



Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia*

Intercultural program for community health promoters: Systematization of experiences of the indigenous community of Jambaló, Colombia

Programa intercultural de promotores de saúde comunitária: sistematização de experiências no município indígena de Jambaló, Colômbia

Recibido: 10 de Junio de 2020. **Aceptado:** 10 de Diciembre de 2020. **Publicado:** 30 de Diciembre de 2021.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>

Yerson Penagos Osnas

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7445-8645>

Marcela Arrivillaga Quintero^a

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5927-338>

Para citar este artículo: Penagos Y, Arrivillaga M. Programa intercultural de promotores de salud comunitaria: sistematización de experiencia en el municipio indígena de Jambaló, Colombia. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.pips>

* Artículo de investigación.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co

Resumen

Objetivo. Reconstruir la experiencia del programa de Promotores de Salud Comunitaria Indígenas (PSC-I) en el municipio y resguardo indígena de Jambaló, Colombia. **Métodos.** Se realizó un análisis cualitativo de sistematización de experiencias con enfoque fenomenológico. Igualmente, se realizaron cinco entrevistas a miembros de PSC-I (dos coordinadores del programa y tres líderes comunitarios), además de una revisión documental. **Resultados.** Los resultados muestran que el programa de PSC-I se ha consolidado desde el año 1978 en el marco del proceso político del movimiento social indígena. Los PSC-I se han configurado como sujetos colectivos en defensa del derecho a la salud, y como un recurso humano necesario para la operación del modelo de salud indígena en el territorio. Estos PSC-I cuentan con capacidades para la atención primaria con enfoque intercultural, desarrollan actividades de fortalecimiento de los programas de salud, vigilancia de enfermedades prevalentes, recuperación de prácticas culturales y movilización social para la gestión de determinantes sociales de la salud. **Conclusiones.** Los PSC-I juegan un papel clave en la mejora del acceso, la aceptabilidad y la calidad de la atención en salud. Igualmente, los PSC-I promueven una verdadera interculturalidad en la salud, con la participación de la comunidad y de las instituciones, y reconociendo la medicina tradicional indígena.

Palabras clave: Salud rural, salud de poblaciones indígenas, personal de salud, competencia cultural, medicina tradicional.

Abstract

Objective. To reconstruct the experience of the Indigenous Community Health Promoters program (PSC-I) in the municipality and indigenous reservation of Jambaló, Colombia. **Methods.** A qualitative systematization of experiences with a phenomenological approach was done. In addition, five interviews with members of PSC-I were done, as well as a documental review. **Results.** Results show that the PSC-I program has consolidated since 1978 in the framework of the political process of the indigenous social movement. The programs have been configured as collective subjects in defense of the right to health, and as a human resource necessary for the operation of the indigenous health model in the territory. These PSC-I rely on capacities for primary health care with an intercultural approach, they develop activities for strengthening health, monitoring of prevalence, recuperation of cultural practices, and social mobilization for the management of social determinants of health. **Conclusions.** The PSC-Is play a key role in the improvement of access, acceptability, and quality of health care. Furthermore, they promote a true interculturality in health with the participation of the community and recognized institutions of traditional indigenous medicine.

Keywords: Rural health, health of indigenous populations, health personnel, cultural competence, traditional medicine.

Resumo

Objetivo. Reconstruir a experiência do Programa de Promotores Indígenas de Saúde Comunitária (PISC) no município e resguardo indígena de Jambaló, Colômbia. **Métodos.** Realizou-se uma análise qualitativa de sistematização de experiências com enfoque fenomenológico; entrevistas a cinco PISC, dois coordenadores do Programa e três líderes comunitários; e uma revisão documental. **Resultados.** O Programa de PISC se tem consolidado desde 1978, como parte do processo político do movimento social indígena. Os PISC têm se constituído como sujeitos coletivos na defesa do direito à saúde e como um recurso humano necessário no funcionamento do modelo de saúde indígena no território. Os PISC estão capacitados na atenção primária com uma abordagem intercultural; desenvolvem atividades de fortalecimento dos programas de saúde, monitoramento de doenças prevalentes, recuperação de práticas culturais e mobilização social na gestão de determinantes sociais de saúde. **Conclusões.** Os PISC têm um papel fundamental no melhoramento do acesso, aceitação e qualidade da atenção em saúde. Igualmente, os PISC promovem uma verdadeira interculturalidade na saúde com a participação da comunidade e das instituições, bem como seu reconhecimento da medicina tradicional indígena.

Palavras-chave: Saúde rural, saúde de populações indígenas, pessoal de saúde, competência cultural, medicina tradicional.



Introducción

La garantía al derecho a la salud comprende el acceso a la atención sanitaria y los determinantes sociales como el agua potable, el saneamiento básico, la alimentación, la vivienda, la educación (1). A su vez, este derecho tiene cuatro elementos esenciales: la disponibilidad, entendida como la cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; la accesibilidad física, económica y en información; la aceptabilidad, en la que los bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura; y la calidad de los bienes y servicios que deben ser apropiados desde el punto de vista científico (1). Desde las lógicas del “buen vivir/vivir bien” de las comunidades indígenas de Latinoamérica, el derecho a la salud implica reconocer la importancia de la relación del ser humano con la naturaleza y el cuidado de esta como fuente de bienestar físico, mental y espiritual (2,3). Ese abordaje integral del derecho a la salud implica transformaciones estructurales en el marco de la interculturalidad (4) con relaciones equitativas y respetuosas de las diferencias de poder establecidas en un espacio determinado entre diferentes culturas (5).

Desde la Constitución Política de 1991 y la Ley estatutaria 1751 de 2015, en Colombia la salud se concibe como un derecho humano fundamental y vincula el enfoque intercultural en la prestación de los servicios (6). Los pueblos indígenas, además de las leyes de origen o leyes propias, cuentan con normatividad constitucional en los artículos 7, 8 y 70, que reconocen y protegen la diversidad étnica y cultural de la nación. Igualmente, a través de las luchas del movimiento social indígena y la inclusión de sus representantes en la formulación de políticas públicas de salud han logrado cambios en la normatividad para sus pueblos (7). Así, el Decreto 1953 de 2014 reglamenta el sistema indígena de salud propia e intercultural (SISPI) como modelo especial que complementa y se articula con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) otorgando autonomía a las minorías étnicas en la administración y gestión de sus recursos (8).

A pesar de estos avances, el acceso a los servicios de salud no ha sido efectivo y ha estado condicionado por reformas neoliberales con programas de ajuste estructural que condujeron a la segmentación, fragmentación y privatización de la atención (9,10). Este acceso está determinado socialmente por la categoría “etnicidad” en tanto persisten desigualdades entre la población indígena y no indígena (11). En los grupos indígenas las restricciones en el acceso a los servicios de salud se exacerban por la pobreza, el bajo nivel educativo, la dispersión rural (12), la dificultad para vincular personal de salud, los problemas del Servicio Social Obligatorio (13-15) y las barreras culturales como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales. En términos estructurales, estas desigualdades e inequidades se explican por la problemática social de tenencia de tierras y la falta de oportunidades de los pueblos indígenas (18,19).

La OMS propone implementar estrategias que mejoren la formación, disponibilidad y distribución del recurso humano para la salud, especialmente en las zonas vulnerables, acordes a la interculturalidad de las comunidades (20-22). En este sentido, el Promotor de Salud Comunitaria (PSC), además de complementar la fuerza laboral del sector y aumentar la disponibilidad de servicios básicos de salud (23-25), comparte etnicidad, idioma, estado

socioeconómico y experiencias de vida con la comunidad (26); su labor ayuda a mejorar la salud materna e infantil, la ampliación del acceso a los servicios de planificación familiar y la contribución al control del VIH, la malaria y la tuberculosis (26,27). El PSC es un facilitador intercultural al ser un nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas (28,29) y su efectividad depende de una adecuada articulación con la red de atención, capacitación, seguimiento y remuneración (30,31).

En Colombia, a partir de la década de 1950 se reconoce el desarrollo de la propuesta de Promotores Rurales de Salud, llevada a cabo por Héctor Abad Gómez en la Universidad de Antioquia, hasta ser un programa nacional (32). Sin embargo, con la implementación de la Ley 100 de 1993 los servicios que realizaban las promotoras, las parteras y el personal auxiliar fueron dejados de lado progresivamente por ser poco rentables (33) y quedaron a merced de los recursos de ONG y de los entes territoriales.

En el caso del municipio y resguardo indígena de Jambaló en el departamento del Cauca, en el marco de los logros del movimiento social y político indígena funciona una red de atención en salud bajo los componentes del SISPI y la coordinación de la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN)¹. El programa articula 22 Promotores de Salud Comunitarios Indígenas (PSC-I) y los considera elemento principal en la operación del modelo de cuidado propio. No obstante, se carece de evidencia contextual sobre tal modelo, el tamaño y la distribución de los PSC-I, su capacitación, su relación con los profesionales de salud occidentales y sabedores ancestrales, así como su importancia para la población indígena y en área rural.

Los objetivos específicos de esta sistematización de la experiencia del programa intercultural de PSC-I son: i) identificar los fundamentos de cosmovisión, éticos, sociales y políticos del programa; ii) describir las dinámicas del programa; iii) describir el rol del PSC-I y iv) analizar la articulación entre el programa de PSC-I y el SISPI.

Materiales y método

Tipo de estudio

Se realizó un análisis cualitativo de sistematización de experiencias, donde

“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (34 p.4)”

La comunidad participó en la revisión de objetivos, diseño y análisis de los resultados. El proceso partió del consentimiento libre, previo e informado de las autoridades indígenas y la



Coordinación de la IPS-I ACIN sede Jambaló. Al finalizar hubo retroalimentación o retorno social de los hallazgos.

Fuentes de información

La sistematización tuvo dos clases de fuentes de información: primarias y secundarias. Las fuentes primarias fueron 10 actores clave: 5 PSC-I, 2 Coordinadores del programa y 3 líderes comunitarios del tejido de salud del municipio que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, tener identidad étnica como NASA o MISAK y tener 5 años de experiencia mínima en el programa de salud indígena del municipio. Las fuentes secundarias de información hacen referencia a los documentos del programa que fueron revisados, una ficha de lectura de documentos en la que se identificó el autor, el título, el año y los principales hallazgos relacionados con los objetivos de este estudio. Los documentos revisados se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Revisión documental, sistematización de experiencia del Programa intercultural de PSC-I, Jambaló, Cauca, Colombia

Autor	Título	Año
IPS-I Jambaló	Informe de gestión 2015-2018	2015-2018
Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca - ACIN - Programa De Salud - IPSI - CXHAB WALA KIWE	Informe de gestión 2018	2018
Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca - ACIN - Programa De Salud - IPSI - CXHAB WALA KIWE	Mandatos del Tercer Congreso de CXHAB WALA KIWE	2017
Consejo regional indígena del cauca – CRIC	XV Congreso del Consejo Regional Indígena del Cauca – CRIC.	2017
Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca - ACIN - Programa De Salud - IPSI - CXHAB WALA KIWE	Nuestra forma de cuidar la salud, una estrategia de pervivencia como pueblo nasa de la zona norte del Cauca - CXHAB WALA KIWE.	2015
Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca - ACIN - Programa, De Salud - IPSI - CXHAB WALA KIWE	Modelo de cuidado de la salud propia e intercultural	2012

Fuente: elaboración propia.

Recolección de la información

Etapas 1. Esta etapa incluía la socialización del protocolo de investigación al grupo focal (coordinadora de la IPS-ACIN, coordinadores de promotores de salud, autoridades indígenas y sabedores ancestrales). Asimismo, se realizó una revisión de los antecedentes, la ejecución y los beneficios de la sistematización del programa, así como también del sentido, el propósito y la metodología de la sistematización de experiencias. Se ajustaron los objetivos, se definieron los criterios de selección de la fuente primaria y se propusieron documentos como fuente secundaria. También contó con el compromiso ético de retorno social de la información.

Etapas 2. En esta etapa la recolección de información se llevó a cabo mediante entrevistas a profundidad a los actores seleccionados, de dos horas cada una y con una pausa activa de 20 minutos. La entrevista estuvo orientada por una guía basada en temáticas, que tuvo previa validación de tres jueces expertos con experiencia en salud intercultural. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Etapas 3. Se incluyeron recorridos con los PSC-I, la participación de los rituales sagrados y las asambleas comunitarias, el acompañamiento de sabedores ancestrales y las conversaciones con la comunidad. Se tomaron notas de campo identificando las barreras geográficas, la distancia entre las familias asignadas, el acceso a la atención nivel I y II, declaraciones relevantes y las reflexiones que surgieron durante la recolección de información.

Análisis de información. Las entrevistas fueron grabadas en audio y, posteriormente, transcritas para analizar el contenido. Se sumaron las fichas de documentos y las notas de campo. De manera a priori se propusieron categorías de análisis, se identificaron aspectos significativos y se establecieron relaciones entre códigos, definiendo las siguientes categorías de análisis: 1) fundamentos de cosmovisión, éticos, sociales y políticas del programa; 2) descripción de la dinámica del programa; 3) rol del PSC-I en el programa; y 4) análisis de la articulación entre el programa indígena de PSC-I y el SISPI. En la tabla 2 se exponen las categorías y subcategorías de análisis.



Tabla 2. Categorías y subcategorías de análisis. Sistematización de experiencia del Programa intercultural de PSC-I, Jambaló, Cauca, Colombia

Categorías	Subcategorías
Fundamentos del programa	Cosmovisión
	Ética
	Aspectos sociales
	Autonomía política
Descripción de la dinámica del programa	Actores clave
	Relación entre los actores del programa
	Implementación del programa
Rol del PSC-I en el programa	Responsabilidades técnicas
	Gestión social
Articulación entre el programa y el SISPI	Articulación operativa
	Impacto percibido

Fuente: elaboración propia.

Resultados

El contexto: Jambaló, Cauca

Jambaló es un municipio y resguardo² del departamento del Cauca, Colombia, ubicado en la cordillera central, dividido en 35 veredas y cuatro barrios (área urbana), su población es de 18.568 habitantes (proyección DANE 2018), el 97,7% pertenece a las etnias NASA y MISAK, de los cuales una tercera parte habla la lengua nasa *yuwe*. Como resguardo indígena es dirigido por la Autoridad Tradicional *Ne'jwesx*³.

La accesibilidad geográfica⁴ se dificulta debido al estado de las vías y a la poca disposición de medios de transporte públicos desde y hacia el municipio, con restricciones en época de lluvias. El 89% de la población reside en el área rural dispersa, con abastecimiento de agua a través de captación de fuentes naturales y disposición de residuos a campo abierto, esta parte de la población habita en casas muy separadas las unas de las otras y están conectados por caminos de herradura⁵, con falta de intercomunicación vial entre la cabecera municipal y los diversos asentamientos nucleados y/o dispersos existentes.

En la red de salud el primer lugar de atención es el sabedor ancestral⁶. Si la necesidad no es resuelta en esta instancia la población acude a la red pública o Empresa Social del Estado Prestadora de Servicios de Salud, que tiene atención de urgencias nivel 1 y consulta externa. La Institución Prestadora de Salud Indígena (IPS-I) de la ACIN sede Jambaló tiene servicio de consulta externa y extramural y cuenta con un programa conformado por 22 PSC-I, quienes se articulan con los sabedores ancestrales. En el municipio no hay atención de segundo nivel de complejidad, entonces si la comunidad lo requiere debe desplazarse a Santander de Quilichao, Cali o Popayán. El tiempo de llegada a las instituciones en estos lugares es de cuatro horas en promedio.

Los hitos del programa

En la figura 1 se presenta un esquema de los hitos o momentos clave del PSC-I, los cuales se describen a continuación:

1. Creación del Consejo Regional indígena del Cauca (CRIC) en 1971. La red de atención en salud pública constaba de un centro de salud de primer nivel solo en el área urbana, con profesionales occidentales foráneos de corta permanencia en el territorio y rechazo de la medicina tradicional indígena. En el área rural la atención en salud es llevada a cabo por líderes indígenas y sabedores ancestrales, además por misioneros y monjas de la Iglesia Católica quienes satanizaban las prácticas culturales propias. Con la creación del CRIC en 1971 se inició un proceso de lucha de los pueblos indígenas por la recuperación de la tierra, la autonomía política, económica, de educación y la salud para enfrentar la desatención estatal.

2. Creación del Programa de Salud del CRIC en 1982. En este hito se estableció el Programa de Salud con el objetivo de fortalecer la medicina tradicional y la autonomía alimentaria. Se conformó una red de 100 PSC-I Bilingües (Decreto 1811 de 1990^[7]). Además, con la Ley 100 de 1993 se creó la Asociación Indígena del Cauca (AIC) como aseguradora en salud y la institución prestadora de atención indígena en 1997, con sedes en Popayán y Santander de Quilichao. En Jambaló se asignaron ocho PSC-I para recorrer las veredas, fortalecer la capacidad organizativa y fomentar la veeduría y el control social de la atención en salud.

3. Congresos indígenas en 2002, 2007 y 2009. Con la creación de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas (Decreto 1397 de 1996), el congreso zonal de la ACIN en Jambaló en 2002 definió la consolidación del SISPI al interior de los pueblos indígenas. En 2007 el CRIC realizó un congreso extraordinario respaldando el SISPI a nivel regional y en 2009 el congreso zonal Tacueyó ordenó la operatividad del SISPI. De manera que entre 1997 y 2007 se determinaron las acciones diseñadas, implementadas y organizadas bajo los mandatos comunitarios y los componentes del SISPI del “modelo de cuidado propio”. Sin embargo, en Jambaló al no haber una institucionalidad de salud indígena local, los PSC-



I eran técnicos de salud para administración y demanda inducida de pacientes de la red de los programas de salud occidentales.

4. Habilitación de la IPS-I ACIN sede Jambaló en 2011. La nueva sede asumió la atención de la población indígena y habilitó la implementación del “modelo de cuidado propio”, con posterior respaldo del Decreto 1953 de 2014. Esto incluía, en la ruralidad dispersa, contar con 22 PSC-I que fungieran como enlace con los sabedores ancestrales y atención por profesionales de salud occidental por modalidad de extramural. Con la ley estatutaria en Salud 1751 de 2015 que declaró la salud como derecho fundamental autónomo y exigible, y los acuerdos del XV Congreso del CRIC se inició un nuevo mandato de transitar por el SISPI por fuera de la Ley 100.

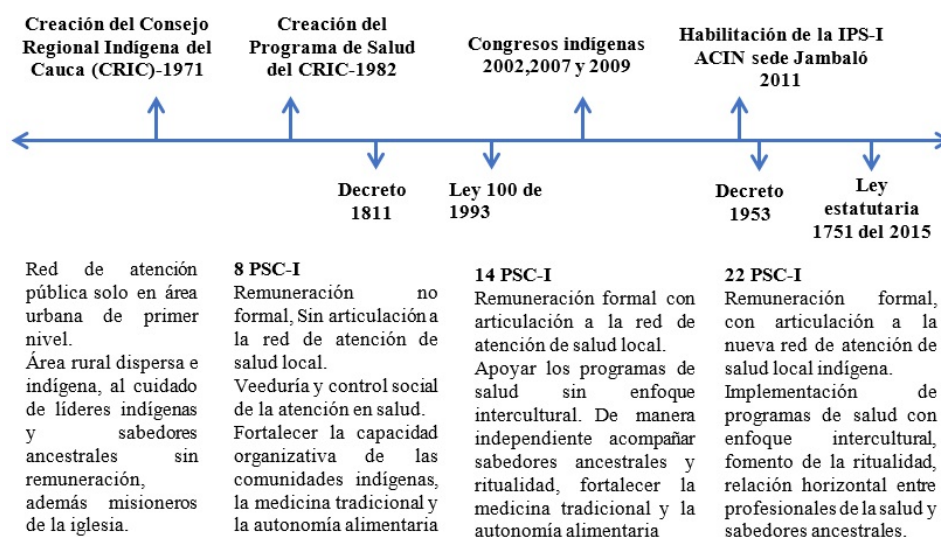


Figura 1. Hitos de la historia del PSC-I. Sistematización de experiencia del Programa intercultural de PSC-I, Jambaló, Cauca, Colombia

Fuente: elaboración propia.

Fundamentos del programa

La cosmovisión se fundamenta en la memoria histórica de la comunidad y se preserva gracias a la transmisión oral, lo que la convierte en la base de la formación del PSC-I. La espiritualidad es el principio orientador para garantizar el buen vivir individual y comunitario o *wet wet fxi'z xenxi* en lengua nasa *yuwe*, definido como la armonía y el equilibrio en el territorio (seres humanos, naturaleza y espíritus). Los espíritus hacen parte del territorio y cada uno de ellos confiere la esencia para mantener el equilibrio entre la naturaleza y la comunidad. En esta cultura las enfermedades son resultado de prácticas no adecuadas con la naturaleza, reciben diagnóstico y tratamientos específicos que no son reconocidos por el modelo biomédico occidental.

La ritualidad como elemento básico para la vida en armonía con la naturaleza es una práctica individual, familiar y comunitaria. La comunidad y los PSC-I reconocen a los sabedores ancestrales como los únicos intermediarios para mantener o alcanzar el equilibrio, la armonía y

la curación, quienes tienen como finalidad atender a la enfermedad y proteger la vida. La tabla 3 presenta las enfermedades propias, los sabedores ancestrales y las terapias tradicionales de la medicina indígena identificados en esta sistematización.

Tabla 3. Medicina tradicional indígena. Sistematización de experiencia del Programa intercultural de PSC-I, Jambaló, Cauca, Colombia

Enfermedades propias	Sabedores ancestrales	Terapias tradicionales
<p>Arco: espíritu de la naturaleza que afecta la armonía del comunero, afecciones en la piel o complicaciones en las embarazadas.</p> <p>Encajamiento: cabeza de bebe en pelvis antes del parto.</p> <p>Frio: inflamación o dolor pélvico y abdominal.</p> <p>Maleficio: mal que se le desea a otra persona.</p> <p>Mal de ojo: se caracteriza por fiebre, irritabilidad, diarrea y vomito.</p> <p>Pujo: se presenta en el recién nacido, se evidencia mucha presión en el estómago.</p> <p>Sucio: mal que se desea a otra persona o envidia.</p> <p>Susto: ocasionado por un espíritu de alteración de los pulsos o cuando otra persona lo asusta.</p>	<p>Kiwe the' o Medico tradicional: persona que tiene conocimiento sobre plantas medicinales y guía espiritual para el manejo de enfermedades propias.</p> <p>Partera: acompaña a la gestante y su familia, conoce las plantas y las técnicas para sobar y brinda la armonía durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p> <p>Pulseador: persona que recoge pulsos cuando una persona está asustada.</p> <p>Sobandero: realiza sobadas de lastimaduras generadas comúnmente en miembros superiores e inferiores.</p>	<p>Baños: realizado con plantas medicinales, calientes o frías.</p> <p>Emplastos: plantas trituradas que se colocan en los lugares afectados del cuerpo.</p> <p>Plantas medicinales: plantas que sirven para tratar desarmonías en las personas.</p> <p>Recoger pulsos: revisar y sobar la muñeca de la mano, para que los pulsos queden en el lugar correcto.</p> <p>Rituales: ofrecer a los espíritus de la naturaleza en agradecimiento o como prevención.</p> <p>Sobada: sobar para el manejo de una contusión o brindar tranquilidad a la embarazada.</p> <p>Vaporización: durante la cocción de las plantas el vapor que surge del mismo es empleado para diferentes enfermedades o desarmonías que presenta la persona.</p>

Fuente: elaboración propia.

Fundamentos éticos. La defensa de la vida y de la naturaleza es quizá el mayor valor del PSC-I. La continuación de la vida de estos pueblos está vinculada con el agua, las montañas, el bosque y la diversidad natural; recursos sagrados que representan a sus ancestros, representan la vida y poseen espíritus propios. El diálogo de saberes permite el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones y promueve el cuidado intercultural y la transformación de las relaciones de poder y de dominación de los diferentes sistemas médicos, de tal manera que al generarse un proceso integrado de espacios de participación comunitaria se promuevan intercambios de información y el reconocimiento de las prácticas culturales. En los casos en los que los PSC-I y los sabedores ancestrales recomienden acudir al hospital ante algunas



circunstancias concretas, usan medicamentos como el acetaminofén y emplean algunas ayudas diagnósticas de la medicina occidental como el fonendoscopio, el termómetro, el tensiómetro, entre otros.

Fundamentos sociales. Los PSC-I asumen funciones que sobrepasan lo propiamente médico: laboran en muchas áreas del tejido social, incluyendo lo político, la autonomía alimentaria, el orden, las relaciones con lo espiritual y el medio ambiente. Reflejan una gran preocupación e interés por resolver las necesidades en salud a los que cotidianamente se enfrentan en la atención a la población. En el *trueque*⁸, la *minga*⁹ y la participación activa en las asambleas comunitarias aportan a una propuesta en la que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y occidental. Han gestionado baterías sanitarias, mejoran el uso de residuos sólidos, abastecen las huertas *Tull*¹⁰ con semillas y estimulan la gestión social para la mejora de las viviendas, los acueductos y las vías de transporte.

Acuerdos políticos. La participación política del PSC-I no solo busca el reconocimiento de la medicina tradicional, sino el disponer de los recursos necesarios para fortalecer dichas prácticas, ya que el sector institucional de la salud se ha caracterizado por aplicar en forma indiscriminada las políticas del sistema, siendo una razón de peso en la explicación del bajo impacto de los programas en la estructura de la morbilidad de los pueblos indígenas. Ante la no respuesta esperada por parte del Estado se ha instaurado una plataforma de lucha colectiva y política liderada por el movimiento social indígena, que se fortalece con la participación de la sociedad civil y la articulación con otros sectores como la educación, los medios de comunicación, la justicia y la institucionalidad occidental.

Dinámica del programa

La población enferma tiene más probabilidad de ser tratada en primera instancia con medicina tradicional indígena, con atención en casa o medicamentos occidentales como el acetaminofén. Si la enfermedad persiste se consulta, en segunda instancia, a los PSC-I que son más accesibles para las familias debido a su cercanía.

La red atención se divide en unidades para el cuidado así:

Unidad básica: aproximadamente 100 sabedores ancestrales y 22 PSC-I.

Unidad de apoyo de profesionales de la salud occidental: 3 médicos, 2 odontólogos, 3 enfermeros, un psicólogo y 15 técnicos.

Unidad administrativa: 2 coordinadores de PSC-I, un coordinador de IPS-I y un coordinador de medicina tradicional.

Además de estas unidades, hay dos niveles operativos para el cuidado de la salud. El nivel primario está constituido por la casa de los pacientes, la huerta *Tull* principalmente y los sitios sagrados donde se fortalecen las prácticas culturales. Este nivel es operativizado por la unidad básica. El PSC-I no pertenece a la institucionalidad occidental, su lugar es con la comunidad donde promueve la ritualidad, fortalece las prácticas culturales propias y orienta a la comunidad.

El nivel secundario corresponde a institucionalidad para la atención occidental como la IPS-I, el hospital local y las instituciones de mayor complejidad. Existe la figura de redes de apoyo de atención o *casas de paso* ubicados en Santander de Quilichao, Popayán y Cali, donde los PSC-I ofrecen a los pacientes alojamiento, alimentación, acompañamiento y orientación en los procesos administrativos para la atención de segundo y tercer nivel dentro de un sistema de salud complejo.

Perfil y rol del PSC-I en el programa

Los PSC-I son elegidos en asambleas comunitarias, tienen formación técnica occidental previa como auxiliares de enfermería, residen en el área donde trabajan, conocen las prácticas culturales a través la transmisión oral familiar y comunitaria. Además, son capacitados en la escuela de *etnosidad* con infraestructura asignada en la Vereda Bodega Alta del Resguardo de Huellas en Caloto, Cauca. En esta escuela se tiene como objetivo cualificar el talento humano no solo en medicina tradicional, sino también en aspectos básicos del modelo biomédico, la gestión comunitaria, el liderazgo y las estrategias para promover espacios de fortalecimiento y empoderamiento de la comunidad.

Los PSC-I son supervisados mensualmente por un enfermero que revisa las actividades de salud que realizan, tales como la cantidad de personas que han visitado, la cantidad de pacientes que han derivado a las unidades básicas y de apoyo, la administración de medicamentos y el registro de seguimiento de enfermedades de interés. Cada PSC-I es responsable de 150 familias, la jornada laboral es continua (24 horas) y ganan aproximadamente \$828.116 pesos colombianos (USD 240,59) y un subsidio de transporte al mes. Para sus labores reciben un kit de salud (tensiómetro, fonendoscopio, pesa, metro, termómetro y otros materiales).

Articulación entre el programa PSC-I y el SISPI

El PSC-I opera el SISPI dentro de la comunidad, de casa en casa. Se articula con los programas de salud de la institucionalidad del nivel secundario del cuidado, como se muestra en la tabla 4. La comprensión de las funciones realizadas abarca los siguientes enfoques:

Enfoque clínico. Los PSC-I toman e interpretan signos vitales, síntomas y signos de alarma, tomas de ayudas diagnósticas como baciloscopias, entre otros.



Enfoque educativo. Los PSC-I fomentan hábitos saludables, estimulan la aceptación de procedimientos de tamizaje como citología vaginal o el favorecer la adherencia terapéutica e incidir en el buen pronóstico de los pacientes con enfermedades occidentales como la hipertensión, diabetes, tuberculosis y VIH.

Enfoque cultural. Los PSC-I enseñan a sembrar y usar las plantas medicinales, a recuperar la huerta *Tull*, promueven la atención por los sabedores ancestrales y la participación de la ritualidad. Los PSC-I manifiestan que la evangelización y los medios de comunicación han incidido en que las nuevas generaciones no practiquen la ritualidad.

Enfoque psicosocial. Los PSC-I se reconocen como consejeros de la comunidad al resolver conflictos familiares, orientar sobre conductas de riesgo a la población joven, acompañar a las víctimas en la ruta de atención de la violencia sexual e intentos de suicidios, entre otros. Además, los PSC-I realizan los trámites administrativos de las entidades administradoras del plan de beneficios (EAPB) y entregan los insumos médicos en las casas, reduciendo gastos de bolsillo.

Enfoque de gestión social. Los PSC-I difunden los derechos en salud de las comunidades y hacen veeduría y control social en la prestación de servicios de salud en los territorios.

Tabla 4. Funciones PSC-I en los programas del modelo de cuidado de la salud. Sistematización de experiencia del Programa intercultural de PSC-I, Jambaló, Cauca, Colombia

Programa de salud	Enfoque clínico y educativo	Enfoque cultural
Gestantes	Captación temprana <12 semanas de edad gestacional, para el acompañamiento de la gestación el parto y el puerperio	Sostenimiento
	Visita domiciliaria mensual	Apertura de camino
	Acompañamiento en trámites administrativos	Acompañamiento a la partera en la atención del parto domiciliario
		Puerperio
Niños (0 a 6 años)	Captación temprana	Siembra del cordón umbilical. Recién nacido
	Visita domiciliaria	Potenciación. 1 año
	Vacunación programa PAI	Presentación. 5 años
Adolescentes (7 a 14 años)	Captación temprana	Primera menstruación
	Visita domiciliaria para la identificación de conducta de riesgo	Cambio de voz
Parejas	Visita domiciliaria	Amaño
Adulto joven (14-49 años)	Visita domiciliaria: educación estilos de vida saludable	Armonización
Adulto mayor (50 a 85 años)	Visita domiciliaria. Evaluación y atención al nivel de funcionalidad	Cateo
Enfermedades crónicas no transmisibles	Diagnóstico temprano	Armonización
	Visita domiciliaria: educación, fortalecer adherencia	
	Acompañamiento en trámites administrativos	
Alteraciones nutricionales (desnutrición-obesidad)	Diagnóstico temprano	Armonización
	Visita domiciliaria: seguimiento, evaluación de adherencia	
	Acompañamiento en trámites administrativos	
Autonomía alimentaria: fortalecimiento de la huerta <i>Tull</i> y las plantas medicinales		

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Jambaló es un área rural dispersa, con limitada accesibilidad geográfica, con un 93% de composición demográfica indígena, conflicto armado y pobreza. No hay recurso humano en salud suficiente, los indígenas difícilmente acceden a la educación superior y los foráneos no permanecen por el contexto o porque no cuentan con las competencias interculturales necesarias para la interacción social y comunitaria. Así, tal como lo señaló la OMS, se espera que en 2030



los países cuenten con cerca de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes (22), el programa de PSC-I tiene un enfoque de equidad, contribuye en la disponibilidad de recurso humano en salud y la aceptabilidad de la atención al articular, recuperar y la fortalecer la medicina tradicional en la red de atención. Además aporta calidad en la atención al acercar conocimientos y tecnologías occidentales a la comunidad.

Respecto a los hitos del Programa, esta sistematización reveló que la lucha del movimiento indígena y su ejercicio de exigibilidad del derecho a la salud y del respeto por su cosmovisión permitió la consolidación del SISPI y, en consecuencia, el reconocimiento del PSC-I. Como lo han planteado diversos autores (5,35), la garantía del derecho a la salud en las comunidades indígenas implica la implementación de una verdadera interculturalidad cuando parte de los mismos movimientos indígenas. En esta lucha histórica, el PSC-I ha sido clave en la adecuación de la atención en salud de calidad con enfoque intercultural (36-38). Así se fue consolidando el rol del PSC-I como un líder comunitario que conoce, practica y recupera la medicina tradicional, quien está capacitado en la técnica occidental de cuidado biomédico y que desde una lógica intercultural se articula con el equipo de salud de la red de atención en una relación no jerárquica sino de igualdad con los profesionales occidentales.

Respecto a los fundamentos del Programa, se destaca la cosmovisión que le subyace y que implica otras formas de entender la vida, el bienestar y la enfermedad. Consistentes con la noción del buen vivir/vivir bien en la mayoría de los pueblos indígenas de Latinoamérica (3). La enfermedad se concibe, más que una manifestación fisiopatológica, como el resultado de un desequilibrio de la naturaleza y el territorio entonces, por lo que se ofrece un medicamento que permita la recuperación de la armonía por medio de la ritualidad. El PSC-I reconoce que existen enfermedades occidentales y actúa como articulador intercultural clave con la red de atención en salud, de modo que acerque a la comunidad a los servicios necesarios. Los PSC-I promueven el cuidado intercultural, la transformación de las relaciones de poder de los diferentes sistemas médicos; generan espacios de participación comunitaria; fomentan el diálogo de saberes, el reconocimiento de las prácticas culturales y la toma de decisiones en salud concertadas y validadas por la comunidad (25,39,40).

Sobre la dinámica del PSC-I y el rol del PSC-I, esta sistematización reveló que el programa no funciona ni en los consultorios ni con medicamentos. Los PSC-I son elegidos por la comunidad y la integración efectiva de estos programas con las redes de atención refuerza su sostenibilidad y credibilidad (27,41). El PSC-I recorre y cuida el territorio como fuente de vida, visita a las personas en sus casas y utiliza tanto plantas como rituales para el cuidado primario con el apoyo de los sabedores ancestrales. Al respecto, y de manera crítica, se ha propuesto que la articulación de la lógica institucional del Estado afecta los saberes indígenas dados los intereses por gobernar la diferencia cultural y sin reconocer realmente las prácticas culturales propias (42). Sin embargo, los fundamentos y la dinámica del programa sistematizado muestran que el PSC-I es consciente de su rol y de las diferencias con la institucionalidad occidental. Su cosmovisión va de la mano de una medicina tradicional que es colectiva y solidaria; de casa en casa fortalece lazos de confianza con la comunidad. El PSC-I resuelve necesidades primarias de salud sin

asociar a la comunidad por defecto a la ruta de atención establecida por el aseguramiento, al uso de medicamentos o a la atención dentro de un consultorio.

En cuanto a la articulación del PSC-I con el SISPI, esta sistematización mostró que el programa implementado en Jambaló ha permitido el desarrollo de la estrategia de APS formulada normativamente. En Colombia, las debilidades de la APS giran en torno a la fragmentación del sistema de salud y a las limitaciones de las instituciones para fomentar la participación ciudadana e intersectorial (43), así como a la falta de financiamiento y de sostenibilidad de los programas en el marco comunitario (44). En Jambaló, la autonomía en la administración de los recursos en el marco del SISPI implicó una descentralización que fortaleció la capacidad de la comunidad para expresar sus necesidades e intereses locales. Por su parte, el PSC-I es percibido por la comunidad como una persona de confianza, un aliado que puede abogar por ellos (45). Los enfoques clínico, educativo, cultural, psicosocial y de gestión social de los PSC-I permiten que los servicios de salud sean más accesibles, equitativos y culturalmente apropiados. El PSC-I fortaleció la APS intercultural (45).

Esta sistematización permitió comprender, además, cómo el PSC-I es un sujeto que aporta de manera significativa en la exigibilidad del derecho a la salud en el territorio de Jambaló. Llevan la atención a las casas a pesar de las barreras, tanto en lo propio como en la atención occidental. Realizan veeduría y educación en derechos, gestión social y movilización en determinantes sociales que contempla las implicaciones de la etnicidad para la salud, en materia de acceso a agua potable, saneamiento, acueducto, vías de transporte y acceso a servicios de salud de calidad (2). Es por ello que los PSC-I tienen un papel protagónico en los espacios de reflexión, pues fortalecen el liderazgo comunitario y son mediadores colectivos para transformar las condiciones de salud de las comunidades. Asimismo, los PSC-I actúan como sujetos colectivos de derecho a la manera de un cuerpo social construido a través de la lucha histórica común de los pueblos indígenas, que interaccionan con las diferencias en acceso a la salud a través del curso de vida, con las de etnicidad, la promoción y el respeto de los derechos individuales y colectivos (46,47).

Este estudio de sistematización tiene algunas limitaciones. En primer lugar, debe reconocerse el sesgo propio del autoreporte en las entrevistas a los PSC-I, y en segundo lugar, es recomendable hacer una triangulación de fuentes de información mediante entrevistas a sabedores ancestrales y otros proveedores de salud para ampliar la perspectiva sobre el Programa desde esos puntos de vistas. También existen desafíos en el monitoreo de la efectividad e impactos del programa, la valoración y el apoyo de profesionales occidentales, la pérdida de las prácticas culturales en las nuevas generaciones y las limitaciones económicas para su sostenibilidad en áreas urbanas.

De acuerdo con los hallazgos se sugieren las siguientes recomendaciones para contribuir en la mejora del Programa: (i) asignar menos cantidad de familias a cada PSC-I y tener en cuenta la geografía local (incluida la proximidad de los hogares, la distancia al puesto de salud y la



densidad de la población), la seguridad y la disponibilidad de transporte y su costo. Una carga de trabajo excesiva podría disminuir la motivación y afectar el desempeño de los PSC-I. (ii) Aunque la duración de la capacitación es un determinante importante de las habilidades de los PSC-I, el tiempo que les toma por fuera del área territorial afecta la confianza y la aceptabilidad por parte de la comunidad, por lo que valdría la pena acortar el periodo de distanciamiento de la comunidad sin que eso afecte la calidad de la capacitación. (iii) Dado que algunos de los PSC-I, en particular los adultos mayores, no están familiarizados con las nuevas tecnologías, como ayuda diagnóstica y terapéutica, y para comunicarse mejor con la comunidad y con la IPS indígena, por lo que convendría capacitarlos en dichas herramientas.

A manera de conclusión se puede afirmar que el programa de PSC-I se ha consolidado desde el año 1978 en el marco del proceso político del movimiento social indígena. Los PSC-I se han configurado como sujetos colectivos en defensa del derecho a la salud y como un recurso humano necesario para la operación del modelo de salud indígena en el territorio de estudio. Los PSC-I también cuentan con capacidades para la atención primaria con enfoque intercultural y desarrollan actividades de fortalecimiento de programas de salud, vigilancia de enfermedades de interés, recuperación de las prácticas culturales y movilización social para la gestión de determinantes sociales de la salud. Tienen un rol de enlace entre la comunidad y los centros de atención e impulsan habilidades interculturales entre los profesionales occidentales. Los PSC-I juegan un papel en la mejora del acceso, la aceptabilidad y la calidad de la atención en salud dado que promueven una verdadera interculturalidad en la salud con la participación de la comunidad y de las instituciones, reconociendo la medicina tradicional indígena.

Consideraciones éticas

El proyecto que dio origen a este artículo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Contribución de los autores

Este artículo es producto de investigación de la tesis de maestría en Salud Pública de Yerson Penagos, con la Tutoría de Marcela Arrivillaga en la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Ambos autores participaron en la concepción del proyecto, análisis e interpretación de los datos. Penagos realizó la recolección de información. Los dos autores fueron responsables de la redacción y revisión crítica del artículo, así como la aprobación final de la versión a publicar. Los autores se hacen responsables de todos los aspectos del trabajo, garantizando la exactitud e integridad de cualquier parte del artículo.

Financiación

La realización del proyecto y del artículo no tuvo financiamiento.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés asociado al desarrollo y presentación de este trabajo de investigación.

Referencias

1. ONU. Observación general No 14. Com Derechos Económicos, Soc y Cult; 2000. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>⁹<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>
2. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre Etnicidad y Salud, 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana, Doc CSP29/7. Washington DC: OPS; 2017. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es
3. Huanacuni F. Buen Vivir/Vivir Bien, Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas, Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas. Lima: CAOI; 2010. https://www.escrnet.org/sites/default/files/Libro%20Buen%20Vivir%20y%20Vivir%20Bien_0.pdf
4. Albó X, Galindo J. Interculturalidad en el Desarrollo Rural Sostenible. El caso de Bolivia: Pistas conceptuales y metodológicos. Bolivia; 2012. http://www.cipca.org.bo/docs/publications/es/116_interculturalidad-en-el-desarrollo-rural-sostenible-el-caso-de-bolivia-1.pdf
5. Walsh C. Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación. Doc Base. Perú. 2000;63(3):1. <https://red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/inter63.PDF>
6. Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Ley estatutaria 1751. Bogotá: República de Colombia; 2015.
7. Yonda G, Palacios L, de la Cruz A, Borrero Y. Aportes del movimiento indígena del Norte del Cauca a la construcción de salud para todos. Una mirada desde las autoridades tradicionales y los dinamizadores del tejido de salud de la ACIN (Tesis de Maestría). Pontificia Universidad Javeriana Cali; 2016. <https://www2.javerianacali.edu.co/repositorio-institucional#gsc.tab=0>
8. Ministerio del Interior, Colombia. Decreto 1953 de 2014. Bogotá: República de Colombia; 2014.
9. Marín G, Jaramillo J, Felipe I, Echeverri M, Albeiro J, Cardona P, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Rev Gerenc Polit Salud. 2010;9(18):103–117. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519734010>
10. Restrepo J, Casas L, Espinal J. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? Rev Salud Pública. 2018;20(6):670–676. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.78585>
11. MSPS. Plan Nacional de Salud Rural Ministerio de Salud y Protección Social. 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>



12. Bello L, Parada A. Caracterización de la Mortalidad materna en comunidades indígenas Colombiana, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica de casos centinela. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017;68(4):256–265. <https://doi.org/10.18597/rcog.2925>
13. Mervin M. Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina. *Rev Méd Risaralda.* 2014;20(2):114–120. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n2/v20n2a08.pdf>
14. Rodríguez D, Benavides J. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Rev Fac Salud Publica.* 2016;34(3):359–371. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>
15. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Centro de estudios económicos regionales. Cartagena; 2014. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
16. Mignone J, Bartlett J, Neil J, Orchard T. Best practices in intercultural health : Five case studies in Latin America. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2007;11:1–11. <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-31>
17. Guacan A, Sotelo M, Arrivillaga M. Estado de la investigación en salud sobre pueblos indígenas en Colombia (Tesis de Maestría), 1998-2018. <https://www2.javerianacali.edu.co/repositorio-institucion/al#gsc.tab=0>
18. Pérez M, Pérez E. El sector rural en Colombia y su crisis actual. *Cuad Desarro Rural*; 2002. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/view/1993>
19. Pineda B. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Univ Odontol.* 2012;31(66):97-102. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/2717>
20. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. OPS; 2015. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/10017/9789275318638_spa.pdf
21. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Recursos humanos para el Acceso universal a la salud y la Cobertura Universal de salud. OPS; 2017. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2017/CSP29-10-s.pdf>
22. Organización Panamericana de la Salud. Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. OPS; 2015. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3733/csp27.r7-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
23. Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N. Who is a community health worker? - A systematic review of definitions. *Glob Health Action.* 2017;10(1). <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2017.1272223>
24. Collins D, Jarrah Z, Gilmartin C, Saya U. The costs of integrated community case management (iCCM) programs: A multi-country analysis. *J Glob Health.* 2014;4(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267093/>
25. Flórez C, Díaz D, Álvarez I, Mesa D. Efectividad de los trabajadores comunitarios en medidas preventivas para salud maternal e infantil en países de bajos y medianos ingresos: Revisión

- sistemática de la literatura. *Salud Uninorte*. 2015;31(2):309–328. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.31.2.7621>
26. Hartzler AL, Tuzzio L, Hsu C, Wagner EH. Roles and functions of community health workers in primary care. *Ann Fam Med*. 2018;16(3):240–245. <https://doi.org/10.1370/afm.2208>
27. Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health*. 2018;1–17. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0304-x>
28. Fonseca V. La figura del facilitador intercultural Mapuche ¿Hacia una verdadera interculturalidad en Salud? Universidad de Chile; 2006. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/aguirre_v/sources/aguirre_v.pdf
29. Pérez C, Nazar G. Facilitadores y obstaculizadores de la implementación de la política de salud intercultural en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(2):122–127. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2016.v39n2/122-127/>
30. Jaskiewicz W, Tulenko K. Increasing community health worker productivity and effectiveness: A review of the influence of the work environment. *Hum Resour Health*. 2012;10(38):1-9. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-10-38>
31. Chin MH, Walters AE, Cook SC, Huang ES. Interventions to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Med Care Res Rev*. 2007;64. <https://doi.org/10.1177/1077558707305413>
32. Zea LE. Héctor Abad Gómez como educador popular. Un acercamiento a su vida, obra y discursos. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2017;35(2):179–185. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v35n2/0120-386X-rfnsp-35-02-00179.pdf>
33. Gómez R. Atención primaria de salud y políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2010;28(3):283–293. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018993008>
34. Jara O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. *Rev DECISIO Saberes para la acción en Educ adultos*. 2011;28:1–17. http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
35. Walsh C. Interculturalidad, prurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado. En: *Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época* (2008). Tabula Rasa. 2008;9:131–152. <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>
36. Pedrana L, Trad L, Pereira M, de Torrenté M de ON, et al. Critical analysis of interculturality in the National Policy on Health Care for Indigenous Peoples in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e178. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>
37. Guzmán S. La interculturalidad en salud: Espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016;15(31):10–29. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n31/1657-7027-rgps-15-31-00010.pdf>
38. Urrego J. Las luchas indígenas por el derecho fundamental a la salud propio e intercultural en Colombia. *Saúde Debate*; 2020;44:79-90. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020s106>

39. Black R, Taylor C, Arole S, Bhutta ZA, Kirkwood R, Kureshy N, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community – based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: summary and recommendations of the Expert Panel. *J Glob Health*. 2017;7(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5475312/>
40. Lehmann U, Sanders D. Community Health Workers: What do we know about them? The State of evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers; 2007. <https://www.hrhresourcecenter.org/node/1587.html>
41. Asweto C, Alzain M, Andrea S, Alexander R, Wang W. Integration of community health workers into health systems in developing countries: Opportunities and challenges. *Fam Med Community Heal*. 2016;4(1):37–45. <http://dx.doi.org/10.15212/FMCH.2016.0102>
42. Abril J. Encuentros burocráticos de la diferencia: La configuración del Sistema Intercultural de Salud Propia Indígena del pueblo Kichwa en Bogotá. *Antropología*, Universidad del Rosario; 2018. <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/17971>
43. Mosquera P, Hernández J, Vega R, Labonte R, Sanders D, Dahlblom K, et al. Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system : The experience of Bogotá, Colombia. 2014;(November 2013):347–67. <https://doi.org/10.1002/hpm.2228>
44. Ramírez NA, Ruiz P. Atención primaria integral en salud en Sudamérica: contexto, logros e implicaciones políticas. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1875–1890. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20110010000002&lng=en&tlng=en
45. Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. Community health worker programs to improve healthcare access and equity: Are they only relevant to low-and middle-income countries? *Int J Heal Policy Manag*. 2018;7(10):943–954. <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2018.53>
46. Ceballos F. Otros sujetos de derecho o personas. *Estud Socio-Jurídicos*. 2019;22(1):321. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/sociojuridicos/a.7576>
47. Bang C, Stolkiner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y Tecnol*. 2013;46:123–143. http://www.revistacdyt.uner.edu.ar/spanish/cdt_46/documentos/46_cssociales05_bang.pdf

Notas

- 1 Entidad Pública de carácter especial, para la prestación de servicios de salud de baja complejidad de nivel I y II, hace parte de los 20 Cabildos indígenas, 14 Resguardos y 7 Planes de vida de los pueblos indígenas del norte del Cauca: Santander de Quilichao, Caloto, Miranda, Corinto, Toribio, Jambaló, Buenos Aires y Suarez. Tiene como objeto fortalecer la capacidad organizativa de los procesos en salud de los pueblos indígenas y demás población afiliada, a través de la administración de los recursos y el aseguramiento de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud respetando la diversidad étnico-cultural de cada pueblo y comunidad
- 2 Una institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio bajo una organización autónoma amparada por el fuero indígena y su sistema normativo propio.
- 3 Gobernador en lengua nasa yuwe, conformado por seis líderes, que son elegidos en asambleas comunitarias.
- 4 La mayor o menor facilidad con la cual ese lugar puede ser alcanzado a partir de uno o varios otros lugares, por uno o varios individuos susceptibles de desplazarse con la ayuda de todos o algunos de los medios de transporte existentes.
- 5 Caminos sobre el césped formados por la erosión que causan los pasos humanos o de animales.
- 6 Son las personas que se encargan de mantener viva la identidad a través del conocimiento y ejercicio práctico de la medicina tradicional, son los únicos intermediarios con los espíritus de la naturaleza. Medico tradicional, sobandero, partera, pulseador.

- 7 “Los promotores de salud de las comunidades indígenas tendrán el carácter de interlocutores permanentes entre las comunidades y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud para la ejecución de las acciones y programas convenidos” Decreto 1811 de 1990.
- 8 Acción de dar una cosa y recibir otra a cambio, especialmente cuando se trata de un intercambio de productos sin que intervenga el dinero. Un signo de unidad, considerado por las comunidades indígenas, campesinas y algunos grupos urbanos como un ejercicio que permite dignificar el trabajo y solventar las necesidades básicas, al tiempo que fortalece los lazos solidarios entre los pueblos.
- 9 La minga es una práctica familiar y comunitaria donde mujeres, hombres y niños participan en la siembra y cosecha de cultivos, arreglando vías de comunicación y también se relaciona con una movilización colectiva, como parte de una estrategia para la defensa de sus derechos, que actúa a través de acciones de hecho (bloqueos de vías importantes) para la recuperación de tierras y exigencia de pactos incumplidos por parte del gobierno.
- 10 Hace referencia al espacio físico y espiritual de la familia y la vivienda. No es sólo un modelo productivo porque es donde se da la conexión con la madre tierra, con plantas medicinales, alimentos, gallinas, pollos, cuyes, etc., y donde se siembra el cordón umbilical.

