiritualidad.

Partería tradicional: Práctica ancestral ejercida por mujeres sabedoras que acompañan el ciclo reproductivo, el parto y el cuidado del recién nacido desde una visión espiritual, natural y comunitaria.

Pega hueso: Sabedor encargado de acomodar y soldar huesos fracturados con plantas medicinales y secretos tradicionales.

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.

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.

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.

Sistema Indígena de Salud Propia 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.

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.

Ve orina: Sabedor que diagnostica enfermedades mediante la observación directa de la orina, sin instrumentos médicos.

Yerbatero: Curandero tradicional que conoce las propiedades medicinales de las plantas y prepara remedios naturales para la prevención y tratamiento de enfermedades.