



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Cali

**FORMULACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD INDÍGENA DEL PLAN
TERRITORIAL DE SALUD 2021 – 2023 DE SANTANDER DE QUILICHAO,
COLOMBIA CON ENFOQUE ÉTNICO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL**

**PRESENTADO POR:
JUAN SEBASTIÁN VARGAS HORLER**

**TUTORA:
PAULA CRISTINA BERMÚDEZ JARAMILLO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2020**



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
1. SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA EN SANTANDER DE QUILICHAO	3
OBJETIVO GENERAL	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
JUSTIFICACIÓN	10
2. BASES TEÓRICAS PARA LA FORMULACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD INDÍGENA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2021 - 2023	11
2.1. FORMULACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	12
2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS Y PARTICIPACIÓN EN SALUD.....	13
2.3. INTERCULTURALIDAD EN SALUD.....	14
2.3.1. SALUD PROPIA NASA.....	15
2.4. PLANIFICACIÓN SANITARIA.....	17
2.4.1. PLANIFICACIÓN EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS.....	19
2.5. MÉTODOS PARA IDENTIFICAR Y DEFINIR EL PROBLEMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	20
2.6. IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS DE DECISIÓN Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.....	20
2.7. DISEÑO DE PLANES DE IMPLEMENTACIÓN.....	21
2.8. DISEÑO DE PLANES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
2.9. TIPOS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	22
2.10. INDICADORES.....	22
3. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA FORMULACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD INDÍGENA	23
3.1. FASE TEÓRICA.....	23
3.2. FASE CONSULTIVA.....	24
3.2.1. ALISTAMIENTO.....	24
3.2.2. PRIMER TALLER DE CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA.....	25
3.2.3. SEGUNDO TALLER DE CONSTRUCCIÓN PARTICIPATIVA.....	26
4. RESULTADOS FASE TEÓRICA	27
4.1. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA.....	27
4.2. INTERVENCIONES EN SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS A LA COMUNIDAD INDÍGENA.....	33
5. RESULTADOS FASE CONSULTIVA	34
CONCLUSIONES	43
DISCUSIÓN	46
RECOMENDACIONES	47



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Pirámide poblacional indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2010-2018-2020 – Fuente: Secretaría Local de Salud	28
Figura 2 Tasa de mortalidad ajustada en la etnia indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2008 – 2019	30
Figura 3 Tasa de mortalidad ajustada en el municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2018.....	30

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Estructura demográfica de la población indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2010-2018- 2020.....	28
Tabla 2 Principales causas de morbilidad en la etnia indígena, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2019.....	31
Tabla 3 Morbilidad específica en la etnia indígena por subgrupos en TOTAL - municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2019.....	32

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Piedras sagradas alrededor del fuego	24
Ilustración 2 Primer momento fase consultiva alrededor de la Tulpa	25
Ilustración 3 Construcción árbol de objetivos por ciclo de vida	26



SIGLAS

- **ACIN:** Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca
- **ASIS:** Análisis de la Situación de Salud
- **AVPP:** Años de Vida Potencialmente Perdidos
- **CIE10:** Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
- **CNPV:** Censo Nacional de Población y Vivienda
- **DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- **EDA:** Enfermedad Diarreica Aguda
- **EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
- **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- **ETV:** Enfermedades de Transmitidas por Vectores
- **INS:** Instituto Nacional de Salud
- **IRA:** Infección Respiratoria Aguda
- **MAITE:** Modelo de Atención Integral Territorial
- **MIAS:** Modelo Integral Atención en Salud
- **MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social
- **NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OPS:** Organización Panamericana de Salud
- **PAIS:** Política Atención Integral en Salud
- **PIC:** Plan de Intervenciones Colectivas
- **PTS:** Plan Territorial de Salud
- **RLCPD:** Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad
- **RIPS:** Registro Individual de la Prestación de Servicios
- **RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud PIB: Producto Interno Bruto
- **SISPI:** Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **SISPRO:** Sistema Integral de Información de la Protección Social
- **SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud Pública
- **TGF:** Tasa Global de Fecundidad
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humano



RESUMEN

Fenómenos políticos, económicos y culturales han traído como consecuencia la globalización de las sociedades y la cultura, lo anterior tiene implícito cambios sociales homogeneizantes que limitan la materialización del derecho a la salud, especialmente en las comunidades indígenas, donde se pierde la identidad cultural, los saberes ancestrales y las formas propias de cuidado.

Este informe tiene como objetivo sistematizar y describir el proceso metodológico para la formulación del componente de salud indígena con enfoque intercultural del Plan Territorial de Salud de Santander de Quilichao a través de estrategias participativas, intersectoriales y comunitarias que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural del pueblo Nasa y permita la articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio en Santander de Quilichao.

La metodología se planteo bajo una estrategia participativa para el desarrollo del componente indígena del Plan de Intervenciones Colectivas, que incluyó una fase teórica y una fase consultiva. En la fase teórica se consultó: Información depositada en el Sistema Integrado de Información y Protección Social (SISPRO) y en el Registro Único de Afiliación – ND, Plan de Vida de la comunidad indígena, Planes Locales de Salud indígena y el documento Cuidado de la Salud Propia de la ACIN. En la fase consultiva se realizaron 2 encuentros por territorio indígena. El proceso de planificación se llevó a cabo durante seis meses y contó con la participación de la Secretaría Local de Salud, la IPS – Indígena ACIN y actores de la comunidad indígena.

Aunque el perfil epidemiológico del pueblo Nasa se asemeja al de la población general, este por si solo no es capaz de identificar las necesidades en salud. El proceso participativo dio lugar a la complementariedad y permitió recoger la posición de los involucrados frente al problema, sus causas y sus consecuencias, y desde la cosmovisión indígena formular un Plan de Intervenciones Colectivas con dos características fundamentales que pretenden dar respuesta a las necesidades en salud de la comunidad Nasa: la espiritualidad como principio orientador para garantizar la armonía en el territorio y la revitalización de normas y prácticas culturales.

Este plan contiene intervenciones de carácter intercultural que anteriormente no habían sido consideradas en el proceso de planeación del PIC municipal, las cuales fueron validadas por la comunidad y están encaminadas en la resignificación de los conocimientos y prácticas ancestrales de la comunidad Nasa para la promoción del Buen Vivir.



INTRODUCCIÓN

La necesidad de un modelo de salud culturalmente apropiado, diferencial e intercultural, basado en la articulación transectorial y complementariedad entre saberes de los pueblos indígenas y los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una prioridad para los territorios indígenas en el norte del Cauca. En Colombia surgió desde el año 2010 el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (en adelante SISPI) como una política pública en salud que pretende responder a las necesidades reales de la población, que reconozca, respete y fortalezca la diversidad étnica y cultural del país. De acuerdo con lo anterior y cumpliendo los principios de reciprocidad e interculturalidad que rigen el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, se considera necesaria la participación de las comunidades indígenas en Santander de Quilichao en la formulación del componente de salud indígena con enfoque intercultural.

El trabajo de investigación se presenta en cinco capítulos. En el primero, se describe la situación de salud pública en Santander de Quilichao y los objetivos de investigación. La segunda parte, aborda una revisión teórica sobre el proceso de formulación de políticas públicas. En el tercer capítulo, se describe el proceso metodológico para la formulación del plan. En el cuarto capítulo, se describen los resultados de la fase teórica, y finalmente en el quinto capítulo se presentan los resultados de la fase participativa que dan origen al Plan de Intervenciones Colectivas con enfoque intercultural.



1. SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA EN SANTANDER DE QUILICHAO

Santander de Quilichao es un municipio de Colombia, ubicado al norte del departamento del Cauca, a 97 Km al norte de Popayán y a 47 Km al sur de Cali. Su extensión territorial es de 518 Km², la extensión urbana corresponde a 8.58 Km² y la extensión rural a 509.42 km². Limita al norte con los municipios de Villarrica y Jamundí, ubicados en el departamento del Valle y al occidente con el municipio de Buenos Aires, al oriente con el municipio de Caloto y al sur con el municipio de Caldono, ubicados en el departamento del Cauca.

De acuerdo con las proyecciones de población 2018-2023 del DANE, para el año 2020 el municipio cuenta con 113.001 habitantes, dentro de los cuales se encuentran dos grupos étnicos predominantes: los indígenas con 24.760 (21%) y afrodescendientes con 34.778 habitantes (30,7%), el 46,3% de la población se encuentra en la cabecera municipal y el 52,7% reside en centros poblados y ruralidades dispersas. El 44% de la población residente ha alcanzado el nivel básico primaria y el 31% el nivel de secundaria, el 3,6% ha alcanzado el nivel profesional y el 0.7% estudios de postgrado (1).

El desarrollo del municipio se soporta sobre los tres sectores económicos básicos: agropecuario, manufacturero y de servicios (2). Sobresalen los subsectores agrícola y pecuario por el cultivo de caña y la ganadería extensiva; el industrial por la instalación de algunas empresas que se acogieron a los beneficios brindados por la ley 218 de 1996, más conocida como la Ley Páez, un proyecto de ley que tenía como finalidad fomentar la inversión en una región afectada por la violencia y desastres naturales (3).

En materia de prestación de servicios de salud, el municipio cuenta actualmente con dos empresas sociales del Estado: Quilisalud de Nivel I y el Hospital Francisco de Paula Santander de Nivel II. Además de seis instituciones prestadores de servicio privadas. Según la Base de Datos Única de Afiliados, el número de habitantes afiliados al régimen subsidiado a 31 de diciembre de 2019 era de 64 689.

Al estudiar las inequidades en la salud de las poblaciones étnicas, es útil considerar el marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como uno de los enfoques de la política de salud en Colombia. Este marco se refiere a las inequidades en salud que surgen cuando los sistemas socioeconómico, político y cultural dan lugar a una distribución desigual del poder y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad (4). La estratificación social determina las inequidades en la salud mediante tres aspectos: la exposición diferencial a los riesgos para la salud, las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, y las consecuencias diferenciales de la mala salud para los grupos y los individuos con una posición de mayor o menor ventaja (4).

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018, el 12.02% de la población en Santander de Quilichao tiene necesidades básicas insatisfechas, el



1.64% de la población se encuentra en estado de miseria y un 2.5% de la población se encuentra en estado de hacinamiento (5).

En Santander de Quilichao 18.405 hogares, es decir, el 90.87% sobreviven del empleo informal. El índice de dependencia económica es de 45.49% para el año 2017 y la tasa de trabajo infantil es de 3.01%. Un gran porcentaje de la población rural no está en condiciones de acceder a los servicios de salud por las diferentes barreras de carácter geográfico (1).

Existen marcadas diferencias en las condiciones de vida de la zona urbana y rural del municipio. Según el DANE en 2017, las coberturas de acueducto y alcantarillado en la zona rural fueron de 20.72% y 6.43%. Dichas condiciones ponen en riesgo a la población para adquirir enfermedades infecciosas y parasitarias. Al revisar los resultados en salud entre Santander de Quilichao y el departamento del Cauca, en los últimos años se registran diferencias en el indicador de bajo peso al nacer y entre los múltiples factores causales, se han señalado las condiciones de vida de la madre, aspectos nutricionales, socioculturales y demográficos (6).

Por su importancia comercial y estratégica, el municipio se ha convertido en un lugar de encuentro de diversos grupos armados, lo que históricamente y socialmente ha influido en la perpetuación de la violencia como forma de control. El problema de la violencia no solo se refleja en las muertes por causa externa, sino también en el aumento de la violencia interpersonal, intrafamiliar, feminicidio, violencia de pareja, accidentes de transporte, lesiones accidentales, entre otros. Según reconocimientos médico legales en clínica forense para el 2017, la tasa ajustada de violencia contra la mujer es de 256.57 por 100.000 habitantes, 93.29 puntos por encima de la tasa ajustada del departamento del Cauca (7).

El ejercicio de planificación territorial para el cuatrienio 2020-2023, el municipio lo realizó a través de la metodología PASE a la Equidad y se priorizaron ocho de diez dimensiones: *vida saludable y condiciones no transmisibles; vida saludable y enfermedades transmisibles; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; salud y ámbito laboral; salud ambiental; convivencia social y salud mental y la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables.*

Los factores conductuales tales como el régimen alimentario, la inactividad física, el consumo de sustancias psicoactivas, factores biológicos y sociales, inciden de manera directa en la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio. Según SISPRO, durante el periodo 2005-2018 en Santander de Quilichao, la primera causa de muerte por enfermedad general correspondió a las enfermedades del sistema circulatorio, con tasas oscilantes entre 121.26 a 155.63 por cada 100.000 habitantes. Por su parte, la enfermedad isquémica fue la primera causa de muerte, con 62.22 muertes por 100.000 habitantes.

Por su parte, las enfermedades cerebrovasculares son las responsables de 46.36 muertes por 100.000 habitantes, con una tendencia ascendente. La enfermedad



hipertensiva se ubicó dentro de los primeros lugares con un preocupante aumento de 11.65 en 2005 a 26.89 muertes por 100.000 personas en 2018. Estas tres primeras causas de mortalidad presentan mayor magnitud frente a las demás causas. Dichas causas, reflejan la necesidad de acciones efectivas de prevención y promoción en enfermedades crónicas, promoción del autocuidado y la gestión integral del riesgo (1).

En la dimensión Convivencia Social y Salud Mental, la ubicación geográfica y estratégica del municipio ha facilitado que actualmente sea un corredor para el tráfico de drogas y la movilidad de armas, lo que intensifica el conflicto interno y consecuencia de ello, se ha elevado el número de homicidios en la zona. Por ello, se considera como primera causa de mortalidad en la población general dentro del grupo de causas externas. A pesar de numerosas campañas de sensibilización frente a la prevención del suicidio y al fortalecimiento de los Centros de Escucha y las Zonas de Orientación Escolar, se evidencia un aumento. Durante el 2008 se presentaron 163,99 muertes por 100.000 habitantes y en 2018 fueron 129.67 muertes por cien mil. Aunque disminuyeron en los últimos nueve años, la tasa actual duplica la tasa nacional, de 24.30 muertes por 100.000 habitantes (1).

Frente al uso de sustancias psicoactivas en el municipio, no se evidencia data actual. Sin embargo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2013, señaló que la prevalencia de uso de cualquier sustancia ilícita en el último año en el Cauca fue 1.64% frente al 3.6% del total nacional. El mismo estudio estimó este indicador para ciudades de 70.000 a 199.999 habitantes, alrededor de 2.16% (2). El fácil acceso y consumo de sustancias psicoactivas, la falta de solidaridad, los frágiles vínculos familiares y la falta de perspectivas de la población conllevan a un aumento en los intentos suicidas y la violencia (8).

Dentro de la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles, éstas últimas ocupan el quinto lugar dentro de las grandes causas de mortalidad en el municipio. En el 2018 la tasa de mortalidad por dichas enfermedades fue 25.62 por 100.000 habitantes. Las infecciones respiratorias agudas se posicionan como la causa de mayor de mortalidad atribuida a este grupo, con 14.51 muertes por 100.000 habitantes en 2018, mientras que las enfermedades infecciosas intestinales ocasionaron 3.35 muertes por 100.000 habitantes para el año 2018. La tuberculosis es la tercera causa de mortalidad con 2.06 muertes por 100.000 habitantes. Durante los años 2012 y 2015 se presentaron picos altos de mortalidad con 5.59 y 6.18 por cada 100.000 habitantes respectivamente.

A pesar de que estas enfermedades son prevenibles, siguen ocupando un lugar significativo dentro de las causas de mortalidad durante el periodo analizado 2005-2018, lo que implica mejorar las estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

A nivel global la tuberculosis es una de las 10 principales causas de muerte por un agente infeccioso, El Departamento del Cauca ha presentado una incidencia entre 17 y 18 casos por cada 100.000 habitantes en los últimos 4 años, el comportamiento



del éxito terapéutico ha sido variable. Posterior al año 2015 solo se ha cumplido la meta de lograr el 80% de éxito en el año 2016 y 2017(1).

Garantizar el seguimiento depende principalmente de la gestión del programa a cargo de las IPS públicas, privadas e indígenas del nivel primario en conjunto con las EAPB y las entidades territoriales. Actualmente, en el municipio se presentan casos de pérdidas en el seguimiento, debido a los antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas y población habitante de calle, así como se presenta mortalidad principalmente debido a diagnósticos tardíos en el nivel complementario en conjunto de otras comorbilidades que agudizan y agravan el problema con consecuente desenlaces no deseados en la gestión programática del evento.

A pesar de la implementación y seguimiento de la estrategia COMBI (Comunicación para el Cambio de Conductas), dirigida a disminuir la carga de enfermedad y su incidencia en la comunidad, no se ha logrado generar un impacto en los determinantes intermediarios de la salud. Las bajas coberturas de acueducto y alcantarillado en la zona rural, sumado a las condiciones climáticas del municipio influyen significativamente en la incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores, siendo el Dengue el evento predominante dentro de este grupo de enfermedades, seguido por el Zika y el Chikunguña.

Dentro de las acciones enmarcadas en la dimensión gestión diferencial de poblaciones vulnerables, se desarrollaron diferentes estrategias para la atención de niños y niñas, sin que se haya constituido un programa de atención integral que involucre el adecuado seguimiento al crecimiento y desarrollo de la población infantil en el municipio.

Las altas tasas de morbi-mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia como desnutrición aguda, infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad diarreica aguda (EDA), se siguen presentando en el Municipio de Santander de Quilichao, principalmente en población afrodescendiente e indígena (1). La tasa de mortalidad por IRA ha estado por encima de la tasa nacional y departamental en los años 2006, 2007 y 2010 con cifras entre 52.23 y 38.84 por 1000 nacidos vivos; durante los años 2012, 2013 y 2014 las tasas de mortalidad asociada a desnutrición se ubicaron por encima de las tasas departamentales y nacionales con 12.83, 25.41 y 12.55 por 1000 nacidos vivos respectivamente, con la Resolución 1343 de 2019 se logró un avance importante a nivel normativo, en la medida en que permitió gestionar ante las Empresas Prestadoras de Servicios la entrega oportuna de suplementos nutricionales a los niños menores de 5 años que lo requieran. Sin embargo, las causas sociales, políticas y económicas de la desnutrición no son abordadas de una manera integral.

La tasa de mortalidad por EDA durante 9 años en el periodo 2005 a 2016, se ubicó por encima de la tasa departamental y nacional, alcanzando 52.53 muertes en 2006 y descendió a 12.26 muertes por cada 1000 nacidos vivos para el año 2016 (1).



La mortalidad materna y la mortalidad infantil son problemas importantes en la agenda de salud pública de Santander de Quilichao, especialmente en comunidades indígenas y afrodescendientes. En los años 2008, 2011, 2015 y 2016, las tasas de mortalidad fueron superiores al departamento y al país, con 209.06, 215.52, 193.3 y 129.7 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos respectivamente.

El indicador de mortalidad materna es considerado un indicador del grado de desarrollo y se encuentra incluido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, para el 2030, se espera reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos. Según el análisis departamental, las causas de mortalidad materna temprana directa ocurridas en el año 2019 fueron: crisis hipertensiva, eclampsia, hemorragia post parto y ectópico roto. Este indicador en el Departamento del Cauca fue de 52.54 por cada 100 000 nacidos vivos.

El embarazo adolescente es considerado actualmente como un problema de salud pública. América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar en fecundidad adolescente después de África Subsahariana. Colombia presentó una tasa de 61.11 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en 2019, indicadores similares a los de países de Centroamérica y mayores tasas específicas de fecundidad que la mayoría de sus homólogos de Suramérica. En Santander de Quilichao la tasa global y general de fecundidad en mujeres entre 10 y 19 años es de 41.42 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres.

El embarazo en mujeres adolescentes representa un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad tanto para la madre como para el hijo. Adicionalmente, se constituye en un trasmisor intergeneracional de pobreza ya que la mayoría de las veces hace que la madre interrumpa su educación para dedicarse a cuidar a su hijo/a. Lo que termina constituyéndose en un obstáculo para el desarrollo social, cultural y económico del territorio. Es necesario la ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, y el fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos.

Los resultados en salud presentados anteriormente son producto de factores sociales, económicos y culturales, afectados también por el bajo papel protagónico del enfoque étnico y diferencial en las acciones emprendidas en el Plan Territorial de Salud 2016-2019. Además de no contar con un esquema claro de planificación, monitoreo y evaluación. Lo anterior resalta la importancia del enfoque intercultural en la formulación de políticas en salud que respondan a las particularidades y cultura de las comunidades indígenas y afrodescendientes.

La comunidad indígena, sobre todo los Nasa, se encuentran asentados en la zona suroccidental de Santander de Quilichao, en las faldas del cerro Munchique. De acuerdo con los registros, los resguardos pueden superar los 25.000 habitantes en el municipio. La comunidad Nasa se ha caracterizado por manejar su entorno ambiental de acuerdo con los conocimientos y prácticas ancestrales, un manejo



basado en el respeto hacia la naturaleza, atribuyendo a la naturaleza el poder de la vida. Cada cultura, durante su dinámica de desarrollo, ha incorporado diversas formas de respuesta a las necesidades en salud, que propenden responder a su dinámica interna o factores externos (9).

Su sistema de salud, está a cargo de los terapeutas tradicionales responsables de resolver los diferentes problemas de salud individual y colectiva. A pesar de estas particularidades culturales, los integrantes del SGSSS aplican de forma estandarizada y sin intervenciones diferenciales las políticas en salud, lo que afecta el impacto de los programas de salud en el perfil de morbilidad y mortalidad de estas comunidades. La población indígena presenta tres picos de mortalidad según sus edades: uno en los menores de un año, otro entre los quince y los cuarenta y cuatro años de edad, y otro después de los cincuenta y nueve años. Dentro de las primeras causas de mortalidad se encuentran la enfermedad isquémica del corazón, las infecciones respiratorias, las enfermedades cerebrovasculares y en cuarto lugar las agresiones (homicidios) (10).

El MSPS relaciona directamente las condiciones de salud de los pueblos indígenas con su realidad socioeconómica, caracterizada por la mínima realización y garantía de sus derechos. Esta condición de vulnerabilidad, consecuencia de desigualdades económicas y la exclusión étnica y cultural, se ve agravada por el conflicto político y armado que vive el departamento del Cauca y que golpea con más fuerza a la población rural, debido a la disputa por el control del territorio por los grupos armados y el narcotráfico. La tradicional concentración de la tierra y el latifundio y el auge de la economía extractivista, alteran el equilibrio del territorio y la naturaleza.

Estas condiciones han sido motivo para que las comunidades indígenas asuman la tarea de construir modelos diferenciales de atención integral en salud con un enfoque propio e intercultural que den respuesta a las necesidades en salud del territorio. Por ende, es importante la implementación de un Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (en adelante SISPI), como una política pública basada en la medicina tradicional y las formas propias de cuidado, a través de intervenciones con enfoque étnico e intercultural, dirigidas a la comunidad, la naturaleza y el territorio en todos los ciclos de vida (11).

La Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (en adelante ACIN) ha construido un modelo para el cuidado de la salud, como una apuesta política para contribuir con el buen vivir de la comunidad nasa del territorio del Cxhab Wala Kiwe. A pesar de los esfuerzos por generar un modelo de salud propio, las acciones generadas mediante el Plan de Intervenciones Colectivas (en adelante PIC) llegan a las minorías étnicas de manera fraccionada y con frecuencia inoportuna. En donde se presenta una falta de atención en mayor medida a la población rural, y existe una falta de congruencia entre los servicios y las necesidades de la comunidad (12).

Los indígenas Nasa son considerados un grupo vulnerable, tanto por sus condiciones socioeconómicas como por la continua violación de los derechos fundamentales por su condición de víctimas del conflicto armado, el narcotráfico y



el desplazamiento forzado. De esta manera, el derecho a la salud para esta comunidad, implica reconocer la fundamentalidad del derecho como derecho autónomo, pero al mismo tiempo requiere que se reconozca la diversidad étnica y cultural. Aunque la medicina biomédica y la medicina indígena buscan objetivos similares como causas, diagnósticos y curas, ambas difieren en las premisas culturales y las pruebas de validación, por lo que el actuar de unos les parece extraño e inválido a los otros (12).

El Estado colombiano en cumplimiento de la Constitución Política estableció la garantía del derecho a los servicios de salud a todos sus habitantes a través de la Ley 100 de 1993, la cual involucraba también a todos los pueblos indígenas (Ley 100 de 1993). Este sistema a mejorado los niveles de cobertura de la población en general pero no ha logrado dar respuesta adecuada a las necesidades particulares de los pueblos indígenas. El modelo de atención sigue centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y en la atención hospitalaria, lo que debilita el proceso por la poca capacidad rectora de la autoridad sanitaria.

La ausencia de un modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque étnico y diferencial condiciona las posibilidades de la población pluriétnica de Santander de Quilichao a mejorar de manera contundente la equidad en el acceso a la atención en salud y la eficiencia en la que se utilizan los recursos. Por ende, es prudente que el modelo médico acepte que las causas básicas de la mala salud y enfermedad son de factores externos, que se escapan del área de la sector salud y, por lo tanto, deben abordarse desde un enfoque amplio.

En concordancia con la Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los mandatos constitucionales, la distribución de los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (en adelante SGP) se distribuyen en una relación proporcional al número poblacional. El 20% de los recursos se destina a la comunidad indígena y el 80% a la población restante. En dicha distribución no se considera el principio de equidad, ya que según en Análisis de Situación de Salud del municipio de Santander de Quilichao la población rural presenta un mayor índice de necesidades básicas insatisfechas, lo que repercute en el estado de salud de la población indígena (1).

En cuanto al proceso de planificación, se realizan variaciones en los lugares de ejecución pero no con el enfoque étnico necesario, además se realizan con una deficiente participación comunitaria.

Para dar solución a problemas de salud pública en Santander de Quilichao se hace necesario estudiar métodos de planificación sanitaria y un análisis detallado sobre el diseño de políticas públicas que permitan establecer una estrategia que contenga claros elementos de base comunitaria y a su vez respondan con el cumplimiento a los principios que rigen el SISPI.

La formulación del componente étnico para Santander de Quilichao se realizó considerando los lineamientos conceptuales, técnicos y operativos vigentes en



Colombia e integró de manera efectiva estrategias que garanticen el acceso universal, la atención integral e integrada, el énfasis en la promoción y prevención y la atención apropiada, elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud.

Por su parte, la metodología aplicada consideró un enfoque de investigación cualitativo, enfatizando en la investigación basada en la experiencia y la historia sociocultural de las comunidades indígenas, y que a su vez permitió a los tomadores de decisión elaborar acciones diferenciales con enfoques interculturales y participativos adaptados a las necesidades de las comunidades indígenas en Santander de Quilichao. Además, el proceso de planeación en salud se abordó como un ciclo lógico compuesto de la planificación, implementación, verificación y adaptación que permita el mejoramiento continuo del sistema sanitario.

Con base a lo anterior, se plantea la pregunta orientadora del proyecto:

¿Cuáles son los problemas en salud, alternativas de solución, actividades y recursos que se deben incluir en el componente de salud indígena del Plan Territorial de Salud 2021-2023 dirigido a la comunidad Nasa de Santander de Quilichao?

Objetivo General

Formular el componente de salud indígena del Plan Territorial de Salud de Santander de Quilichao a través de estrategias participativas, intersectoriales y comunitarias que responda a las necesidades del pueblo Nasa, y permita la articulación con el Sistema Indígena de Salud Propio en Santander de Quilichao 2020-2023.

Objetivos Específicos

1. Analizar la situación de salud de la comunidad indígena en Santander de Quilichao.
2. Definir con la participación de líderes de la comunidad nasa y expertos en salud indígena las actividades, los objetivos y los resultados del componente de salud indígena.
3. Establecer el plan de implementación con participación de los líderes de la comunidad nasa y expertos en salud indígena
4. Realizar recomendaciones para el plan de monitoreo y para la evaluación del componente de salud indígena en el primer año de implementación.

Justificación

La participación en salud ha sido un proceso dinámico a lo largo del tiempo, surgió en la década de los setenta como respuesta a las limitaciones de los sistemas de salud, y fue durante la declaración de Alma Ata, donde se constituyó en el pilar fundamental de la Atención Primaria en Salud. En Colombia, desde la Constitución



Política de 1991, se convirtió el proceso de planeación en el eje central de las políticas públicas, con una característica fundamental, se volvió participativa.

El Estado colombiano en cumplimiento de la Constitución Política estableció la garantía del derecho a los servicios de salud a todos sus habitantes a través de la Ley 100 de 1993, el cual involucraba también a todos los pueblos indígenas (Ley 100 de 1993), un sistema que, si bien mejoró los niveles de cobertura de la población en general, no ha logrado dar respuesta adecuada a las necesidades particulares de los pueblos indígenas. El decreto 1811 de 1990 estableció el derecho a las comunidades de los grupos étnicos indígenas a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión relacionada con los servicios de salud, así como la necesidad que estos procesos fueran previamente acordados con ellos (Decreto 1811 de 1990).

El convenio número 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales, señala que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (13).

En este sentido, los pueblos indígenas proponen un sistema que responda a las necesidades reales de la población, que reconozca, respete y fortalezca la diversidad étnica y cultural del país, propuesta que se consolidó y ratificó en la Asamblea Nacional de Pueblos en el año 2010 como Sistema Indígena de Salud Propio e intercultural.

De acuerdo con lo anterior, y dando cumplimiento a los principios de reciprocidad e interculturalidad que rigen el SISPI, mediante decreto 1953 de 2014 se considera necesaria la participación social de las comunidades indígenas en Santander de Quilichao en la formulación del componente de salud indígena con enfoque intercultural, el cual se enmarca en un PIC, que debe responder a las necesidades territoriales y promover la comunicación y coordinación comprensiva entre los diferentes saberes y prácticas de los pueblos, y las instituciones del SGSSS. Es necesario que dicho plan genere el reconocimiento, la valoración y respeto a su particularidad, en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio, y se oriente hacia el alcance de la equidad y el empoderamiento de la comunidad indígena en Municipio de Santander de Quilichao.

2. BASES TEÓRICAS PARA LA FORMULACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD INDÍGENA DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2021 - 2023

Este apartado aborda una revisión de teorías, modelos y enfoques sobre la formulación de políticas públicas, en principio para comprender como se estructuran las intervenciones públicas en la agenda política y segundo con la finalidad de plantear una alternativa participativa para la construcción del componente de salud



indígena de la comunidad nasa enmarcado en un Plan Territorial de Salud (en adelante PTS). La formulación de políticas públicas en salud tiene como soporte normas nacionales e internacionales, Los referentes normativos más relevantes se describen en el anexo 1.

2.1. Formulación de políticas públicas

Existen varias teorías que pretenden explicar el proceso de las políticas públicas. La teoría basada en el modelo racional, es una teoría centrada en la economía y el análisis del poder, que refleja los intereses de los grupos dominantes y las teorías basadas en el análisis de estructuras institucionales, en este modelo se analizan las políticas públicas bajo el ángulo de un problema de acción colectiva, y utiliza el individualismo metodológico (14). Este proceso supone que los tomadores de decisión son seres racionales, capaces de evaluar una situación, de identificar alternativas y de elegir entre ellas la mejor.

Otro es el modelo secuencial, este es el más influyente y comprehensivo que se ha propuesto en el estudio de las políticas públicas. Esto debido a su adaptabilidad y flexibilidad. Se trata de una representación lineal- racional que presenta las políticas públicas como el resultado de una secuencia lógica que va desde la identificación de un problema público, pasando por su inclusión en la agenda pública, su implementación y su evaluación, modificación o terminación (15). La principal utilidad de este modelo reside en su carácter descriptivo y exploratorio, pero sobre todo en la posibilidad de fraccionar la realidad y simplificarla, a fin de poder analizarla (16).

Como respuesta a la enorme importancia otorgada al papel de los grupos dominantes y al descuido de otros factores, las teorías han progresado y re-descubierto el papel de las instituciones en un primer momento y luego el papel de las ideas en el proceso de formulación de las políticas públicas, es así como surgen el neo institucionalismo, el modelo centrado en el análisis de actores relevantes, el enfoque cognitivo y constructivista.

En estos modelos cobra importancia el nivel organizacional del sistema, ya que es el que determina las políticas públicas producidas. El neo institucionalismo histórico se centra en la importancia de la historia para explicar la actividad gubernamental, haciendo énfasis en la herencia institucional y política sobre la acción pública que determina un camino específico. El neo institucionalismo sociológico destaca la importancia de los factores culturales, de los roles, rutinas y símbolos en el proceso de análisis de políticas públicas(14). Según el modelo centrado en el análisis de actores relevantes, las políticas públicas no son el resultado de cálculos racionales de los agentes públicos, sino más bien la respuesta a las demandas sociales. Este enfoque se centra en las interacciones entre actores que estructuran y moldean los procesos de decisión (17).



El enfoque cognitivo y constructivista tienen en común dar importancia a los valores y representaciones que se tienen de los fenómenos en el proceso de las políticas públicas. Es un modelo que investiga el proceso político por medio de la categoría analítica de las coaliciones de causa y define la política pública como un sistema de creencias y la demarca a partir del subsistema (18).

Adicionalmente, la teoría de los equilibrios puntuales propuesta por Baumgartner y Jones, afirma que el cambio de políticas públicas resulta de cambios de percepción pública, lo cual sucede tras un largo periodo de formación y termina por reafirmarse a partir de perturbaciones externas o shocks exógenos (19), que definen los autores como una condición necesaria, pero no suficiente para el cambio de políticas públicas, y que la condición suficiente es que las nuevas imágenes de la política pública y los nuevos acuerdos en el contexto político aparezcan en respuesta a estos shocks.

2.2. Políticas públicas y participación en salud

En Colombia, desde la Constitución Política de 1991, se formalizó y reglamentó el proceso de planeación como una herramienta para el desarrollo. Al convertirse en el eje central de las políticas nacionales, la planeación se definió como un proceso continuo e iterativo, con una característica fundamental, se volvió participativa. La participación social y comunitaria en los procesos de planeación en salud, se concibe desde la Declaración de Alma Ata, como uno de los pilares fundamentales de la Atención Primaria en Salud (en adelante APS), sin embargo, El sector salud aún no ha logrado trascender su institucionalización e instrumentalización, el proceso de toma de decisión, el manejo de recursos y la formulación de políticas públicas siguen siendo tareas institucionales (35).

La salud de las comunidades no es tan solo el resultado de las actividades del sistema sanitario, la salud está determinada inevitablemente por factores socioeconómicos y, consiguientemente, por políticas y acciones ajenas al sector salud. Por lo tanto, es importante que el sector salud establezca relación con otros sectores, no solo con el objetivo de obtener su colaboración para hacer frente a los problemas de salud, sino también para garantizar que se reconozca a la salud como uno de los resultados socialmente valorados de todas las políticas (36). En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, implica un abordaje sistémico de las políticas públicas y su formulación (37).

El desarrollo social se potencia en gran medida cuando hay presencia de comunicación, transparencia y participación en la toma de decisiones y opera el incentivo de la distribución justa de esos resultados (38). Así, el desarrollo de una nación estará determinado por la capacidad estratégica y administrativa que se tenga para implementar, monitorear y evaluar las políticas (14).



Según lo anterior, la política pública se entiende como la “acción del Estado orientada por el gobierno que, de una manera coherente, integral, legítima, sistemática y sostenible, busca responder a las demandas sociales y desarrollar los mandatos constitucionales y legales, acudiendo a distintos métodos de análisis, modelos de gestión y criterios de evaluación, con la participación de los actores involucrados en el problema y en la búsqueda de la solución” (39).

2.3. Interculturalidad en salud

El MSPS define la interculturalidad como un componente basado en el diálogo de saberes, donde ambas partes se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades. En este sentido la interculturalidad pretende promover el conocimiento y reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social. El Ministerio de Educación por su parte la define como el conjunto de relaciones entre diferentes grupos culturales que conduce a un proceso dialéctico de constante transformación, interacción y aprendizaje de los diferentes saberes culturales en el marco del respeto (40). De acuerdo con lo anterior, en un país pluriétnico, el enfoque intercultural debe ser un eje transversal de las políticas públicas, a través del cual se dinamizan procesos de reconocimiento, interacción, diálogo y complementariedad entre personas de diferentes sistemas culturales.

Lineamientos internacionales y nacionales establecen la importancia del enfoque intercultural en los programas de salud, en especial en lugares donde se concentran pueblos ancestrales. Resulta entonces fundamental la implementación de estrategias, programas y acciones que consideren la visión de los beneficiarios de estas políticas. Las intervenciones definidas solo desde la medicina occidental podrían representar un obstáculo para el acceso, la oportunidad de la atención y más aún para la autogestión en salud de los usuarios pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (41).

La interculturalidad en salud requiere el desarrollo de procesos donde los pueblos originarios y los sistemas médico y tradicional expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. El hecho que el Modelo Médico Indígena no se derive de un método científico no lo hace falso ni erróneo, y esto debido a que en la cultura en la que este modelo es practicado, la ciencia no es el modo de conocimiento predominante, y se debe tener en cuenta que la ciencia es un modo social de conocimiento (42). Acorde a lo anterior, la implementación del enfoque intercultural en comunidades indígenas consiste en realizar los procesos de planificación teniendo en cuenta la identidad étnica, la participación y la consulta de sus autoridades (43).

Como respuesta política a lo anterior surge en el año 2012 en Colombia una política pública en salud que pretende la creación de un sistema de salud que permita la articulación entre los saberes de los pueblos indígenas y los servicios de salud del



Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS). Con esta propuesta se propone privilegiar los conocimientos culturales de los grupos indígenas relacionados con la salud, la enfermedad y la sanación para la creación del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (en adelante SISPI).

El SISPI está definido como el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo (44). En resumen, el decreto 1953 de 2014 hace énfasis en la importancia de la participación de las comunidades indígenas y en el diálogo directo con las comunidades en el territorio, ya que estas son las principales constructoras del sistema con el apoyo de las instituciones del Estado, estas últimas representadas por el SGSSS.

Darles lugar a las comunidades indígenas en el proceso de planificación sanitaria no solo se concibe como la oportunidad de generar una mejora en el estado de salud de esta población, sino también en el desarrollo integral de la población indígena en los territorios. Al enmarcar esta política pública en un contexto global, es posible vincularla con lo establecido en el artículo primero de la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, la cual hace mención a que los pueblos indígenas tienen derecho a alcanzar y mantener los niveles más altos posibles de salud, a practicar su medicina y a mantener sus prácticas sanitarias (45).

El Consejo Regional Indígena del Cauca propone un modelo intercultural de atención en salud basado en el diálogo de saberes entre la medicina indígena y la medicina occidental. El modelo de salud propio se fundamenta en la relación de armonía y equilibrio entre todos los seres, hombre, naturaleza y espíritus, vivenciada en la cosmovisión, normas y prácticas culturales de cada pueblo que genera aceptación o bienestar en todos los órdenes o ámbitos de la vida (46).

2.3.1. Salud propia Nasa

El concepto de salud obedece en las comunidades indígenas a una visión holística de la realidad donde la salud subsume lo individual, lo familiar y lo comunitario, en este orden de ideas, la salud obedece a un estado de equilibrio o buen funcionamiento (56).

La comunidad Nasa concibe la salud, como una relación armónica desde y con el territorio, de ahí se entiende, que la lucha por el territorio es una forma de lucha directa por la salud, para la comunidad indígena es fundamental mantener una relación armónica entre las personas de la comunidad, y la familia, la segunda entendida como primer núcleo social en el que se transmiten conocimientos, normas de vida y prácticas ancestrales. El modelo de cuidado se fundamenta en la espiritualidad como principio orientador para garantizar armonía y el equilibrio en el



territorio, y en la revitalización de normas, prácticas culturales, cosmovisión y formas de cuidado complementarias para contribuir con el WET WET FXI'NZENXI (buen vivir) del territorio (57).

El sistema médico tradicional de la comunidad indígena Nasa enfatiza una visión integral y de armonía de la salud que considera colectivamente los componentes físico, mental y social y propone una estrecha relación de la salud con la vida espiritual. De tal manera que la ruptura de estas relaciones produce malestar, perturba la armonía y conduce a la enfermedad (57).

Una prioridad en salud para la comunidad Nasa es la recuperación de la armonía a través de un proceso de intervención enmarcado en una estrategia de cuidado propio, para la pervivencia del pueblo Nasa en el norte del Cauca. Esta intervención está dirigida a los comuneros y sus familias y está destinada a recuperar, restablecer y mantener la armonía y el equilibrio en el individuo, la familia, la comunidad y el territorio, mediante la aplicación de diferentes prácticas curativas y terapéuticas desde la medicina indígena, alopática y alternativa.

El modelo de cuidado de la salud propia e intercultural de la comunidad Nasa en Santander de Quilichao, contempla la sabiduría ancestral, la autonomía alimentaria, la salud mental comunitaria y la salud sexual y reproductiva como ejes transversales. Complementario a esto se desarrollan seis programas que contribuyen al desarrollo pleno del buen vivir de la comunidad: el programa mujer dadora de vida, que es una estrategia para contribuir con el buen vivir en el momento de la luna; el programa despertar de la semilla tiene como objetivo garantizar el camino espiritual, físico, social y cognitivo de los niños y niñas acorde a las leyes de la naturaleza; el programa semillas de identidad representa el ciclo de vida de la juventud, y es el momento, donde la dimensión espiritual, física, social y comunitaria se encuentra preparada para la toma de decisiones, entre las cuales está la decisión de engendrar hijos como una forma de garantizar la pervivencia del pueblo. Se entiende que la reproducción no solo como necesidad sino como un mecanismo de preservación de la cultura y el territorio, razón por la cual, los esfuerzos de la institucionalidad en reducir la tasa de fecundidad en poblaciones indígenas van en contravía de su cosmovisión. Por ende, este enfoque debe servir para reflexionar sobre el abordaje de la planificación familiar en las comunidades indígenas (57).

El programa intercultural adulto joven tiene el objetivo de dar respuesta a las necesidades en salud actuales del adulto joven, con un enfoque de género y pertinencia cultural. Por su parte, el programa huellas de sabiduría está encaminado en contribuir al equilibrio y armonía de los mayores nasas, mediante el fortalecimiento de los valores culturales propios, de la sabiduría ancestral y articulando la medicina propia con la medicina occidental y el programa retorno al territorio corresponde al momento de la muerte física del comunero. Cabe destacar que desde la cosmovisión del pueblo Nasa no existe la muerte espiritual.

El estado de salud de la población en general se refleja en los indicadores de morbimortalidad. La manera de abarcar los problemas en salud requiere



indudablemente de acciones colectivas con un enfoque étnico e intercultural que permitan dar respuesta a las necesidades particulares de los territorios.

Dentro del SGSSS la medicina tradicional indígena se ha topado con obstáculos para su desarrollo. La resolución 0518 de 2015, la cual define las acciones que integran el PIC, no contempla el fortalecimiento de prácticas culturales propias dentro del campo de acción, lo que limita el enfoque diferencial e intercultural de las acciones colectivas dirigidas a promover la salud individual y colectiva de las comunidades indígenas. De ahí, radica la importancia de la adecuación sociocultural de los programas de salud para las comunidades indígenas y de esta manera proteger sus derechos garantizando su integridad y permanencia cultural (56).

2.4. Planificación sanitaria

La planificación se describe como un proceso transparente, comprensible y participativo para tomar decisiones sobre la distribución de recursos que son insuficientes para satisfacer todas las necesidades de la población (47).

El proceso de planificación está dirigido a la preparación de un futuro deseable y tiene un carácter dinámico, y se adapta a situaciones cambiantes y factores no previstos inicialmente. Cuando la planificación se aplica al campo de la salud, se llama Planificación Sanitaria (48). Pineault y Daveluy entienden la planificación sanitaria como el proceso formalizado para escoger, organizar y evaluar las actividades más eficaces para satisfacer las necesidades de la salud de una determinada comunidad, teniendo en cuenta los recursos disponibles (49).

Otros autores centroamericanos describen la planificación como una categoría de la economía y una disciplina de la dirección que, reviste una importancia vital, por pertenecer a una de las esferas de mayor impacto político, social y económico. Se refieren a la planificación en salud pública como el proceso que implica la concepción anticipada de las acciones que se desean realizar en dicho campo. Por tal razón comparten el concepto de planificación sanitaria expresado por Pineault, sobre un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas (50).

Begin referenciado por Pineault, explica que existen tres características inherentes a un proceso de planificación; primero hay que recurrir a una proyección de la situación actual en el futuro, se habla de previsión, seguida de la factibilidad, esta segunda característica de planificación implica una relación de causalidad entre la acción tomada y los resultados, esto conduce a la tercera característica de la planificación: la acción, este es el objeto último de la planificación (49).

En términos de planificación sanitaria en el nivel municipal, hay que considerar en primer lugar, el Plan de Desarrollo Nacional, que se constituye en la forma como



cada gobierno establece las prioridades para la acción estatal y las orientaciones generales de política económica y social (51).

Según el MSPS la Salud Pública se constituye por el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada la salud de la población mediante acciones individuales y colectivas que pretenden mejorar las condiciones de vida, bienestar y desarrollo, para lograr este cometido el PDSP asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional (52).

La planificación sanitaria, como uno de los componentes del ciclo de la gestión integral de la salud, se refiere a un proceso participativo a través del cual se identifican y visualizan las transformaciones requeridas para hacer más equitativa la salud y el desarrollo humano, mejorar la condiciones de vida y salud de la población y disminuir la carga de enfermedad y las condiciones de discapacidad evitables (53).

La Estrategia PASE a la Equidad se desarrolla dentro del proceso de planeación integral en salud y se inscribe en el ciclo de la gestión pública mediante el desarrollo de una secuencia metodológica para la formulación de Planes Territoriales de Salud a través de un conjunto interdependiente de elementos normativos, conceptuales, metodológicos, técnicos y operativos que se interrelacionan, y a partir de este instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, facilitar a las entidades territoriales el desarrollo de metas estratégicas, planteadas dentro del marco del PDSP (53).

Dentro del marco de formulación de una política pública la etapa más compleja y de mayor importancia es la identificación del problema. Si no se identifica bien el problema, existe el riesgo de ser ineficaz a la hora de plantear soluciones, pues se pueden ofrecer soluciones a problemas incorrectos.

En el marco de construcción de una política pública, la estructuración del problema es prioritaria, pues de la manera como se estructura un problema público dependerá el curso de la acción (20). El proceso político, aunque es cíclico, no es lineal, sino de carácter iterativo, aunque la definición del problema es un paso esencial, no termina en el momento inicial, sino que debe ser abordado reiteradamente a medida que se avanza en las demás fases del ejercicio.

La identificación de las necesidades en salud y la extensión con que se presentan en los diversos sectores de la población, puede ayudar a los hacedores de políticas públicas a definir prioridades de acción y delimitar las áreas donde es necesaria la inversión de recursos, siempre que exista la intención de enfrentar las desigualdades existentes (21).



2.4.1. Planificación en las comunidades indígenas

En las comunidades indígenas existe una herramienta para la formulación de políticas de gobierno denominada Plan de Vida, es un instrumento que se construye a partir de un proceso participativo de autodiagnóstico y del ejercicio de elaboración de proyectos, y como tal, un acuerdo que debe surgir del consenso. El plan de vida más que un documento escrito, representa la construcción permanente y colectiva de eso que los especialistas en prospectiva denominan una visión del futuro, pero que en la cosmovisión y en la práctica indígena adquiere un significado especial (54).

Según Rubén Darío Espinoza Álzate, el sistema de planificación a través del cual se construyen los planes de vida se debe considerar como un espacio vital, ligado a la vida y a la comunidad que la refleja, el sistema está compuesto por componentes éticos, son temas generadores de reflexión, acuerdos o capacidades, son medios que favorecen los principios de la organización, su fuerza política, la cosmovisión cultural, y su fuerza espiritual. De ahí que el punto de partida no sea el futuro deseado o resolución de necesidades, problemas o conflictos, sino, el deber ser de la vida, que se establece en la Ley de origen, conocida por los mayores, que le han conservado y guardado por tradición oral, de generación en generación, a lo largo de los siglos (55).

En la cosmovisión indígena el futuro viene como el río, de atrás, y los resultados esperados se definen de manera metodológica a partir del ir comunitario al pasado. Por ende, se establece el comportamiento de la vida para después compararlo con la situación actual. Desde ahí se reafirman y recrean los valores y se establecen los acuerdos sobre las condiciones de vida, a través de las dinámicas comunitarias y de participación cotidiana para la elaboración de compromisos en los individuos teniendo como testigo y juez a la comunidad (55).

De esta manera cada resultado esperado que se deriva de los principios originarios, cada indicador, meta, proyecto, tarea o actividad se convierte en compromisos, en pautas de comportamiento, que se están siempre recordando en todos los encuentros y gestiones. De esta manera, estos aspectos adquieren un carácter mítico como grandes referentes de la vida.

Los planes de vida como instrumento de planificación son una propuesta de desarrollo con dos características interrelacionadas: primero, considerar el territorio como un actor activo del desarrollo local y regional, y no únicamente como el escenario inerte en donde se llevan a cabo las actividades humanas, y segundo, la valoración de la cultura en sus diferentes manifestaciones como uno de los ingredientes esenciales para el desarrollo (55).



2.5. Métodos para identificar y definir el problema de políticas públicas

El análisis sistémico de problemas permite dimensionar y jerarquizar los problemas bajo el supuesto de que hacen parte de un sistema complejo, en donde son a la vez causa y efecto de fenómenos de interés (14). Este tipo de análisis contribuye a estructurar el entendimiento de las realidades y se apoya en diagramas causales para explicar los racionamientos sistémicos construidos (22).

En vista del carácter iterativo, no lineal, del análisis y diseño de políticas públicas, en ocasiones es útil pensar en soluciones para entender mejor los problemas, este es el caso de el árbol de problemas, ya que la identificación temprana de soluciones implica necesariamente pensar en su relación con las causas que la justifican. Cada causa identificada es parte del efecto de otra relación causa-efecto, lo que permite la identificación de una secuencia causal (23). Otra herramienta útil es mediante el análisis de involucrados, debido a que permite identificar todos aquellos que se pudieran beneficiar, directa o indirectamente, así mismo, permite entender sus roles, responsabilidades, intereses y preocupaciones frente al problema (24).

El análisis de supuestos planteado por Dunn consiste en hacer explícitos los supuestos en que se basan las soluciones planteadas, luego se contrastan los supuestos y se identifican las diferentes soluciones que se derivan de ellos (25). Esta técnica facilita la identificación de hipótesis rivales que conducen a soluciones plausibles.

2.6. Identificación de criterios de decisión y alternativas de solución

Según Ordoñez-Matamoros et al., los criterios más utilizados son: la viabilidad técnica, la cual hace referencia a la pregunta ¿existen los recursos técnicos y el saber hacer para implementar la alternativa de solución?; la viabilidad política la cual plantea ¿qué tan complejo es el ambiente político donde se debe abordar el problema?; la viabilidad administrativa: con el fin de responder ¿están dispuestas las condiciones necesarias para su implementación? y la viabilidad económica y financiera: la cual busca responder ¿ el costo de la alternativa puede ser cubierto con recursos públicos, u otras fuentes de recursos para su implementación?. Este análisis requiere, la identificación de estrategias que permitan alcanzar los objetivos, criterios exactos que posibiliten escoger la estrategia aplicable al proyecto, se selecciona la estrategia, no solo más factible en términos económicos, técnicos, legales y ambientales, sino también la más pertinente, eficiente y eficaz. Lo anterior se asemeja a la apreciación de William Dunn, al proponer los criterios: la efectividad, la eficiencia, la suficiencia, la equidad, la capacidad de respuesta y la pertinencia social (25).

El primer método para la identificación de alternativas de solución es la revisión literaria, que permite detectar, y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para el propósito de estudio (26). El segundo método es el sondeo, consiste en realizar consultas rápidas apelando al conocimiento disponible sobre el

tema; mediante el modelo lógico, se pueden realizar análisis comparativos, a través de los cuales se recolecta información de numerosas situaciones acerca de políticas públicas para un problema similar, y luego se contrastan para determinar su pertinencia y efectividad en diferentes escenarios (27). Por último, otro método muy utilizado es la lluvia de ideas. Este consiste en coordinar sesiones en donde se producen ideas para solucionar los problemas de interés (27).

El Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social recomienda construir la Estructura Analítica del Proyecto (en adelante EAP) para establecer niveles jerárquicos, como la meta, el objetivo central del proyecto, los componentes o productos y las actividades. La EAP se estructura de abajo hacia arriba, de la misma manera que un árbol, estableciendo una jerarquía vertical (23).

2.7. Diseño de planes de implementación

La implementación se convierte en el resultado material de la acción del hacedor de política pública, y es la correcta aplicación de este paso lo que determinara el éxito o fracaso de esta (14).

Modelo de implementación Top-Down: Este modelo tiene sus raíces en la teoría racional, es de carácter centralizado y jerarquizado y se enfoca en ejecutar la política desde el centro hacia la periferia, una vez tomada la decisión que busca dar la solución a problemas públicos, es responsabilidad únicamente de la administración local ponerla en marcha y nada tiene que ver el formulador desde el gobierno central.

Como crítica al modelo anterior surge el modelo de implementación Bottom-UP, un enfoque de implementación, en donde se parte de la concertación de los actores involucrados sobre el reconocimiento del problema, para posteriormente contribuir a la formulación de una política pública (28). En este modelo cobra fuerza la construcción participativa de políticas públicas, generando una brecha menor entre la formulación y la ejecución.

2.8. Diseño de planes de monitoreo y evaluación de políticas públicas

Las intervenciones públicas pueden ser evaluadas antes de ponerse en marcha (evaluación ex – ante), durante la implementación (evaluación durante o in itinere) o después de su implementación (evaluación ex – post) (29). El monitoreo y la evaluación son dos procesos distintos, pero complementarios. En efecto por lo general se practican dos tipos de evaluación, la primera enfocada a aprender de la experiencia, y la segunda a la rendición de cuentas al público. El primer propósito se cumple con la evaluación formativa, la cual es constructiva por naturaleza y permite localizar las deficiencias cuando aún se está en posibilidad de remediarlas y cuyo principal objetivo es el aprendizaje y contribuir a la autoevaluación (30), en tanto que el segundo propósito se denomina evaluación sumativa, y busca formar un juicio valor al respecto de la política pública o programa implementado,



comúnmente se le conoce como evaluación de resultado o impacto o evaluación ex – post (14).

2.9. Tipos de monitoreo y evaluación

El proceso de seguimiento o monitoreo no se debe concebir como un hecho aislado, sino como un proceso continuo que acompaña todo el proceso. El seguimiento hace referencia a un proceso estructurado empleado para verificar la eficacia y la efectividad de las intervenciones, permite identificar logros y dificultades, y así poder tomar medidas correctivas que permitan alcanzar los objetivos (29). El propósito principal del monitoreo es dar respuesta a la pregunta ¿lo estamos haciendo bien? El monitoreo es la evaluación que acompaña la puesta en marcha de la política pública, es un seguimiento a los esfuerzos realizados, los insumos utilizados y los logros alcanzados durante la etapa de implementación.

Modelo lógico del monitoreo y la evaluación ex – post: La evaluación de resultados corresponde a la verificación del grado de cumplimiento de objetivos y metas formuladas en un programa o proyecto. El Departamento Administrativo de la Función Pública colombiano recomienda establecer periodos específicos de tiempo para el monitoreo y la evaluación, que pueden tener una frecuencia bimensual, trimestral, semestral, etc., según los requerimientos del proyecto (31).

Teniendo en cuenta que, la dinámica demográfica, los cambios conductuales, la cultura y la sociedad inciden constantemente en los resultados en salud, es necesario plantear metas de resultado capaces de ser adaptadas a estas dinámicas. Los ejercicios de monitoreo y evaluación brindan información sobre el cumplimiento o no de las expectativas, eficacia y eficiencia de las estrategias de implementación utilizadas, la relación costo-beneficio, externalidades o efectos secundarios (32).

El Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante MSPS) define la evaluación como el proceso continuo y sistemático que permite revisar, mediante indicadores, el avance del territorio frente al logro de metas y objetivos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

2.10. Indicadores

En la actualidad, el concepto de indicador está directamente relacionado con la toma de decisiones en los procesos de planeación de las entidades públicas y privadas. Esto debido a su capacidad para dar información en torno al avance de proyectos, programas y políticas públicas (33). Los indicadores son expresiones cuantitativas y cualitativas que reflejan los esfuerzos y objetivos que se esperan ser alcanzados y permiten evaluar el avance respecto a los objetivos buscados. Los indicadores deben poseer los siguientes atributos; específico, realizable, medible, relevante, definido en el tiempo e independiente (14). A continuación, se describen cuatro tipos de indicadores cuantitativos:



Indicadores de gestión o insumo (input): Este tipo de indicadores cuantifican los recursos físicos, humanos y financieros utilizados para la implementación de las acciones, y mide la cantidad de actividades, procesos y operaciones realizadas durante la etapa de implementación (34).

Indicadores de producto (output): buscan dar cuenta de bienes y servicios intermedios o finales alcanzados, aquellos que indican que el proyecto va por buen camino en el alcance de los objetivos buscados.

Indicadores de resultado (outcome): estos hacen relación a los fines últimos buscados por la política pública, los resultados esperados, es decir, mide los cambios resultantes en el bienestar de la población.

Indicadores de impacto (impact): estos indicadores se refieren a las consecuencias no intencionadas o externalidades de la implementación de la política pública.

3. PROCESO METODOLÓGICO PARA LA FORMULACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD INDÍGENA

El proceso de planeación se desarrolló mediante una fase teórica, que consistió en la revisión y análisis de fuentes secundarias relacionadas con el proceso salud – enfermedad, acciones de cuidado de la salud propia y elementos culturales relacionados con la salud propia. Posteriormente en una fase consultiva, se realizó una convocatoria escrita dirigida a las autoridades indígenas y a los coordinadores del tejido de salud de los territorios indígenas (ver anexo 2) para participar en la construcción del PIC indígena y socializar en un primer encuentro los resultados del proceso consultivo y recoger información sobre la posición de cada uno de los actores involucrados durante la construcción del componente de salud indígena.

3.1. Fase teórica

La fase teórica y la construcción del contexto territorial se adelantó a partir del segundo semestre del 2020. Durante la exploración se consultaron diversas fuentes, entre ellas:

- Información sistematizada durante la implementación de la estrategia PASE a la Equidad del año 2020 (disponible en la Alcaldía Municipal).
- Información depositada en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Registro Único de Afiliación – ND.
- Documento Cuidado de la Salud Propia de la ACIN
- Planes Locales de Salud Indígena.

La consulta de fuentes documentales condujo a responder interrogantes de carácter sociodemográfico, epidemiológico y etnocultural. Los resultados cuantitativos en salud se analizaron usando la metodología para la construcción de los ASIS

implementada por el MSPS. Lo anterior, permitió estandarizar las unidades de medida y realizar comparaciones con la población general. Los datos sistematizados se describen más adelante y se estructuraron de la siguiente manera:

- Estructura demográfica de la comunidad indígena en el municipio de Santander de Quilichao.
- Situación epidemiológica de los territorios indígenas en Santander de Quilichao.
- Propuestas recientes del sector salud para dar respuesta a necesidades en salud de la comunidad indígena acorde al Plan Decenal de Salud Pública.

3.2. Fase consultiva

3.2.1. Alistamiento

Al iniciar el proceso de planificación, se dirigió un oficio a las autoridades indígenas del territorio con el fin de presentar el proyecto y realizar acercamientos iniciales que facilitarían los procesos de planificación con las comunidades. Durante esta fase de alistamiento se visitaron los territorios indígenas de Nasa Kiwe, Canoas, Munchique los tigres, Guadualito y la Concepción, a los cuales se accede por vías terciarias en deficientes condiciones de movilidad.

Durante estos primeros encuentros se comunicó el proceso de consentimiento informado, el objetivo, la metodología y los beneficios esperados del proyecto. Posterior a la autorización de las autoridades indígenas para la sistematización y análisis del proceso participativo, se invitó a participar a diferentes grupos de actores, principalmente, la comunidad indígena y su equipo de planeación en salud. Se anunció que se realizarían dos encuentros por territorio, con el fin de incorporar saberes y experiencias diversos y así poder enriquecer el diálogo e iniciar un proceso participativo (ver anexo 3).

Para los encuentros se tuvieron consideraciones importantes, tales como:

- El equipo de la Secretaría de Salud se desplazó a cada uno de los territorios indígenas.
- Los diálogos de saberes se llevaron a cabo en dos momentos por territorio.
- Uno de cada dos encuentros tuvo lugar alrededor de la tulpa.

Para la comunidad nasa la tulpa es considerado un espacio de comunicación, es la casa del espíritu del fuego y permite dar fuerza a las ideas, reflexionar, analizar y apagar lo negativo, donde en forma de espiral se ubicaron en promedio veinte participantes de



Ilustración 1 Piedras sagradas alrededor del fuego

la comunidad indígena y cuatro representantes del sector institucional; en el centro de la tulpa se ubican tres piedras sagradas, que representan a los Ksxaw's (espíritus mayores) a quienes se brinda una bebida tradicional (Chirrincho) para pedirles que guíen durante el encuentro. Para dar inicio a la jornada, se realiza un brindis simbólico al ser espiritual de la naturaleza, mamá wala y papá wala, el agua, el viento.

Se desarrollaron 10 encuentros de saberes, que fueron espacios de intercambio de concepciones, ideas, experiencias y conocimientos. Dos por cada uno de los cinco territorios indígenas con una duración aproximada de cuatro horas por encuentro, sin incluir el tiempo de desplazamiento a cada territorio. Se recogió información sobre la posición de cada uno de los involucrados frente a diferentes temáticas. El contenido a indagar se concertó previamente con el equipo de planeación de la Secretaría Local de Salud, procurando abarcar la percepción del actor con respecto del problema, los intereses del actor, la capacidad de incidir, existencia de posibles potencialidades y posibles mecanismos de articulación con otros actores. Todas las impresiones fueron analizadas y se presentan en la matriz de involucrados (ver anexo 4).

3.2.2. Primer taller de construcción participativa

Durante los talleres de planificación en cada comunidad se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación de los objetivos del taller.
- Presentación del perfil epidemiológico.
- Comentarios de los participantes.
- Conformación de cuatro grupos integrados por cinco miembros de la comunidad, cada grupo acompañado por un integrante de la Secretaría Local de Salud.
- Explicación de la metodología y acuerdos.



Ilustración 2 Primer momento fase consultiva alrededor de la Tulpa

Posteriormente todos los grupos dieron respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud (desequilibrios y desarmonías) de los pueblos indígenas?
2. ¿Cuáles son las causas y sus efectos?

Se concertó con la comunidad la utilización del árbol de problemas como metodología de trabajo y cada grupo recibió un grupo de tarjetas para clasificar los problemas, las causas y sus efectos.

Con el fin de mejorar la comprensión del taller y aprovechar las concepciones de la comunidad indígena, presentes en el Plan de Vida y en el Modelo de Cuidado de

Salud de la IPS – Indígena, se adaptó el lenguaje, y en cada momento de la construcción se dialogó para lograr comprensión de cada paso durante la planificación, y se describen a continuación:

1. Identificar las desarmonías y desequilibrios en diferentes momentos del ciclo de vida.
2. Identificar situaciones y factores que inciden en el proceso salud – enfermedad por ciclo de vida.
3. Presentación de resultados en plenaria.
4. Comentarios y respuestas hasta construir en consenso una única conclusión, que después se integró en el árbol de problemas.

3.2.3. Segundo taller de construcción participativa

En un segundo encuentro enfocado en la construcción de alternativas propias y complementarias para transformar estas realidades, se solicitó a los participantes cambiar todas las condiciones negativas identificadas en el árbol de problemas a condiciones positivas viables de ser alcanzadas. Los participantes transformaron las causas representadas en la raíz del árbol en medios, y los efectos se convirtieron en fines, y los problemas identificados por ciclo de vida se agruparon en un objetivo central por ciclo de vida. Después de haber construido el árbol de objetivos los participantes examinaron las relaciones entre medios y fines establecidos con la finalidad de garantizar la integralidad del esquema.



Ilustración 3 Construcción árbol de objetivos por ciclo de vida

Determinadas las causas de los problemas y revisada la consistencia entre las causas y las alternativas a implementar, se establecieron los objetivos y resultados acorde a la formulación del problema. Posteriormente siguiendo la estructura de abajo hacia arriba, de la misma manera que se construyó el árbol de problemas y el árbol de objetivos, se estableció un plan de implementación con cuatro niveles jerárquicos: las actividades, los productos de las actividades, objetivos centrales y las metas. Los lugares en donde se hará la implementación, como también el cronograma de implementación serán concertados entre la comunidad y la IPSI – ACIN (ver anexo 5). Respecto al monitoreo y evaluación se establecieron indicadores de producto que buscan dar cuenta de los logros intermedios alcanzados, llegados a este punto se aclaró, que los productos deberán enmarcarse en lo permitido por la resolución 0518 de 2015.



Procesamiento y análisis de información

El primer paso para dar respuesta al componente teórico fue identificar dos grandes categorías de fuentes de datos, las que contienen datos basados en población, como censos y estadísticas vitales, y la segunda categoría, que recopila datos institucionales basadas en el curso administrativo y operacional de la Secretaría Local de Salud y el Consejo Regional Indígena del Cauca. Los datos de mortalidad y morbilidad tienen como fuente el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

La presentación de la información analizada se realizará mediante el uso de tablas y figuras, lo anterior con el fin de estimular ideas y observaciones simultáneamente.

El segundo paso fue sistematizar la información de los talleres de construcción participativa a los cuales asistieron:

- 191 miembros de la comunidad indígena, distribuidos en los siguientes grupos de edad; 18 - 28, 29 – 59 y mayores de 60 años, representados en un 31%, 62% y 6% respectivamente, este último conformado por Mayores, sabedores y sabedoras de la medicina tradicional.
- 4 actores institucionales; dos trabajadores sociales y dos enfermeros profesionales.

La recolección de información se realizó en medios físicos y digitales (tarjetas de cartulina, carteleras y fotografías con la construcción del árbol de problemas, árbol de soluciones e intervenciones escritas en tableros y carteleras). Las observaciones y apreciaciones puntuales de la comunidad y el equipo de planeación fueron captadas en un dispositivo grabador y reproductor digital. Después de cada encuentro, la información depositada en medios físicos y grabaciones fue transcrita en Excel, revisada y analizada por el equipo de planeación de la Secretaría Local de Salud (dos trabajadores sociales y dos enfermeros), para someterla al final del proceso participativo a un proceso de validación por parte de la comunidad (ver anexo 6).

4. RESULTADOS FASE TEÓRICA

4.1. Estructura demográfica

De acuerdo con las proyecciones de población 2018-2023 del DANE, para el año 2020 el municipio cuenta con 113.001 habitantes y cuenta con una extensión territorial de 518km², y tan sólo el 1,6% corresponde a la zona urbana. En la zona sur del municipio de Santander de Quilichao se encuentran el mayor porcentaje de comunidades indígenas, con 4 resguardos indígenas y un cabildo urbano (1).

Como se puede evidenciar en la figura 1, la población indígena hace parte de un proceso de transición demográfica pasando de grandes grupos de población en

edades infantiles y juveniles a una estructura denominada revolución reproductiva donde básicamente crecen los grupos de edades maduras y longevas (58).

En la pirámide poblacional de los territorios indígenas en Santander de Quilichao se observa que la mayor proporción de población se encuentra en edad económicamente productiva, lo que implica no solo el fortalecimiento por parte del Estado en programas educativos a nivel tecnológico y universitario que suplan las necesidades de talento humano que se requiere para el fortalecimiento de los sistemas propios, sino también generación de ofertas laborales, teniendo en cuenta que uno de los determinantes sociales que influyen en el estado de salud de la población, es la actividad económica que se desempeña.

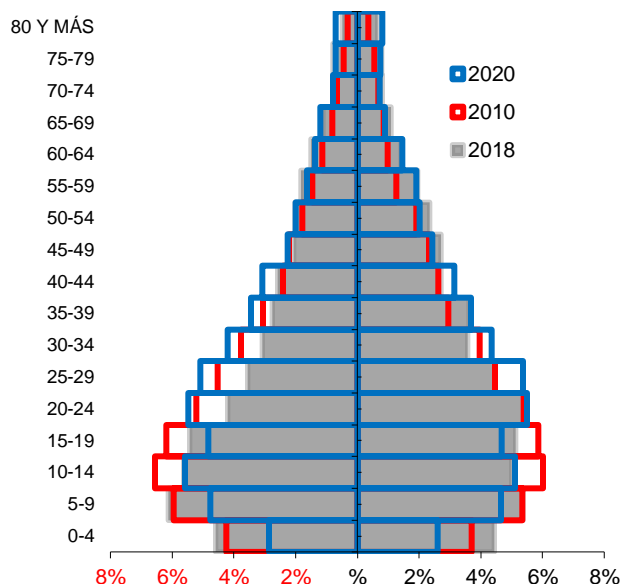


Figura 1. Pirámide poblacional indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2010-2018-2020 – Fuente: Secretaría Local de Salud

Tabla 1. Estructura demográfica de la población indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2010 - 2018 - 2020

Índice Demográfico	Año		
	2010	2018	2020
Población total	18.002	21.647	23.364
Población Masculina	9.135	10.487	11.672
Población femenina	8.867	11.160	11.692
Relación hombres: mujer	103,02	93,97	100
Razón niños: mujer	29	33	19
Índice de infancia	32	31	26
Índice de juventud	32	28	31
Índice de vejez	7	9	9
Índice de envejecimiento	21	30	37
Índice demográfico de dependencia	57,43	60,37	47,35
Índice de dependencia infantil	50,09	49,95	37,70
Índice de dependencia mayores	7,34	10,42	9,66
Índice de Friz	188,39	180,71	132,12

Fuente: Secretaría Local de Salud, Santander de Quilichao



La proporción de mujeres con respecto a la de los hombres presenta un leve incremento en el periodo analizado. Se presentan cambios importantes en la estructura demográfica, reflejados en los índices de dependencia infantil y de mayores, el primero disminuyó más de doce puntos mientras que el segundo aumentó más de dos puntos; cabe destacar el aumento en el índice de envejecimiento, pero a diferencia de la perspectiva occidental, la vejez asociada no a la pérdida de capacidades fisiológicas, sino entendida como la progresiva relevancia entorno al rol social, ya que a medida que se envejece en las comunidades indígenas se atesora la sabiduría y la memoria colectiva, que debe ser transmitida a otras generaciones para asegurar la reproducción cultural.

Los elevados índices de envejecimiento y dependencia expresan la necesidad de enfocar acciones políticas dirigidas a impactar positivamente estos ciclos de vida e implica para el Estado colombiano una mayor inversión en salud y seguridad.

Situación epidemiológica de los territorios indígenas en Santander de Quilichao

Análisis de la mortalidad en la etnia indígena en Santander de Quilichao.

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Entre los años 2008 y 2019, sobresalen las muertes por causa externa, como principal causa de muerte con una tasa de 34,03 muertes por cada cien mil habitantes en 2008 y de 121,52 para el año 2019. Este comportamiento ascendente está relacionado con el asesinato de líderes indígenas, la violencia generada por cultivos ilícitos, desplazamiento forzoso, grupos al margen de la ley, entre otros.

En segundo lugar, se ubican las enfermedades del sistema circulatorio. En el periodo comprendido entre los años 2008 y 2019 se observa un incremento importante, ascendiendo de 14,58 muertes por cada cien mil habitantes a inicio de periodo a 126,38 muertes por cada cien mil habitantes en el último año. La ausencia de un modelo de salud adaptado a la cosmovisión de los pueblos indígenas, sumado a la baja eficiencia y cobertura de las acciones de protección específica y detección temprana influyen de manera representativa en los resultados en salud de los territorios indígenas

El grupo de las demás causas se ubica en el tercer lugar de la mortalidad, de las 14 causas que figuran en el grupo, se destacan la diabetes, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias entre otras. En este grupo la tendencia es ascendente, entre los años 2008 y 2019 el aumento fue de 19,44 muertes por cada 100 mil habitantes.

La mortalidad por neoplasias al inicio de periodo presentó 24,30 muertes por cada cien mil habitantes y tuvo su pico más alto en 2018 con 38,89 muertes por cada 100 000 habitantes. Cifras preocupantes si se considera que el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, más aún si se tienen en cuenta la situación del cáncer

en la población atendida en Colombia. Las principales barreras son: la detección temprana, falencias en la disponibilidad y continuidad del tratamiento en los territorios rurales y dispersos.

El grupo de los signos y síntomas mal definidos, el cual se caracteriza por baja calidad en la certificación de la causa de muerte, se ubica en el quinto lugar y presenta un descenso importante en la mortalidad. El pico más alto en el año 2009 con una tasa ajustada de 38,89 muertes por cada cien mil habitantes; con respecto al año 2018 presenta una disminución de 14,58 muertes en la tasa ajustada por cada cien mil habitantes.

El grupo de las enfermedades transmisibles ocupa el sexto lugar, presenta una tendencia al aumento con una tasa de 19,44 muertes por cien mil habitantes, con respecto al año 2008 aumentó 9,72 muertes por cada cien mil habitantes en la tasa ajustada. Dentro de este grupo las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar, seguidas de las enfermedades infecciosas intestinales y en tercer lugar se ubica la tuberculosis. Según el Instituto Nacional de Salud, la presencia de tuberculosis en la población indígena esta ligada a la ubicación geográfica, la cual se ve afectada no solo por la baja oferta de servicios en la zona rural, sino también a las difíciles condiciones socioeconómicas que afronta la población indígena en el país (59).

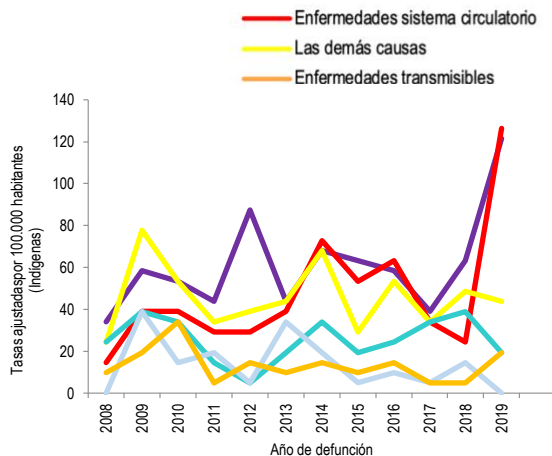


Figura 3 Tasa de mortalidad ajustada en la etnia indígena en el municipio de Santander de Quilichao, 2008 – 2019

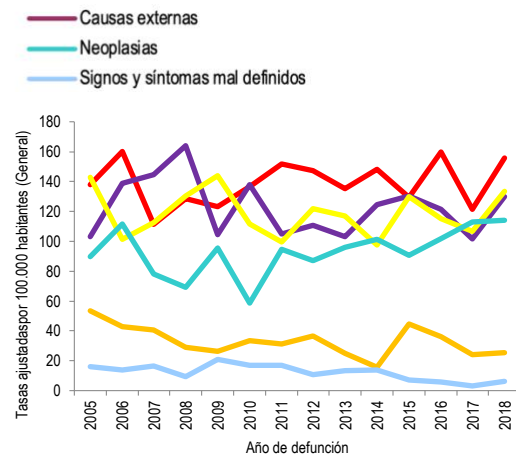


Figura 3 Tasa de mortalidad ajustada en el municipio de Santander de Quilichao, 2005 – 2018

Fuente: RIPS-SISPRO_MSPS

Análisis de la morbilidad en la etnia indígena

La estimación de las principales causas de morbilidad atendida se realizó acorde a los códigos CIE10 modificada por el MSPS. Lo anterior permite agrupar las categorías según las causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los

traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

Dentro de las grandes causas de morbilidad atendida registradas en el año 2019 predominan los diagnósticos asociados a enfermedades no transmisibles, seguido de condiciones transmisibles y nutricionales, y en tercer lugar las lesiones. Respecto a la morbilidad atendida durante el periodo 2009-2019, se observa a nivel general que desde la primera infancia (0-5 años) la mayor carga de morbilidad atendida la presentan las enfermedades no transmisibles, seguidas de las enfermedades transmisibles y nutricionales, y en tercer lugar se ubican las condiciones mal clasificadas.

A partir de la adolescencia se ubican en primer lugar las enfermedades no transmisibles, seguidas de las condiciones mal clasificadas, y en tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales (Ver tabla 2).

Tabla 2. Principales causas de morbilidad en la etnia indígena, Total municipio de Santander de Quilichao Cauca 2009 – 2019

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total											Δ pp 2019-2018
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	55,70	54,97	46,38	41,00	38,60	38,86	41,71	38,72	29,34	24,64	22,33	-2,33
	Condiciones perinatales	3,86	2,39	6,15	3,80	2,24	0,77	0,47	1,26	0,31	0,00	0,14	0,14
	Enfermedades no transmisibles	23,35	28,12	27,05	34,72	36,05	43,47	41,31	41,92	45,76	50,31	53,01	2,71
	Lesiones	5,33	3,35	5,52	5,65	9,32	4,92	5,08	7,45	4,13	6,47	9,11	2,64
	Condiciones mal clasificadas	11,76	11,17	14,90	14,84	13,78	11,98	11,43	10,65	20,45	18,58	15,41	-3,17
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,85	26,91	20,68	20,86	19,98	18,79	25,91	28,31	21,50	15,82	15,83	0,01
	Condiciones maternas	0,00	0,09	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,15	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	50,20	48,88	50,67	51,73	56,41	57,20	52,66	53,90	54,60	62,24	59,44	-2,80
	Lesiones	8,54	10,40	15,96	15,88	9,35	9,32	7,87	6,53	8,91	7,31	9,28	1,97
	Condiciones mal clasificadas	13,41	13,72	12,58	11,53	14,26	14,69	13,56	11,25	14,99	14,46	15,30	0,84
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,51	19,58	13,54	15,62	13,50	16,04	14,18	12,11	12,97	9,02	10,69	1,67
	Condiciones maternas	4,79	6,08	8,12	3,01	2,62	3,49	2,76	3,34	0,68	1,45	2,60	1,15
	Enfermedades no transmisibles	41,10	48,10	52,17	43,01	63,01	62,34	57,69	59,08	59,22	69,15	60,69	-8,46
	Lesiones	6,16	11,22	16,43	23,33	12,19	6,80	10,46	9,60	13,82	5,12	8,55	3,43
	Condiciones mal clasificadas	16,44	15,02	9,75	15,03	8,67	11,33	14,90	15,87	13,31	15,26	17,47	2,22
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,64	17,21	11,46	12,92	12,39	13,59	12,54	12,16	13,46	9,04	10,83	1,79
	Condiciones maternas	6,53	9,35	12,86	9,63	6,09	8,21	4,02	7,14	5,40	5,35	7,66	2,30
	Enfermedades no transmisibles	56,39	52,13	53,76	48,51	60,43	59,12	59,49	53,22	52,73	57,78	54,14	-3,64
	Lesiones	5,38	7,82	10,42	15,45	9,48	6,91	9,38	15,34	11,33	9,93	9,27	-0,66
	Condiciones mal clasificadas	13,06	13,48	11,50	13,50	11,60	12,17	14,57	12,16	17,08	17,90	18,11	0,21
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,88	13,33	10,11	9,37	11,32	12,41	12,33	11,48	8,55	9,08	8,87	-0,20
	Condiciones maternas	2,03	3,50	2,76	2,44	1,60	1,68	1,49	3,55	2,80	1,77	2,74	0,97
	Enfermedades no transmisibles	64,76	63,24	67,70	67,79	68,30	66,06	67,32	64,46	67,69	65,25	66,10	0,85
	Lesiones	7,25	6,56	8,82	8,06	7,20	6,99	6,33	8,55	6,78	7,37	7,37	0,00
	Condiciones mal clasificadas	10,09	13,37	10,62	12,34	11,58	12,86	12,52	11,96	14,19	16,54	14,92	-1,62
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,22	8,89	5,95	6,68	6,40	5,46	6,86	6,80	6,69	5,50	5,17	-0,33
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05
	Enfermedades no transmisibles	79,12	76,05	79,13	78,74	78,96	80,40	76,94	81,12	77,18	77,06	78,35	1,29
	Lesiones	4,08	6,25	6,17	5,41	5,33	5,16	3,72	4,10	4,02	4,11	5,30	1,19
	Condiciones mal clasificadas	9,58	8,82	8,75	9,17	9,31	8,98	12,48	7,98	12,11	13,33	11,13	-2,20

Fuente: RIPS-SISPRO_MSPS

Morbilidad específica

Para el periodo analizado en el subgrupo de **condiciones transmisibles y nutricionales**, el primer lugar lo ocupan las enfermedades infecciosas y parasitarias, seguido de las infecciones respiratorias, y por último se ubican las deficiencias nutricionales. Con respecto a las **condiciones maternas perinatales**, predominan las condiciones maternas con un 75,37%, triplicando el porcentaje de consultas para las **condiciones derivadas del periodo perinatal**. Dentro del subgrupo de las enfermedades no transmisibles, sobresalen **las enfermedades cardiovasculares (15,05%), las enfermedades musculo- esqueléticas (13,94%), las enfermedades genitourinarias (12,58), las condiciones orales (10,81%), y las Condiciones neuropsiquiátricas (9,97)**, estas enfermedades presentan incremento en comparación con el año anterior. En el municipio de Santander de Quilichao en el año 2019 se presentaron 2.014 consultas por **traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (89,28%)**, seguido de **lesiones no intencionales (9,73%)**, y en tercer lugar **las lesiones intencionales (0,94%)**.

Tabla 3. Morbilidad específica en la etnia indígena por subgrupos en TOTAL – municipio de Santander de Quilichao 2009 – 2019

Subgrupos de causa de morbilidad	Total											
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Δ pp 2019-2018
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,93	52,47	47,19	40,61	45,89	51,94	53,09	54,79	52,98	53,26	51,07	-2,20
Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,99	44,70	48,12	51,25	47,64	42,71	43,98	41,95	42,00	40,21	36,11	-4,10
Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	2,08	2,83	4,70	8,14	6,47	5,35	2,93	3,25	5,03	6,53	12,83	6,30
Condiciones maternas (O00-O99)	92,74	74,79	83,63	81,71	86,52	85,47	94,22	97,92	94,53	96,60	75,37	-21,24
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	7,26	25,21	16,37	18,29	13,48	14,53	5,78	2,08	5,47	3,40	24,63	21,24
Neoplasias malignas (C00-C97)	0,46	0,53	0,44	1,69	1,16	0,27	0,38	2,31	3,02	3,02	1,42	-1,60
Otras neoplasias (D00-D48)	1,20	0,81	2,24	2,19	1,84	1,62	1,40	1,83	2,66	0,91	1,78	0,88
Diabetes mellitus (E10-E14)	2,35	2,23	2,73	2,40	2,73	2,76	3,37	3,20	5,12	4,41	6,06	1,65
Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,39	3,59	3,64	3,72	4,39	3,79	3,69	3,05	5,02	4,67	4,97	0,29
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,90	4,79	4,59	6,07	5,55	4,37	5,77	4,27	5,81	10,03	9,97	-0,07
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,69	7,39	7,15	12,93	9,38	9,29	7,66	6,62	8,17	9,06	8,73	-0,33
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	9,14	11,59	13,20	10,53	9,50	7,40	10,41	12,94	9,15	9,60	15,05	5,46
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,53	4,61	4,49	5,04	4,68	3,34	3,85	3,59	4,44	4,37	3,44	-0,93
Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,14	6,99	9,01	8,12	6,62	6,38	5,76	6,40	5,55	5,35	5,76	0,41
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	20,17	18,40	17,22	14,38	16,07	12,44	15,44	16,73	11,99	10,61	12,58	1,96
Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,36	8,99	7,42	7,00	7,05	7,14	7,15	6,93	5,20	4,96	5,07	0,12
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	13,62	11,93	10,91	11,67	10,86	14,03	12,17	11,74	12,94	13,47	13,94	0,47
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,36	0,46	0,72	1,08	1,00	0,73	0,52	0,61	0,28	0,54	0,41	-0,13
Condiciones orales (K00-K14)	17,70	17,71	16,23	13,19	19,16	26,44	22,42	19,78	20,66	19,00	10,81	-8,19
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,30	5,01	4,83	18,19	4,24	4,54	4,35	6,12	8,31	8,61	9,73	1,12
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,66	0,93	1,37	0,57	1,80	1,45	1,30	2,04	1,01	0,00	0,94	0,94
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,12	0,48	1,13	0,12	1,27	1,30	0,73	0,63	0,00	0,05	0,05
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,04	93,94	93,32	80,11	93,84	92,73	93,04	91,11	90,05	91,39	89,28	-2,11
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: RIPS-SISPRO-MSPS



4.2. Intervenciones en salud pública dirigidas a la comunidad indígena

En las consultas realizadas en los archivos de la Secretaría Local de Salud no se obtuvo un informe consolidado previo al año 2020, de las acciones realizadas en el componente indígena en el marco del PIC que permita ver el diseño, implementación y resultados de las acciones realizadas, tampoco se logró establecer con claridad cómo se incorporó el enfoque étnico. La consulta de fuentes documentales permitió observar algunas acciones que el sector salud ha desarrollado para enfrentar los problemas de salud de la comunidad Nasa en el año 2020; a continuación, se presentan las acciones desarrolladas para fortalecer el cuidado de salud propio e intercultural de los pueblos indígenas en el año 2020, extraídas del contrato interadministrativo 341 de 2020.

En la **dimensión convivencia social y salud mental** se construyó a partir de los saberes, necesidades individuales y comunitarias una estrategia de información en salud para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas enfatizando en la recuperación del sentido propio de los productos ancestrales y en no tergiversar la utilización de sustancias psicoactivas legales durante los rituales o prácticas ancestrales con el consumo recreativo de las mismas. De igual manera se elaboró en el entorno educativo un plan de fortalecimiento para el abordaje de este tipo de desarmonías.

En la **dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos** se realizaron encuentros de diálogo en el entorno comunitario para la identificación de riesgos durante el camino de la gestación, lo cual permitió identificar actitudes y prácticas culturales arraigadas a la cosmovisión nasa y la implementación de una estrategia de información en salud con adecuación socio – cultural de los signos de alarma durante la gestación, el parto y el puerperio, dirigida a mujeres gestantes de los cinco resguardos indígenas.

En la **dimensión seguridad alimentaria y nutricional** se realizó un proceso de identificación de los alimentos de mayor acceso en el territorio y sus aportes nutricionales, adicional a lo anterior se desarrollaron talleres de preparación, combinación y transformación de alimentos propios para promover la siembra y su consumo.

En la **dimensión transversal, gestión diferencial de poblaciones vulnerables** se fortalecieron las capacidades comunitarias de líderes y lideresas, como también las Unidades de Atención de Infecciones Respiratorias Agudas Comunitarias (UAIRACS) y las Unidades de Rehidratación Oral Comunitarias (UROCS).

Al examinar las acciones en detalle, se logra identificar un esfuerzo importante por implementar el enfoque intercultural, y aunque existe un reconocimiento de los conocimientos propios y prácticas de los territorios indígenas en salud, no se evidencia la participación comunitaria en la formulación de las acciones en salud pública; es decir, el proceso de toma de decisión, la distribución de recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para inversión en salud



pública y formulación de acciones en salud continúan siendo una tarea institucional. A lo anterior se suma el limitante económico resultante de una distribución de recursos que contempla el criterio de igualdad, pero deja de lado las inequidades sociales que deben enfrentar las poblaciones en condición de doble vulnerabilidad, étnica y cultural.

5. RESULTADOS FASE CONSULTIVA

El perfil de morbi-mortalidad por si solo no permite identificar desigualdades e inequidades, ni priorizar problemas en salud. Por ende, para la formulación y comprensión del componente de salud indígena en Santander de Quilichao, se requiere de las voces de los comuneros indígenas que participaron del proceso de construcción del plan.

El “buen vivir” en la comunidad Nasa

La comunidad indígena Nasa describe la salud como un derecho propio, el cual se materializa cuando se vive en armonía con la naturaleza, la comunidad y la familia. Los representantes del cabildo urbano consideran que se goza de buena salud, cuando se tiene acceso a una atención médica con calidad y que la salud en el territorio se ve mayoritariamente afectada debido a la privatización y negligencia de los servicios de salud.

Desde la cosmovisión indígena nasa, la salud se asemeja a un estado de alegría e implica dedicarles tiempo a los sentidos, es una lucha por la armonía y el equilibrio consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, a esta relación armónica entre todos los elementos que constituyen el universo se la denomina en la comunidad Nasa el Wet Wet Fxnzinx.

Para la comunidad Nasa, las causas de los desequilibrios y desarmonías entre el cuerpo, el espíritu y la naturaleza son: desconocer la cosmovisión del pueblo nasa, lo que conlleva a no respetar la Ley de Origen, no respetar el Derecho Mayor, no reconocer la interdependencia con el entorno, no preservar los saberes ancestrales. No obstante, existen factores estructurales asociados a estos fenómenos. Para la comunidad indígena los resultados en salud son producto de las relaciones hegemónicas de poder en la sociedad, la dinámica de acumulación de capital, el modelo económico por el cual se rige el país, lo que conlleva a que existan falencias en los soportes sociales y formas malsanas de vivir.

El bajo acceso a servicios de salud con enfoque intercultural y territorial, la baja disponibilidad de talento humano capacitado para la atención intercultural de la comunidad indígena, las barreras lingüísticas, la falta de un modelo educativo con adecuación sociocultural, el bajo nivel de ingresos económicos, bajas oportunidades laborales, destrucción de los sitios sagrados, imposición de la cultura occidental, discriminación por parte del resto de la población, son factores desencadenantes de las desarmonías en el territorio. Uno de los factores más preocupantes para la comunidad indígena es la ausencia de relevo intergeneracional, producto de la

aculturación en la población juvenil, lo que tiene como consecuencia no solo la pérdida de los conocimientos ancestrales, sino también, la pérdida de prácticas de crianza y de cuidado propios del territorio.

A continuación, se describen los principales problemas de salud (desequilibrios y desarmonías) según el ciclo de vida en los territorios indígenas en Santander de Quilichao, Cauca.

Mujer dadora de vida: Es el momento en el cual una mujer es madura y fuerte, ya sabe cuidar la huerta y la casa, y por ello, posee las facultades físicas y espirituales para procrear hijos(57).

MUJERES DADORAS DE VIDA		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
Desarmonías por mal uso de métodos de planificación	Falta de dialogo con la familia y la comunidad sobre la sexualidad. Poco conocimiento sobre métodos de planificación familiar	Embarazos y conformación de hogares a temprana edad
Pérdida de identidad cultural de las gestantes a temprana edad	Pérdida de la identidad cultural, doctrinas religiosas de algunas gestantes	Afectación por el arco, por el frío, por el eclipse, lo cual provoca abortos, niños prematuros con bajo peso y enfermedades
Problemas conyugales entre las embarazadas y sus parejas	No consultar con los mayores ni con las parteras, por lo cual no hay cuidado con las armonizaciones durante la menstruación, la vida en pareja y el embarazo	Controles prenatales tardíos, aborto y mal formaciones de niños a causa de drogas o violencia intrafamiliar
Puérperas enfermas, desarmonías y desequilibrios	Falta de cuidado durante la dieta	Desarmonías en los ciclos de vida

Fuente: Elaboración propia

Despertar de la semilla: para la comunidad Nasa, los niños son la representación tangible del milagro de la vida y bajo la reiterada analogía de la siembra, “son semillas” que deben ser cuidadas para obtener “buenos frutos”. Estos “buenos frutos” corresponden a miembros de la comunidad que fortalezcan y vivencien la plataforma de lucha y los sueños de la organización bajo los principios inherentes al ser nasa y que van a posibilitar la resistencia y pervivencia como pueblos (57).

DESPERTAR DE LA SEMILLA		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
Debilidad en la comunicación asertiva entre padres e hijos desde la transmisión oral y las prácticas culturales	Desarmonías entre padres e hijos, desconocimiento y no aceptación de las prácticas culturales, creencias religiosas diversas.	Apropiación de las costumbres occidentales y pérdida de la identidad cultural
Desnutrición, enfermedades diarreicas, Infecciones respiratorias, afectaciones de la piel, accidentes, susto, mal de ojo	Condiciones nutricionales, alimentación inadecuada, falta de atención y ausencia de los padres por temas laborales	Lento desarrollo infantil, desarmonías en los ciclos de vida
Estilos de vida no saludables	Aculturación alimentaria	Lento desarrollo infantil, desarmonías en los ciclos de vida

Fuente: elaboración propia

Semillas de identidad: Este ciclo de vida es la etapa de la juventud desde la cosmovisión Nasa, no solo está asociado con la capacidad de fecundar sino también para trabajar, es decir, es el momento donde el ser nasa se encuentra preparado para la toma de decisiones consciente de la necesidad de engendrar hijos como una forma de garantizar la pervivencia de las comunidades indígenas (57).

SEMILLAS DE IDENTIDAD		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
Desarmonías sociales y culturales, ideación suicida	Pérdida de habilidades de comunicación	Conducta suicida y desarmonías espirituales
Consumo de sustancias psicoactivas, violencia sexual, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abandono de niños con necesidades especiales	Carencia de una educación intercultural	Aumento de consumo de SPA, degradación individual, familiar y comunitaria

Fuente: elaboración propia

Adulto Joven: este ciclo de vida simboliza la madurez, la fuerza física y espiritual del ser nasa y es el momento donde se puede buscar una pareja.

ADULTO JOVEN		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
Consumo de sustancias psicoactivas, ideación suicida	Pérdida de habilidades de comunicación, escasas oportunidades de vinculación laboral, bajo nivel de ingresos económicos en la familia	Conducta suicida y desarmonías espirituales, muertes prematuras
Incumplimiento de las normas espirituales generando desarmonías sociales y culturales	Los jóvenes acuden con menor frecuencia a solicitar cuidados de la medicina propia	Debilitamiento de las prácticas culturales de protección
Violencia sexual, violencia intrafamiliar, embarazos a temprana edad	Pérdida normas tradicionales y de prácticas de crianza y cuidado propias, se ha reemplazado la familia como base de la educación	Desintegración del núcleo familiar y comunitario

Fuente: elaboración propia

Huellas de sabiduría: El propósito del ciclo es contribuir al equilibrio y armonía de los Mayores Nasas, mediante el fortalecimiento de los valores propios de la cultura indígena, desde prácticas y saberes propios; garantizando el cuidado integral desde la sabiduría ancestral (57).

HUELLAS DE SABIDURIA		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
Enfermedades no transmisibles (hipertensión, diabetes, artritis, párkinson, demencia senil, cáncer, pérdida de la visión), y enfermedades transmisibles (tuberculosis), enfermedades propias (planeta = dolor de cabeza, arco = dolor muscular y en esqueleto, susto = fiebre, diarrea e inapetencia, ojo = deshidratación y pérdida de peso)	Desconocimiento acerca de los usos y propiedades de las plantas medicinales	Pérdida de los conocimientos de la medicina tradicional por ausencia de relevo intergeneracional, aumento de enfermedades crónicas
Estilos de vida no saludables	Los determinantes educativos (alfabetización y nivel de escolaridad) y socioeconómicos (ingresos) son	Desintegración del núcleo familiar y comunitario

HUELLAS DE SABIDURIA		
Problemas generales	Causas	Consecuencias
	desventajosos en las comunidades indígenas	
Mala alimentación por poca disponibilidad de los alimentos propios	Disminución de alimentos propios en la dieta e inclusión de productos exógenos a su alimentación; altos en energía y bajos en proteínas, vitaminas y minerales	Mala nutrición, debilitamiento físico y mental
Desconocimiento sobre la seguridad alimentaria	Los determinantes educativos (alfabetización y nivel de escolaridad) y socioeconómicos (ingresos) son desventajosos en las comunidades indígenas	Aculturación alimentaria

Fuente: elaboración propia

Árbol de objetivos

Después de la identificación de los problemas que afectan el buen vivir de la comunidad por parte de la comunidad, se prosiguió con la construcción del árbol de problemas y árbol de soluciones, ejercicio práctico y participativo que arrojó los siguientes resultados:

MUJERES DADORAS DE VIDA		
Objetivo: Fortalecer las formas de cuidado para que la gestante, la familia y la comunidad garanticen acciones efectivas y necesarias para cosechar buenas semillas.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Promover el dialogo en el entorno familiar y comunitario sobre temas de sexualidad, y derechos reproductivos	Realizar procesos de formación comunitarios mediante encuentros intergeneracionales para el abordaje de la sexualidad en el entorno familiar y comunitario desde un enfoque etno cultural	La comunidad indígena contribuye con el buen vivir en el momento de la luna, A 'THE' JEÇSA; a través de la revitalización de la ritualidad, las prácticas y normas culturales que permitan la pervivencia del pueblo Nasa

MUJERES DADORAS DE VIDA		
Objetivo: Fortalecer las formas de cuidado para que la gestante, la familia y la comunidad garanticen acciones efectivas y necesarias para cosechar buenas semillas.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Resignificación de la mujer en la comunidad indígena y revitalización de prácticas culturales durante la gestación	Realizar estrategias de información que promuevan la importancia de las prácticas culturales y la resignificación del Ser Nasa	La comunidad indígena resignifica la importancia de la mujer en la comunidad indígena y contribuye a la resignificación del ser Nasa
Revitalizar la sabiduría ancestral como esencia indispensable para la promoción de la armonía en familia	Generar espacios comunitarios liderado por parteras y sabedores ancestrales para la promoción del cuidado y la armonía en pareja desde lo propio	Se fortalecen los vínculos familiares en la comunidad indígena y se consolida la vida en pareja
Promover el cuidado intercultural de la salud durante la gestación en la comunidad indígena	Fortalecer una red comunitaria liderada por parteras y sabedores ancestrales para la promoción de la salud durante la gestación, incluyendo familia, comunidad y territorio, desde los procesos propios e interculturales	La comunidad indígena promueve el cuidado de la salud propia durante la gestación y el puerperio

Fuente: elaboración propia

DESPERTAR DE LA SEMILLA		
Objetivo: Brindar acompañamiento a los niños para la garantía del camino espiritual, cognitivo, físico y social en concordancia con las leyes de la naturaleza.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Fortalecer la comunicación asertiva en la familia y la comunidad	Promover la recuperación y fortalecimiento de factores protectores (pautas de crianza, cuidado y educación familiar) mediante el fomento de actividades colectivas (artísticas, lúdicas y deportivas)	En la comunidad indígena se fortalece la comunicación asertiva entre padre e hijos y demás subsistemas familiares



DESPERTAR DE LA SEMILLA		
Objetivo: Brindar acompañamiento a los niños para la garantía del camino espiritual, cognitivo, físico y social en concordancia con las leyes de la naturaleza.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Promover el desarrollo integral de niños en articulación entre médicos tradicionales y la familia	Fortalecer las capacidades de la comunidad en prácticas claves de la estrategia AIEPI con enfoque étnico y cultural	La comunidad indígena se promueve el desarrollo integral de los niños
Promover el cuidado intercultural de la salud en instituciones educativas mediante la implementación de estilos de vida saludable	<p>Implementar la estrategia Entorno Educativo Saludable, en coordinación con el tejido de educación en las instituciones educativas (Benjamín Dindicue, Sat we'sx yat y Juan Tama).</p> <p>La estrategia pretende la realización de un diagnóstico sobre las condiciones del entorno escolar para la promoción de estilos y modos de vida saludable</p> <p>Este diagnóstico debe abordar aspectos sobre:</p> <p>Oferta de alimentos a través de la tienda escolar, seguridad, convivencia, espacios verdes, deportivos y recreativos, acceso a agua potable, infraestructura sanitaria</p>	El cuidado intercultural de la salud se promueve desde temprana edad en las instituciones educativas

Fuente: elaboración propia

SEMILLAS DE IDENTIDAD - ADULTO JOVEN		
Objetivo: Los jóvenes fortalecen su sentido de pertenencia e identidad cultural y desarrollan estrategias de resiliencia.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Fortalecer y recuperar las habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva de	Realizar una estrategia de formación y acompañamiento psicosocial para la promoción de la salud, prevención del consumo de SPA y la ideación suicida en el entorno familiar, educativo y comunitario que	La comunidad indígena reconoce las implicaciones negativas del consumo de SPA en el tejido social y comunitario

SEMILLAS DE IDENTIDAD - ADULTO JOVEN		
Objetivo: Los jóvenes fortalecen su sentido de pertenencia e identidad cultural y desarrollan estrategias de resiliencia.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
comunidades indígenas	fortalezca los valores y principios del Ser Nasa	
Promover la armonía espiritual y del pensamiento como factores protectores para el buen vivir	Conformar redes comunitarias de niños, niñas y jóvenes para el fortalecimiento del liderazgo, apropiación cultural, promoción de la salud y riesgos psicosociales que afectan la salud mental de la comunidad	La comunidad indígena promueve y recupera las pautas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la salud propia en la comunidad indígena
Fortalecer las formas propias de cuidado de la salud espiritual y colectiva	Fomentar actividades colectivas de educación en salud para la recuperación de prácticas culturales propias como factor protector de la armonía espiritual y de pensamiento colectiva	Recuperación de armonías espirituales y resignificación de las prácticas culturales

Fuente: elaboración propia

HUELLAS DE SABIDURIA		
Objetivo 1: Contribuir a la reconstrucción del tejido ambiental y cultural, en donde los The Wala, médicos tradicionales y los mayores orientan, el qué sembrar, el cómo sembrar y cuánto sembrar, como ejercicios de autonomía. Objetivo 2: Revitalizar y fortalecer el conocimiento tradicional sobre sistemas agrícolas indígenas para la promoción de la soberanía y seguridad alimentaria.		
FINES	MEDIOS	Situación futura
Fortalecer la actividad ritual protectora de la salud propia mediante la promoción de la medicina tradicional y la transmisión de saberes ancestrales, resaltando el papel del adulto mayor y médico tradicional dentro de la comunidad	Realizar encuentros para la promoción de diálogos de saberes con el acompañamiento de los sabedores ancestrales haciendo énfasis en el uso, manejo y transformación de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades transmisibles (tuberculosis, infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda) que de como resultado una Ruta de Atención Intercultural para la prevención y cuidado de enfermedades transmisibles	La comunidad indígena revitaliza la importancia de los médicos ancestrales, la siembra y uso de plantas medicinales con fines terapéuticos



<p>Promover el cuidado intercultural de la salud articulando prácticas propias del SISPI y el MAITE</p>	<p>Implementar una estrategia de educación que promueva hábitos saludables desde lo cultural y lo occidental , haciendo énfasis en el reconocimiento y uso de la medicina ancestral propia como un factor protector frente a las desarmonías del cuerpo</p>	<p>En la comunidad indígena se promueven estilos de vida saludables</p>
<p>Construcción e implementación de una estrategia de información que promueva el kwesx Tul en la comunidad Nasa, como una estrategia para la autonomía alimentaria y el cuidado de la salud de las comunidades indígenas</p>	<p>Realizar encuentros de formación dirigido a las familias y comunidades indígenas priorizadas de los territorios, abordando las temáticas de: importancia , diversidad y propiedades del Tul, producción y el consumo de alimentos sanos provenientes de huertas caseras (incluye el suministro de semillas), enfatizando en la esencia de la tierra como fuente de vida y de seguridad; y por otro lado el tul, como un espacio en el cual se da origen a la vida por medio de la siembra de semillas y cosecha de alimentos para el sostenimiento de la familia</p>	<p>La comunidad indígena recupera por un lado el sentido de la tierra como esencia de la vida y fuente de seguridad, y por otra parte la resignificación de la huerta casera (tul) como un espacio en el cual se da origen a la vida por medio de siembra de semillas y cosecha de alimentos para el sostenimiento de cada familia</p>
<p>Revitalizar y fortalecer el conocimiento tradicional sobre sistemas agrícolas indígenas, con especial énfasis en la protección, conservación y reproducción de semillas propias</p>	<p>Realizar talleres participativos de preparación, combinación y transformación de alimentos, que dé como resultado una estrategia de información con enfoque etno cultural, que permita fortalecer el aprovechamiento y consumo de alimentos propios de la región</p>	<p>La comunidad indígena recupera sus prácticas ancestrales y resignifica el rol del tul como parte esencial del buen vivir</p>

Fuente: elaboración propia



CONCLUSIONES

Durante la formulación del componente de salud indígena en Santander de Quilichao, se realizó un análisis a partir de las herramientas disponibles en la planificación sanitaria en salud pública y la metodología de construcción de proyectos, donde se procuró integrar los elementos disponibles y reconocidos por la comunidad Nasa para la planificación como lo son: el Plan de Vida y el Componente de Cuidado Intercultural de la Salud de la IPSI - ACIN.

Para el análisis del perfil epidemiológico de la comunidad indígena de Santander de Quilichao, se utilizó la metodología propuesta por el MSPS. Se analizó información correspondiente al periodo 2009 – 2019. Las estadísticas de morbilidad atendida reflejan desde la primera infancia (0 – 5 años) una alta incidencia de enfermedades no transmisibles, seguidas de las enfermedades transmisibles y nutricionales, y en tercer lugar las condiciones mal clasificadas. Durante la adolescencia las enfermedades no transmisibles se mantienen en primer lugar, pero esta vez seguidas de las condiciones mal clasificadas, y en tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales.

En relación con el análisis de mortalidad, se compararon las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de la población general reportados en los ASIS del municipio durante el periodo 2008 – 2019. Con la información reportada en población indígena, se lograron identificar similitudes en los grupos analizados, la principal causa de mortalidad corresponde a muertes por causa externa, seguido de enfermedades del sistema circulatorio y en tercer lugar se ubican las demás causas.

En relación al sexo de la población indígena, se encontró que en los hombres las principales causas de mortalidad son las causas externas. Para las mujeres, las principales causas son las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias. Los cuales son fenómenos atribuibles a la migración del campo a la ciudad (60), aumento en el grado de aculturación (61), cambio en los patrones de alimentación y labores productivas más sedentarias (62).

Las condiciones sociopolíticas que enfrentan las comunidades étnicas intensifican la situación territorial de las comunidades indígenas. La principal limitación que enfrenta la implementación de un Sistema Indígena de Salud Propio es el bajo cumplimiento de los acuerdos políticos con el gobierno nacional, especialmente el relacionado con las tierras. La comunidad señala la necesidad de la soberanía sobre el territorio, no como un espacio físico para la siembra, sino como un espacio de vida, de cuidado, de fortalecimiento de identidad y de cultura, lo anterior de lado de la espiritualidad, son la base fundamental para la promoción del buen vivir.

En respuesta a la difícil situación de salud de las poblaciones étnicas en el país, las comunidades indígenas han construido modelos de cuidado de la salud adecuados a las necesidades de cada ciclo vital, los cuales han tratado de ser impulsados desde la institucionalidad haciendo uso del denominado enfoque intercultural. Este enfoque pretende dinamizar procesos de reconocimiento, interacción y



complementariedad entre diferentes sistemas culturales. Sin embargo, el proceso formativo del personal de salud no hace énfasis en el desarrollo de herramientas que permitan al personal de salud generar conocimientos y habilidades que faciliten el tránsito del modelo biomédico hacia la comprensión del modelo de salud indígena.

Además, el bajo reconocimiento de los conocimientos y prácticas de las comunidades indígenas por parte del personal de salud, sumado a la pérdida de tradiciones indígenas por ausencia de relevo intergeneracional, aumentan la barrera sociocultural que limita aún más el pleno cumplimiento de la aceptabilidad, la calidad, y accesibilidad; elementos esenciales del derecho a la salud. Es por ello, que los entes territoriales que tengan bajo su responsabilidad garantizar la integridad de poblaciones étnicas, deberían integrar en las intervenciones en salud pública modelos de cuidado de salud intercultural, cuando se disponga de ellos, y de lo contrario contribuir con su elaboración.

La Resolución 0050 de 2021, por la cual se adopta el capítulo indígena para los pueblos y comunidades indígenas en el PDSP 2012 - 2021, establece que las entidades territoriales deberán propiciar espacios de participación, para la inclusión de acciones propias e interculturales (63), pero no enfatiza que el camino para recuperar, mantener y mejorar la vida de los pueblos indígenas, implica en primera línea reconocer el derecho a la salud como un derecho fundamental, y que para alcanzarlo se requiere la inclusión de la interculturalidad como un componente constitucional y la formación integral de personal de salud capaz de respetar, aceptar y comprender las prácticas de la medicina tradicional en el contexto de las comunidades étnicas y su dinámica de vida. Aun faltan evidencias tanto normativas como prácticas que permitan la incorporación del enfoque intercultural en las prácticas de atención. (64)

Los resultados de este trabajo de investigación constituyen un insumo para promover la implementación de modelos de atención en salud acordes con las particularidades de las comunidades indígenas: visibilizar el significado y los beneficios de la etnomedicina; fomentar el desarrollo de conocimientos en torno a la medicina tradicional y promover la inclusión del componente de la interculturalidad en los servicios de salud. Por ello, se considera válido enfatizar en la importancia de la investigación cualitativa en el abordaje de este tipo de poblaciones, como elemento facilitador que permite una visión más cerca a la realidad social desde una perspectiva de sujeto, con sus determinaciones socio – históricas, con sus particularidades culturales, maneras de vivir y de pensar.

Este trabajo permitió conocer algunos aspectos culturales de la comunidad indígena Nasa que potencian la interculturalidad en salud, los cuales se podrían constituir en un componente esencial para la garantía del éxito en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los territorios indígenas.

La participación en salud ha sido un proceso dinámico a lo largo del tiempo, surgió en la década de los setenta como respuesta a las limitaciones de los sistemas de



salud y fue en 1978 durante la declaración de Alma Ata, donde se constituyó en el pilar fundamental de la APS. Posteriormente en 1986 se establece en la carta de Ottawa que la promoción de la salud implica la participación efectiva y concreta de la comunidad en la planificación sanitaria. En Colombia, desde 1991, se convirtió el proceso de planeación en el eje central de las políticas nacionales, con una característica fundamental, se volvió participativa.

A pesar de dichos esfuerzos, el sector salud no ha logrado trascender su institucionalización, y aunque existe suficiente sustento jurídico y normativo nacional e internacional que establece la importancia del enfoque intercultural y el derecho de las comunidades étnicas a ser parte de todas las etapas del proceso de planificación sanitaria, integrar estos elementos requiere de tiempo, voluntad política y un grupo comprometido. Además de una serie de circunstancias entre las que se mencionan el cabildeo, el liderazgo, y la conformación de equipos interdisciplinarios, que por su dificultad y escasez en territorios rurales y dispersos, no se logran implementar.

Si bien, la interculturalidad tiene lugar en un plano de reciprocidad, voluntad y horizontalidad, también debe responder a una necesidad global de incorporar el derecho a la diferencia, que propicie la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio (65). El proceso salud – enfermedad se desarrolla de manera particular en cada cultura, de ahí que todas las culturas han desarrollado modelos epidemiológicos a partir los cuales sea posible entender el proceso salud – enfermedad.

En las comunidades indígenas del norte del Cauca la salud es entendida como el Buen Vivir (Wet Wet Fxizenxi), y se refiere a un estado de equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la naturaleza, en donde existe una interdependencia entre todos los elementos del universo. En este contexto la salud se pierde o se deteriora cuando existe transgresión a las normas culturales. Comprender entonces, el impacto que genera el desequilibrio entre factores protectores y transgresores en un contexto intercultural, requiere una mirada epidemiológica distinta, con una teoría de la causalidad más holística e integral, integrando el reconocimiento de la historia de los pueblos, juntos con sus determinantes socioculturales.

También es necesario incluir el valioso cúmulo de prácticas y conocimientos milenarios de la comunidad indígena alrededor del cuerpo humano, las interacciones sociales, la convivencia con la naturaleza y la relación armónica con seres espirituales, no solo complementarían las acciones en salud, sino también, garantizaría que las intervenciones en materia de salud pública respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de la comunidad indígena Nasa.

La interculturalidad en salud se presenta como un reto dirigido a la transformación de las formas históricas de imposición de conocimientos, de tal manera que las relaciones jerárquicas sean reemplazadas por otras de tipo horizontal, simultáneamente a medida que se consolida la interculturalidad como un proyecto (66). En este sentido, la etnoeducación es importante para las comunidades



indígenas ya que permite resignificar y fortalecer sus raíces, ser protagonistas de su desarrollo y buscar a través de su cosmovisión y prácticas culturales. Por ende, es la mejor forma de garantizar la pervivencia en el territorio.

La época actual está caracterizada por un conjunto de brechas estructurales y un sin número de demandas insatisfechas, las cuales representan un desafío central para los tomadores de decisión; la búsqueda de la igualdad y la construcción de un país más justo requiere de políticas inclusivas y adaptadas a las necesidades territoriales, con mayor razón en espacios políticos y administrativos donde interactúan una variedad de culturas, a las cuales se debe corresponder de manera diferencial. Aportar al logro de este cometido requiere el reconocimiento de la participación social como un componente integral de la formulación de políticas públicas.

DISCUSIÓN

Incidir en la salud de una comunidad mediante políticas públicas requiere en primera línea reconocer la salud como una construcción social, la cual es resultado de las circunstancias en que viven las personas y las políticas públicas que promueve el Estado. (Anderson, J) señala las políticas públicas como el resultado de una secuencia lógica a la que se da inicio con la identificación de un problema público, seguido de su inclusión en la agenda pública, su implementación y su evaluación (15). (Zurbriggen) y (Ordoñez – Matamoros) (17), (67), refieren que las políticas públicas no son el resultado de cálculos racionales de los agentes públicos, sino más bien la respuesta a las demandas sociales, y se requiere de un escenario ontológico y epistemológico que permita trascender paradigmas tecnocráticos positivistas

De tal modo, el ejercicio participativo de planificación sanitaria presentado en este trabajo de investigación, tuvo en cuenta el reconocimiento de necesidades en salud por parte de la comunidad beneficiaria de la planificación. El proceso de formulación de políticas públicas no puede reducirse a un proceso empírico metodológico que simplifica el dinamismo del proceso salud – enfermedad; como lo refiere en el 2003, (Estévez, et al) (16), en el cual enfatiza en la posibilidad de simplificar la realidad a fin de poder analizarla.

Los enfoques constructivistas se centran en las interacciones entre actores que estructuran y moldean procesos de decisión, y juegan un papel fundamental en la construcción de políticas, programas o proyectos dirigidos a las comunidades étnicas, ya que les permite ser protagonistas de su desarrollo, lo que según (Coraggio) (38), se potencia si hay presencia de transparencia y participación en la toma de decisiones

(Lee) (18), plantea que los modelos existentes bajo este enfoque tienen en común dar importancia a los valores y representaciones que se tienen de los fenómenos en el proceso de formulación de políticas públicas. Lo anterior se relaciona con lo planteado por (Bashhur)(21), en cuanto a que la identificación de las necesidades



en salud, pueden ayudar a los hacedores de políticas públicas a definir prioridades de acción y delimitar las áreas donde es necesaria la inversión de recursos. De esta manera, los resultados de la presente investigación podrán potencializar la interculturalidad en salud, como un componente fundamental para la garantía del derecho a la salud en comunidades étnicas.

(Piedrola; Gil) (48) refiere que el proceso de planificación esta dirigido a la preparación de un futuro deseable y tiene un carácter dinámico, que se adapta a situaciones cambiantes. En contraposición al fin común de las políticas públicas (Wilches – Chaux) (55), señalan que en las comunidades indígenas el punto de partida no es el futuro deseado, ni la resolución de necesidades, el punto de partida es el deber ser de la vida, el cual se establece en la Ley de origen, conocida por lo mayores, y que le han guardado por tradición oral, de generación en generación. Lo que invita a los ejecutantes y realizadores de políticas públicas a reflexionar sobre la importancia de la cosmovisión de los pueblos ancestrales y el papel que estos desempeñan en la construcción de un presente deseado.

La interculturalidad en salud requiere el desarrollo de procesos y la propiciación de espacios donde las comunidades étnicas y los integrantes del sistema de salud expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal, respetando los conocimientos y particularidades del otro, generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambos sistemas. Según el Departamento Nacional de Planeación (34), la implementación del enfoque étnico intercultural consiste en realizar los procesos de planificación teniendo en cuenta la identidad étnica, la participación y la consulta de sus autoridades .

(Narváez)(41), plantea que las acciones definidas solo desde la medicina occidental podrían representar un obstáculo para el acceso, la oportunidad y la capacidad de autogestión de los grupos étnicos. Por ello, se requiere el desarrollo de un proceso que dé lugar a la complementariedad como lo plantea (RIBES) (42), que indica que si bien la medicina tradicional no se derive del método científico, no lo hace erróneo, ya que en la cultura en la que se practica, la ciencia no es el modelo de conocimiento predominante y se debe considerar que la ciencia es un modo social de conocimiento.

RECOMENDACIONES

Previo al proceso de planificación sanitaria en el marco institucional y comunitario, se sugiere realizarse un proceso de caracterización de los determinantes socioeconómicos, políticos y culturales que influyen en el proceso salud – enfermedad en las comunidades étnicas. Este proceso debe ir acompañado de un diagnóstico de necesidades como punto de partida. Para esto debe tenerse en cuenta toda la información disponible en el saber popular comunitario y la academia.

La participación de la comunidad incide de forma positiva en el desarrollo local, por ende, se considera necesaria la inclusión de las comunidades indígenas en los procesos de planificación, no solo para contribuir a fortalecer la capacidad



organizativa de los territorios, sino también para la consolidación de procesos que posicionen sus conocimientos y principios en el centro de su desarrollo, y de esta manera se realice un aporte constructivo de alternativas de solución.

Las comunidades indígenas, son pueblos originarios que han sido históricamente vulnerados y que resisten desde sus formas de vida, cosmovisiones y autodeterminación. Los territorios indígenas salvaguardan conocimientos y prácticas culturales milenarias que en tiempos de “modernidad” aportan una visión holística y sostenible de la vida y los territorios.

Para la construcción de políticas, programas o intervenciones en salud pública se hace necesario comprender el contexto histórico de las comunidades indígenas desde una perspectiva social y etnocultural, solo esta comprensión contribuirá a encontrar los caminos para atender sus necesidades. Por ende, este enfoque deben aplicarlos los formuladores de políticas públicas, los cuales deben asumir el reto que implica el enfoque intercultural, no solo por la convergencia de dos sistemas de conocimiento que se fundamentan en distintos marcos epistemológicos, sino por la necesidad de una metodología de trabajo que entrelace dos técnicas: la de conocer y la de actuar. De esta manera se logrará atender a las demandas derivadas del derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención acorde a sus particularidades culturales.

Los profesionales de la salud que se desempeñen en comunidades indígenas, deben reconocer la necesidad de adquirir herramientas conceptuales y metodológicas que les permitan desarrollar estrategias para transitar de su modelo biomédico hacia la comprensión del modelo de salud indígena. Esto no implica abandonar sus saberes, por el contrario, se pretende complementar sus conocimientos.

Al sector académico e institucional se le sugiere la inclusión temprana del componente comunitario e intercultural, no solo con el objetivo de brindar una atención con sensibilidad intercultural en la prestación de servicios, sino también con el fin de comprender los procesos etiológicos y terapéuticos que se implementan las comunidades indígenas alrededor del proceso salud – enfermedad, y de esta manera fomentar la reciprocidad y complementariedad de dos sistemas, con un único fin del bienestar de la comunidad.

Para la implementación del enfoque intercultural se sugiere a los entes territoriales y a las instituciones pertenecientes al SGGSS promover la figura del facilitador comunitario, como el nexo entre el equipo de salud y las comunidades étnicas. Esta figura permitirá que se fomente el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones basado en el dialogo, la comunicación y el aprendizaje constante.

Como ultimo elemento, se sugiere para fomentar el bienestar y la preservación de las comunidades indígenas y sus saberes ancestrales, a partir de la promoción de diálogos de saberes intergeneracionales e interétnicos para la transmisión, conservación y resignificación de las prácticas culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud Santander de Quilichao. Análisis de la Situación de Salud desde el modelo de los determinantes sociales, Santander de Quilichao 2018 [Internet]. 2018. Available from: www.santanderdequilichao-cauca.gov.co
2. Ministerio de Justicia y del Derecho. Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao [Internet] 2016. Available from: <https://www.acciontecnicasocial.com/wp-content/uploads/2017/11/PDF-3.pdf>
3. ICESI U. 10 Años de la Ley Páez, Transformación de la economía caucana. Alonso JCLAM, editor. 2008.
4. OMS. Determinantes e inequidades en salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2012;15. Available from: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. 2019.
6. Velázquez NI, Masud JL y Ávila RR. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2004; 61(1):73-86. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462004000100010&lng=es&tlng=es.%0D%0A%0D%0A
7. INML y CF. Forensis 2018, Datos para la vida. Inst Nac Med Leg y Ciencias Forenses. 2018;(1):430.
8. Abadía C. Evaluación rápida de la situación de consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. Bogotá [Internet]. 2009;50. Available from: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/tesis-apoyadas-odc/CO031052009-evaluacion-rapida-situacion-consumo-heroina-municipio-santander-quilichao-cauca.pdf>
9. Ríos LE, Álvarez AJ, Escobar JP, Corrales DA. Situación de salud de las comunidades indígenas nasas, Santander de Quilichao, Cauca,. Rev Fac Nac Salud Pública. 2002;20(2):0.
10. Ministerio de Salud. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Plan decenal salud pública. 2012;63.
11. Soto JJ. Diseño de evaluación del programa de atención intercultural dirigido a la población infantil indígena del norte del Cauca, implementado en el marco del modelo de cuidado en salud propio intercultural. 2018;53(9):48.
12. Chávez O, Carpio CA. Recognizing the Indigenous Healthcare System. Implications of Government Healthcare Coverage in Mexico. Rev Latinoam Bioética [Internet]. 2018;18(2):195–209. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022018000200195&lng=en&nrm=iso&tlng=
13. CNDH. De los pueblos indígenas Servicios y atención en las clínicas de las comunidades. 2016;24.
14. Ordoñez G. Manual de Análisis y diseño de políticas públicas. 1a Edición.



2015. 321 p.
15. Anderson J. Public Policymaking: An Introduction. Boston : Houghton Mifflin 2003, editor. Boston; 2003. 322 p.
 16. Estévez AM, Esper SC. Revisitando el modelo secuencial de políticas públicas: sus etapas. IR/ Rev del Inst la AFIP [Internet]. 2009;05:72–90. Available from: https://www.dropbox.com/s/3wmy9u7w9cr4dzz/Estevez_Esper_2005_p72_90.pdf?dl=0
 17. Zurbriggen c. el institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. Rev cienc polít [online]. 2006;26(1):67–83.
 18. Lee MIG. El marco de las coaliciones de causa-Advocacy Coalition Framework. Rev Opera. 2012;(12):11–30.
 19. Cruz CN. Convergencias y disparidades en las teorías sobre el cambio de las políticas públicas: una revisión preliminar y una propuesta de integración tipológica. Adm y Desarro. 2011;39(54):99.
 20. Aguilar LF. El estudio de las políticas públicas [Internet]. El estudio de las políticas públicas, 2000, ISBN 968-842-960-0, págs. 105-118. 1992. p. 281. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=614512>
 21. Bashshur R. Sobre la evaluación de las necesidades de salud. Salud Publica Mex. 1987;29(4):288–92.
 22. Martínez F, Londoño J. El pensamiento sistémico como herramienta metodológica para la resolución de problemas. Soluciones postgrado EIA [Internet]. 2012;4(8):43–65. Available from: <https://revistas.eia.edu.co/index.php/SDP/article/view/354>
 23. Pacheco JF, Prieto A, Ortegón E. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas [Internet]. Vol. 41, Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly. 2012. 13–28 p. Available from: http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/1093/8/images/Modulo-5_metodologia-del-marco-logico.pdf%0AGracias por su interés en esta publicación de la CEPAL%0APublicaciones de la CEPAL%0AInformes Anuales Páginas Selectas%0ARevista CEPAL%0AOBS
 24. De Sebastián L. Análisis de los involucrados. Banco Interam Desarro [Internet]. 1999; Available from: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/1165/Análisis de los involucrados.pdf?sequence=1>
 25. Dunn WN. Public Policy Analysis (5th Edition). 2004;
 26. Calle LA. Metodologías para hacer la revisión de literatura de una investigación. Univ Católica Santiago Guayaquil. 2016;(April):7.
 27. Patton CV, Sawicki DS, Clark JJ. Basic Methods of Policy Third Edition. 2016. 464 p.
 28. Timarán JD. Implementación del modelo bottom up en la política pública de asentamientos informales en Neiva. Rev Ciudad Estados y Política. 2019;6(1):17–31.
 29. Merino M. Fundamentos de evaluación de políticas públicas. Fundamentos de evaluación de políticas públicas [Internet]. 2010;120. Available from:



- http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos_de_evaluacion.pdf
30. Rosales MM. Proceso evaluativo: evaluación sumativa, evaluación formativa y Assesment su impacto en la educación actual. Congr Iberoam Ciencia, Tecnol Innovación y Educ [Internet]. 2014;1–13. Available from: <http://www.oei.es/congreso2014/memoriactei/662.pdf>
 31. Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión [Internet]. 2018. Available from: www.funcionpublica.gov.co
 32. Higuera J. Externalidades versus hombre económico y social. Derecho y Real. 2013;22:225–31.
 33. Departamento Nacional de Planeación. Recomendaciones para la proyección y estimación de los recursos del Sistema General De Participaciones (SGP). 2018;23. Available from: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones_y_finanzas_publicas/Documentos_GFT/Distribuciones_SGP/Recomendaciones_proyecciones_SGP.PDF
 34. Departamento Nacional de Planeación. guía metodológica para la formulación de indicadores [internet]. 2009. available from: www.dnp.gov.co
 35. Restrepo O, Romero RV. Participación social y comunitaria en atención Primaria de salud. Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá [Internet]. 2009;8(16):153–64. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a09.pdf>
 36. World Health Organization. Políticas públicas para la salud pública. 2008.
 37. Organización Panamericana de la Salud. La Políticas Públicas y los sistemas y servicios de salud. Salud en las Am 2007 [Internet]. 2007;314–405. Available from: https://www.paho.org/hia2007/archivosvol1/volregionalesp/SEA07_Regional_SPA_Cap_4.pdf
 38. Coraggio JL. Las políticas publicas participativas: ¿Obstáculo o requisito para el desarrollo local? Semin Nac “Fortaleciendo la relación Estado-Sociedad Civ para el Desarro Local.” 2003;1–11.
 39. Cuervo JI. “Las políticas públicas y el marco normativo”, Política Pública hoy. 1a Edición. 2010. 5–8 p.
 40. Ministerio de Salud y Proteccion social. Lineamientos de incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en Colombia. 2017;39. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-indigenas.pdf>
 41. Nayip Hasen Narváez F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena interculturalidad in health: competence in health practices with indigenous population. cienc y enferm xviii. 2012;(3):17–24.
 42. Ribes E. La práctica de la investigación científica y la noción del juego del lenguaje. Vol. 1, Acta Comportamentalia. 1993.
 43. León RE. El enfoque diferencial étnico para personas, colectivos, comunidades y pueblos negros afrocolombianos raizales y palenqueros. Reflexiones para la práctica. Trab Soc. 2020;22(1):33–63.
 44. Ministerio del Interior. Decreto 1953 de 2014. 1953 Colombia; 2014.



45. Asamblea General de las Naciones Unidas. La Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas. Anu Derechos Humanos. 2008;0(4).
46. Consejo Regional Indígena del Cauca. Programa de Salud. 2020.
47. Caicedo C, Gómez A. Planeación en el sector de salud: divulgando conceptos esenciales. Monit estratégico. 2015;(7).
48. Piédrola G. medicina preventiva y salud pública [Internet]. 12th ed. Joaquín Fernández-Crehuet Navajas, Juan Jesús Gestal Otero, Miguel Delgado Rodríguez, Francisco Bolívar Montrull RHC and LSM, editor. 2016. 1184 p. Available from: <https://tienda.elsevier.es/piedrola-gil-medicina-preventiva-y-salud-publica-9788445826058.html>
49. Pineault R. La Planificación Sanitaria Conceptos, Métodos, Estrategias. Barcelona: Masson; 1987, editor. 1987.
50. Peralta JA. Aspectos sociales de la Planificación de Salud en Cuba. Rev Inf científica para la Dir en Salud INFODIR. 2012;0(15).
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2013.
52. Congreso de la República de Colombia. La Ley 1122 del 2007. 2007 p. 5–6.
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Lineamientos conceptuales [Internet]. Lineamientos Conceptuales. 2014. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Estrategia PASE a la equidad en salud - Guia Conceptual.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/Estrategia%20PASE%20a%20la%20equidad%20en%20salud%20-%20Guia%20Conceptual.pdf).
54. Territorio Indígena y Gobernanza. Los Planes de Vida [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 8]. Available from: <http://territorioindigenaygobernanza.com/web/los-planes-de-vida/>
55. Wilches-Chaux G. proyecto nasa: la construcción del plan de vida de un pueblo que sueña. 1ra ed. MUTIS S, editor. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2005.
56. Cardona JA. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. Rev Salud Publica. 2012;14(4):630–43.
57. ACIN. Cuidado De Salud - SISPI Asociación De Cabildos Indígenas Del Norte Del Cauca - CXHAB WALA KIWE. 2018.
58. MacInnes J, Díaz JP. La tercera revolución de la modernidad; la revolución reproductiva. Rev Esp Investig Sociol. 2008;(122):89–118.
59. López M. Tuberculosis. Colombia 2017. 2017;26.
60. Fundación Cavendes (Caracas V, Fundación Bengoa (Caracas V. Anales venezolanos de nutrición. [Internet]. Vol. 16, Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Bengoa; 2003 [cited 2021 May 29]. 97–104 p. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522003000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
61. Clave P. Identidad Cultural O Aculturación: El Dilema De Una Escuela Indígena Ubicada. 2013;1–10.
62. Muñoz DI, Arango-Alzate CM, Segura-Cardona ÁM. Entornos y actividad física en enfermedades crónicas: Más allá de factores asociados. Univ y Salud. 2018;20(2):183.



63. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 050 de 2021 [Internet]. 2021. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 050 de 2021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%20050%20de%202021.pdf)
64. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Resolución 3280 [Internet]. 2018;1–348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital I/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/I/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
65. Salaverry O. Interculturalidad en salud. La nueva frontera de la medicina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2010;27(1):1–3.
66. Rojas A. Interculturalidad y educación para grupos étnicos en Colombia. Rev Colomb Antropol [Internet]. 2011;47(2):173–98. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v47n2/v47n2a08.pdf>
67. Ordonez G. Manual de Análisis y Diseño de Políticas Públicas. 2015;(September).



Anexos

Se anexan los siguientes documentos en formato PDF.

- Anexo 1: Marco Normativo
- Anexo 2: Invitación a autoridades indígenas y tejidos de salud
- Anexo 3: Autorización de autoridad indígena para la sistematización
- Anexo 4: Matriz de involucrados
- Anexo 5: Plan de Implementación del componente intercultural de salud indígena
- Anexo 6: Acta de validación con la comunidad