

Ruralidad y Salud.....  
Un Diálogo Intercultural para el  
Bienestar de la comunidad



---

**Ruralidad y Salud.....**  
**Un Diálogo Intercultural para el Bienestar de la comunidad**

© Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

© Lina Marecel Rivas Tafurt

Cali, Universidad Icesi, 2023

Edición electrónica

ISBN

DOI

Palabras clave: 1. Ruralidad | 2. Salud | 3. Seguridad Alimentaria | 4. Saberes ancestrales

Primera edición / Septiembre de 2023

© Universidad Icesi

Rector: Esteban Piedrahita Uribe

Director académico: José Hernando Bahamón Lozano

Coordinador editorial: Adolfo A. Abadía

Editorial Universidad Icesi

Calle 18 No. 122-135 (Pance), Cali – Colombia

Teléfono: +57(2) 555 2334 ext. 8365

E-mail: [editorial@icesi.edu.co](mailto:editorial@icesi.edu.co)

© Universidad Libre

Edición: Marta Cecilia Jaramillo-Mejía

Publicado en Colombia – Published in Colombia

Las instituciones editoras de esta obra no se hacen responsables de las ideas expuestas bajo su nombre, las ideas publicadas, los modelos teóricos expuestos o los nombres aludidos por las autoras. El contenido publicado es responsabilidad exclusiva de las autoras, no refleja la opinión de las directivas, el pensamiento institucional de los co-editores, ni genera responsabilidad frente a terceros en caso de omisiones o errores. El material de esta publicación puede ser reproducido sin autorización, siempre y cuando se cite el título, el autor y la fuente institucional.

---

**Ruralidad y Salud.....**

**Un Diálogo Intercultural para el  
Bienestar de la comunidad**

**Editores:**

**Marta Cecilia Jaramillo-Mejía**  
investigadora principal

**Lina Marcela Rivas T,**  
Asistente de Investigación

**PROYECTO CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A  
LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS  
INTERCULTURALES DEL CAUCA**

Minciencias -Universidad Icesi – Universidad Libre de Cali

Septiembre de 2023



---

limpia

---

## INDICE

### **Tabla de contenido**

PRESENTACIÓN	9
CAPÍTULO 1	13
CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA	13
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
OBJETIVOS	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
CAPÍTULO 2	37
CARACTERÍSTICAS DE LA RURALIDAD	37
INTRODUCCIÓN	37
ANÁLISIS DE DATOS	39
LA POBLACIÓN DEL TERRITORIO RURAL EN EL CAUCA	41
LAS NECESIDADES DE SALUD DESDE LOS TERRITORIOS	48
CONCEPTO DE SALUD	49

---

RECURSOS PARA LA SALUD	50
LOS RETOS O LA VISIÓN DE FUTURO	52
LECCIONES APRENDIDAS	53
LIMITANTES	54
ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LOGRAR EL ACCESO Y DERECHO A LA SALUD	55
BIBLIOGRAFÍA	56
CAPÍTULO 4	63
USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES	63
INTRODUCCIÓN	63
MARCO NORMATIVO	64
ANTECEDENTES DEL USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES DE LAS COMUNIDADES AFROCOLOMBIANAS DE LOS MUNICIPIOS:	69
METODOLOGÍA	72
RESULTADOS	73
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIÓN	93
REFERENCIAS	93
CAPÍTULO 4	103
SALUD DEL TERRITORIO	103
INTRODUCCIÓN	103
OBJETIVOS	104
METODOLOGÍA	105

---

RESULTADOS	109
CONCLUSIONES	6
CAPÍTULO 5	8
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD	8
INTRODUCCIÓN	8
MODELO COGNITIVO	10
MODELO DE INCENTIVOS	12
MODELO DEL VOLUNTARISMO CÍVICO, EQUIDAD Y JUSTICIA.	13
MODELO DE CAPITAL SOCIAL	14
CONCLUSIÓN.	16
BIBLIOGRAFÍA	16
CAPÍTULO 5	20
SEGURIDAD ALIMENTARIA	20
INTRODUCCIÓN	20
ANÁLISIS DEL CONTEXTO	22
ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA DESDE LOS SISTEMAS AGROALIMENTARIOS	31
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	38

---

---

---

# PRESENTACIÓN

---

---

---

PAGINA TÍTULO DEL CAPÍTULO

---

PAGINA EN BLANCO

---

# CAPÍTULO 1

## CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA

*Marta Cecilia Jaramillo-Mejía<sup>1</sup>,  
Helena María Cancelado Carretero<sup>2</sup>,  
Abelardo Jiménez Carvajal<sup>3</sup>,  
Naydú Acosta Ramírez<sup>4</sup>,  
Luz Elena Triana Vidal<sup>5</sup>*

## RESUMEN

Ante las complejas problemáticas socioeconómicas y de salud que se encuentran en el suroccidente de Colombia, el objetivo del proyecto es consolidar las capacidades

---

<sup>1</sup> Médica y cirujana, Universidad de Antioquia, Doctora en Medicina Clínica y Salud pública, Universidad de Granada - España, Docente e investigadora, Universidad Icesi, Cali, mcPara@Icesi.edu.co

<sup>2</sup>Ingeniera Industrial, Universidad Católica de Colombia, Magíster en Ingeniería Industrial, Universidad Icesi, Candidata a Doctora en Dirección de Empresas, Estrategia y Organización, Universitat de Valencia, Docente e investigadora, Universidad Icesi, Cali, hcancela@Icesi.edu.co

<sup>3</sup> Enfermero, Universidad del Valle, Magister en Estudios Políticos, Pontificia Universidad Javeriana, Investigador, Universidad Icesi, Cali, abelardo65@gmail.com

<sup>4</sup> Médica y cirujana, Universidad del Cauca, PhD Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Docente e investigadora, Universidad Libre, Cali, naydu.acosta@unilivre.edu.co

<sup>5</sup> Biología, Universidad del Cauca, Postdoctorado en Patología Molecular, Universidad de Brasil, Docente e investigadora, Docente e investigador, Universidad Libre, Cali, luz.trianav@unilivre.edu.co

---

territoriales en programas y servicios de salud priorizados, con participación social e interculturalidad para garantizar el derecho a la salud de la población del norte del Cauca y el litoral pacífico caucano. Para lograr el objetivo se propone un prototipo de modelo diferencial de APS, para municipios con alta ruralidad dispersa. La metodología incluye el diseño de intervención-evaluación, e implementación de una serie de actividades para el fortalecimiento de las capacidades territoriales en salud pública. Se utiliza un método mixto, que incluye un abordaje cuasiexperimental de comparación, y un estudio hermenéutico crítico. El grupo de tratamiento y el de comparación están constituidos por comunidades y administraciones territoriales de las subregiones del litoral pacífico y subregión norte del departamento del Cauca (7 municipios). Los resultados planteados son: propuesta de modelo diferencial de APS adaptado por territorio, diseño de procesos operativos del modelo diferencial de APS adaptado, prototipos comunitarios e institucionales para la innovación social en salud, curso en participación social e interculturalidad, monitoreo de procesos operativos para la implementación por municipio, sistematización de experiencias y lecciones aprendidas, y documento con lineamientos de política de participación social en salud. El protocolo que se presenta constituye una apuesta de innovación social desde la academia en cumplimiento de su misión y responsabilidad social.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria en Salud, Innovación social, Intercultural, Participación social, Acceso en salud.

## ABSTRACT

Given the complex socioeconomic and health problems found in the south-west of Colombia, the objective of the project is to consolidate territorial capacities in prioritized health programs and services, with social participation and interculturality to guarantee the right to comprehensive and humanized health in the North and Pacific Coast of Cauca. To achieve the objective, a prototype of a differential model of PHC is proposed for municipalities with high dispersed rurality. The methodology includes the design of

---

intervention-evaluation and implementation of a series of activities for the strengthening of territorial capacities in public health. A mixed method is used, which includes a quasi-experimental approach to comparison, and a critical hermeneutic study. The treatment group and the comparison group are made up of communities and territorial administrations from the Pacific coast subregions and the northern subregion of the department of Cauca (7 municipalities). The results proposed are proposal of differential PHC model adapted by territory, operational processes of the adapted PSA differential model, community and institutional prototypes for social innovation in health, a course in social participation and interculturality, monitoring of operational processes for the implementation by municipality, systematization of experiences and lessons learned, and document with policy guidelines for social participation in health. The protocol presented constitutes a commitment to social innovation from the academy in compliance with its mission and social responsibility.

**KEYWORDS:** *Primary Health Care, Social Innovation, Intercultural, Social Participation, Health Access, Health Rights.*

## INTRODUCCIÓN

El Departamento del Cauca, situado en el suroccidente del país, se caracteriza por una gran complejidad y diversidad socioeconómica y cultural. Acorde con datos del Plan de Desarrollo 2016-2019, un 60% de la población es rural; con una amplia riqueza multicultural, ya que cerca de un 44% de población se reconoce con pertenencia étnica, de los cuales 22% son indígenas y el restante se auto reconoce como negro, afrodescendiente, afrocolombiano o mulato. El Departamento del Cauca se subdivide en 7 subregiones, de las cuales en la subregión norte se encuentran 13 municipios y en la región pacífico 3 municipios. En estas dos subregiones se concentra cerca del 14% de la población afrodescendiente del Cauca, y se estima que en la zona pacífica estos constituyen el 95% de la población, mientras que, en las cordilleras se ubica predominantemente la población indígena. (Gobernación del Departamento del Cauca,

---

2016)

La variedad étnica implica una gran diversidad cultural, con creencias, prácticas y hábitos acorde a una cosmovisión particular, que desde la perspectiva del sector salud hay que tener en cuenta por su valor en capital social a la hora de diseñar modelos, planes e intervenciones, y esos saberes y sabedores ancestrales pueden constituirse en una ventaja o ayuda (por ejemplo aquellos relacionados con la partería para la atención materna); pero que si no se reconocen y valoran por el sistema de salud pueden tornarse en un obstáculo y representar una barrera cultural. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016)

En general el Departamento cuenta con una importante cobertura de malla vial, aunque con regular o mal estado en un alto porcentaje, principalmente vías secundarias y terciarias, como aquellas de la subregión Norte. Se destaca además, que el Pacífico no cuenta con carreteras y la población se desplaza por medio de los ríos, en torno al cual se ubican las poblaciones y se realizan también sus actividades productivas (pesca). Hacia el interior del departamento se transportan por vía marítima o aérea. Las dos subregiones se caracterizan por un limitado desarrollo económico, bajo acceso a servicios, siendo predominante en el Pacífico donde es también limitado el flujo de mercancías por las limitaciones de transporte. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016).

En la prestación de servicios se identifican como retos la dispersión poblacional y se mencionan como municipios críticos aquellos de la Costa Pacífica: Guapi y Timbiquí (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Jaramillo-Mejía et al., 2018). En el análisis de situación de salud (ASIS) del Departamento para el 2017, se refiere que la mayor oferta de servicios de salud corresponde a Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales cuentan con limitados recursos para llegar a la zona rural y tienen dificultades para la consecución de profesionales de salud para los municipios más alejados. Se destacan también las dificultades en el acceso geográfico a servicios de salud de mediana y alta complejidad para las diversas subregiones, en términos de oportunidad, calidad del traslado, incremento de los tiempos y gastos de desplazamiento, los cuales impactan en gran medida a los pacientes de bajos ingresos (por transporte, alojamiento, alimentación, dejar de percibir ingresos), y que ponen en riesgo la salud de los pacientes, principalmente en casos

---

de urgencias y gestantes. Para los servicios de mayor complejidad se requieren desplazamientos a Popayán, la capital del Departamento, o el municipio de Santander de Quilichao; siendo los gastos mayores para la población de la costa Pacífica debido a que el medio de transporte es fluvial o aéreo y algunos de los servicios se prestan en Buenaventura o Cali (Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017). Las limitaciones del acceso geográfico se aducen como factores para que la población no demande servicios a los que tiene derecho y repercute en la calidad de vida e indicadores de morbilidad, mortalidad y eventos de notificación obligatoria, con graves inequidades sociales en salud. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Jaramillo-Mejía et al., 2018)

En los indicadores de salud del ASIS del 2017 se mencionan como problemáticas preocupantes la razón de mortalidad materna en el Cauca, ya que con un valor de 71,4 es notoriamente alta, en relación con la cifra para Colombia que es de 53,7 (Daza-García et al., 2021). Otros indicadores destacables como relevantes en el Departamento son la tasa de mortalidad neonatal con 7,9 por mil nacidos vivos (NV), y la mortalidad infantil con 12,7 por mil NV; la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) es de 18,4 y enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años con una tasa de 6,8 por mil NV, cifras ligeramente más altas que las nacionales, aunque las diferencias no son significativas. También es crítica la tasa de mortalidad por desnutrición global en menores de cinco años, con 4,5%. (Gobernación del Departamento del Cauca, 2016; Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017)

Dentro de los eventos de notificación obligatoria en el ASIS del Cauca para el 2017 se destacan la morbi-mortalidad por Infección Respiratoria Aguda, la tuberculosis, el dengue, malaria, leptospirosis y la fiebre tifoidea y paratifoidea. Otros indicadores con cifras preocupantes son: porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer con 8,4%; prevalencias de anemia en infantes entre 6 meses y 4 años con 32,6 por 1000 NV; y prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años con 23,1%; siendo esta última la más crítica ya que la cifra nacional es de 13,2% (Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán, 2017). En cuanto al componente de salud mental, acorde con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA) (2016),

---

son preocupantes las cifras de prevalencia de consumo de alcohol en el Departamento del Cauca, con una cifra de 32,9% en el último mes en jóvenes entre 12 a 18 años; la prevalencia de consumo de marihuana en el último año con 7,6% y la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año con 10,1%. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2016)

En consecuencia, en la Subregión Norte del Cauca se identifican determinantes sociales estructurales complejos con un entramado de problemáticas socioeconómicas y de salud. Partiendo del concepto Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la OPS, que las define como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”, se cuenta con un análisis reciente y minucioso de la relación existente entre las redes que prestan servicios de salud en el pacífico colombiano y en el Norte del Cauca, específicamente para los municipios de Buenaventura, Guapi, Santander de Quilichao, Caloto, Guachené., Miranda, Buenos Aires y Corinto; y en esa investigación los resultados obtenidos de éste, evidencian problemáticas críticas como son la forma como están estructuradas las redes de salud en los municipios dispersos, que genera fragmentación, falta de coordinación, asimetrías en la información, asimetría en las prácticas de calidad, percepción de mala calidad en la prestación del servicio, gastos de bolsillo para acceder al sistema, falta de oportunidad e inequidad para el usuario y empeoramiento de los indicadores de salud de la población. (H. Cancelado, 2018; Jaramillo-Mejía et al., 2018; OPS & OMS, 2010)

Para las instituciones de atención básica de los municipios dispersos del estudio mencionado, se encuentra que no tienen mecanismos que les permitan coordinar de manera efectiva la prestación de servicios a un segundo nivel de complejidad, los mecanismos de referencia y contra-referencia no les permiten gestionar y no cuentan con mecanismos de gobernanza para compartir con otras organizaciones de la red, la visión y la cultura, que les permite generar resultados conjuntos, en pro de los pacientes. Se presentan agujeros estructurales ya que no se valorizan e incluyen adecuadamente los actores comunitarios que pueden prestar servicios de salud, como agentes comunitarios,

---

médicos tradicionales, parteros, entre otros y los actores de atención básica y complementaria, haciendo que no se favorezca la interculturalidad, la gestión del conocimiento, ni la aplicación de prácticas ancestrales en el territorio y la innovación social en salud. (H. Cancelado, 2018)

La estructura de las redes de salud de los municipios dispersos estudiados, tienen un efecto negativo sobre la gobernanza, siendo necesario fortalecer la centralidad, densidad e intermediación de manera que en la base de la red se generen mecanismos de coordinación y control que favorezcan el desarrollo de la gobernanza entre los actores y que permita vincularla a los procesos de gobernanza comunitarios para lograr resultados positivos en las RISS. El estudio concluye que es necesario fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas en las redes estudiadas, para generar espacios de participación y toma de decisiones que permitan movilizar la gobernanza entre los actores institucionales y comunitarios. La coordinación, integración y alineación tienen un efecto positivo sobre la gobernanza, siendo en las redes estudiadas factores con bajo desarrollo. Es necesario por tanto fortalecer estos mecanismos para que se logre la gobernanza entre los actores de la red. Sin un desarrollo mínimo de estos factores no es posible generar efectos positivos para el desarrollo de la gobernanza como capacitada para articular de la red como un todo y lograr resultados favorables sobre el entorno. (H. Cancelado, 2018)

La integración de redes de servicios de salud no constituye sólo un ejercicio contractual desde las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio (EAPB), constituye un reto desde la teoría organizacional. Para construir redes de organizaciones capaces de generar mejores resultados e integrar como otro nodo a las redes comunitarias y para que los resultados en salud tengan tendencia a mejorar en el tiempo, se favorezca la gestión de conocimiento y los resultados positivos para todos los actores. El estudio de Cancelado (2018) concluye que, es importante continuar investigando cómo a partir de los resultados previos, se pueden proponer nuevas estructuras de red que favorezcan los resultados de las redes de salud en municipios dispersos, investigar sobre la gobernanza y el capital social desde el enfoque comunitario y proponer nuevos mecanismos que permitan gestionar la estructura de la red, la gobernanza, el capital social y redes de salud para municipios de alta dispersión, con el fin de tener un efecto positivo sobre los

---

resultados en salud, calidad e innovación para los actores institucionales y comunitarios.  
(H. Cancelado, 2018)

## OBJETIVOS

El proyecto que se presenta, tiene como objetivo general: “Consolidar las capacidades territoriales en programas y servicios de salud priorizados, con participación social e intercultural, mediante para un prototipo de modelo diferencial de APS para contribuir a la garantía del derecho a la salud integral y humanizada en el norte del Cauca y el litoral pacífico caucano, para el año 2021-2023”.

Los **objetivos específicos** son:

1. Adaptar el modelo diferencial de APS para programas y servicios de salud priorizados en los territorios.
2. Implementar el modelo diferencial de APS para programas y servicios priorizados.
3. Generar innovación social para la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad.
4. Consolidar las capacidades territoriales en participación social e interculturalidad en salud.
5. Monitorear y Evaluar la garantía del derecho a la salud integral y humanizada en los territorios seleccionados.
6. Generar lineamientos de la política de participación social en salud articulada al modelo diferencial de APS.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El abordaje metodológico es de multi-métodos de casos múltiples, de amplio uso en investigaciones de sistemas y servicios de salud. Así, se privilegia el diseño de

---

intervención- evaluación de la implementación de una serie de intervenciones relativas a capacidades territoriales en salud pública, el uso de un método mixto complementario, que incluye un abordaje cuasi-experimental de comparación y un estudio hermenéutico crítico. Los casos y grupos de tratamiento o intervención y el de comparación están constituidos por comunidades y administraciones territoriales de las subregiones del litoral pacífico y subregión norte del departamento del Cauca, respectivamente.

Epistemológicamente se trata de encajar un objeto dinamizador del acceso al derecho a la salud por la vía de un modelo de atención, que es reproducible desde una primera construcción prototípica denominada ***“PROTOTIPO DE MODELO DE APS DIFERENCIAL PARA TERRITORIOS DE ALTA RURALIDAD DISPERSA DEL LITORAL PACÍFICO”***<sup>6</sup> (H. Cancelado et al., 2019). El objeto de estudio se entiende como un proceso interpretable y negociable frente a modelos mentales y contextuales de sus actores (instituciones aseguradoras, prestadoras y rectoras, agentes estatales, comunidades; organizaciones sociales) que hacen posible una construcción social de la realidad en salud. Se identifica como núcleo de la metodología el conjunto de teorías de las "ciencias de la implementación", que reconoce que es necesario el uso de teorías, modelos y marcos para obtener información sobre los mecanismos por los cuales es más probable que la implementación tenga éxito. En consecuencia, se seguirán los modelos y marcos como son: a) modelo de procesos; b) marco de determinantes; c) marcos de evaluación.

Para el desarrollo del objetivo 1: Adaptar el modelo diferencial de APS para programas y servicios de salud priorizados en los territorios, se realiza una investigación de tipo empírica mixta y no experimental, en donde se realiza un estudio del modelo de salud de cada municipio, partiendo de la cosmovisión de la comunidad, sus necesidades, sus barreras y dificultades para el acceso a la salud, con el propósito de desarrollar la adaptación del modelo diferencial de APS.

---

<sup>6</sup> certificado de registro obra literaria inédita.

---

Se parte de un diagnóstico mediante un estudio cuantitativo con cuestionario, diseñado por los investigadores, teniendo en cuenta que este reúna los requisitos de confiabilidad, que es la capacidad del instrumento para producir resultados congruentes cuando se aplica por segunda vez en condiciones similares y validez, que tiene que ver con lo que mide el cuestionario y que tan bien lo hace, que es el grado con el que pueden inferirse conclusiones a partir de los resultados obtenidos.

La selección de los municipios se realizó teniendo en cuenta las características de las zonas dispersas. Para la selección se tendrán en cuenta los municipios con disposición de participar en el estudio, por lo menos una por tipo de territorio y que entre todos los representantes del territorio exista representación de comunidades negras e indígenas.

La recolección de datos cualitativos se realizará por medio de entrevistas y talleres con los actores del territorio, en donde se utilizan métodos propios de la ingeniería Industrial para ajustar y validar el modelo, se definen mediante el uso del diagrama de flujo y el SIPOC (por sus siglas en inglés Supplier – Inputs- Process- Outputs – Customers).

Para la identificación de problemas potenciales y efectos con los datos cualitativos de la caracterización del modelo se usa el análisis de modo y efecto de falla (AMEF) y se hace un contraste de los resultados obtenidos con el ASIS municipal y departamental, para identificar brechas relacionadas con las necesidades de la población y con los procesos de prestación de servicio, para de esta forma proponer un modelo ajustado para territorios de alta ruralidad dispersa (TARD) objeto de estudio, que permita responder a la generación de conocimiento acerca de la concepción en implementación de modelos de salud en zonas de alta dispersión rural. (H. Cancelado et al., 2019)

Para el desarrollo del objetivo 2: Generar innovación social para la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad, se utiliza el método de innovación y resolución de problemas *Design-Thinking*, que tiene su punto de encuentro justamente con la lógica de –pensar haciendo- que la adopta como una aproximación tangible e interactiva de generar conocimiento de una forma práctica, a través de un proceso rápido,

---

sistemático e interactivo. (H. Cancelado et al., 2019)

El método *Design-Thinking* se apropia en esta investigación como estrategia metodológica integrada al proceso de construcción social comunitaria e institucional y en particular como aproximación conceptual de innovación en salud para resolver los desafíos del sector en la organización y procesos de servicios y obtención de resultados en salud en situaciones territoriales de alta complejidad institucional, desde una perspectiva holística y centrada en las personas, el cual se orienta a la resolución de problemas complejos, buscando el justo equilibrio entre -lo deseable- lo que las personas quieren, -lo factible- lo que es técnicamente realizable y lo accesible- eso que es disponible y posible en la organización. (H. Cancelado et al., 2019)

Es así, que la selección metodológica para generar innovación social para la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad, hace una contribución importante en el plano teórico sobre el rol de la innovación en salud en el contexto particular del sistema de salud colombiano actual, en el marco del Plan decenal de salud pública (PDSP), la implementación del Modelo de atención integral territorial de salud (MAITE) y la APS. Esta estrategia metodológica permite el aprendizaje y la experimentación en el contexto real. (CEPAL, 2014)

De otro lado, en el plano operativo, esta metodología en el contexto organizacional específico de los servicios de salud en los TARD, pone en evidencia algunas herramientas útiles del método que permite caracterizar barreras particulares. Es el caso de la participación activa de las comunidades, donde la realidad de los procesos de construcción conjunta con las comunidades los deja por fuera, y solo son convocados al momento de socializar lo definido (Acosta Ramírez et al., 2020; Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía, 2020). Otro aspecto que operativamente el método favorece, es la transversalidad de las competencias, haciendo posible la concurrencia de diferentes saberes, ideas e iniciativas; y finalmente, la gran oportunidad para el trabajo y construcción colectiva de soluciones a los problemas de salud en estas comunidades, dado por la estrategia de pasar de la reformulación de problemas a la experimentación activa. (Cancelado et al, 2018)

---

De esta manera, la articulación de las dos aproximaciones metodológicas para el ajuste del modelo diferencial partiendo desde una perspectiva de innovación social en salud, considerando los siguientes factores críticos: (Cancelado et al, 2018)

- La observación y reconocimiento propio de las necesidades por parte de la comunidad, y de las brechas existentes en el modelo nacional implementado en el territorio, por parte del equipo de investigación.
- Lograr construir un espacio de cuestionamiento crítico de lo convencional, es decir, de reconsiderar las aproximaciones y valoraciones a priori del modelo nacional de APS y todos los instrumentos de reorganización institucional del sistema, con las valoraciones que las comunidades exponen sobre la salud propia y sus prácticas.
- El análisis de los determinantes sociales de la salud (DSS) claramente en paralelo en los territorios y su diversidad.

Para el desarrollo del objetivo 3: Consolidar las capacidades territoriales en participación social e interculturalidad en salud, se utilizará la metodología de formación para el desarrollo de capacidades de los actores institucionales y comunitarios. La metodología cubrirá las siguientes fases:

### **FASE DE ANÁLISIS:**

- Identificación de necesidades educativas
- Consideraciones pedagógicas, didácticas y tecnológicas.
- Definición de principios de diseño.
- Análisis de experiencias internas y externas

### **FASE DE DISEÑO**

- Decisiones curriculares: Competencias, objetivos
- de aprendizaje, estructura curricular.
- Selección de estrategias didácticas y actividades de aprendizaje
- Definición de estrategias de evaluación

- 
- Definición de recursos

## **FASE DE DESARROLLO**

- Creación de guías de aprendizaje
- Creación de contenidos
- Creación de recursos educativos
- Creación de mecanismos e instrumentos de evaluación
- Publicación en el LMS (de la sigla en inglés: *Learning Management System*)

## **FASE DE IMPLEMENTACIÓN**

- Despliegue de la acción formativa.
- Ajustes al diseño de las guías, recursos y Contenidos en el LMS.
- Docencia en ambientes virtuales de aprendizaje (AVA): comunicación, acompañamiento, retroalimentación, configuración tecnológica
- Reflexión antes durante y después de la acción formativa

## **FASE DE EVALUACIÓN**

- Evaluación formativa de todo el proceso
- Recolección de información del proceso: espacios de socialización, informes de docencia, encuentros individuales
- Análisis de la información del proceso
- Retroalimentación en cada una de las fases según los principios de diseño.
- Toma de decisiones pedagógicas, curriculares y tecnológicas para mejorar

Para el desarrollo del objetivo 4: Implementar el modelo diferencial de APS para programas y servicios priorizados, se utilizará la metodología de formador de formadores, con el propósito de dejar instaladas capacidades en el territorio, esta metodología permite que el equipo investigador frente al modelo transfiera conocimiento al personal institucional y a la comunidad para hacer viable la implementación del modelo diferencial en el territorio. Para ello desarrollará la siguientes actividades:

- 
- Capacitar a los encargados de implementar. Las actividades de capacitación deben orientarse a fortalecer las capacidades de los actores institucionales y comunitarios que les permita desarrollar la capacitación en los territorios con una metodología de construcción colectiva.
  - Sensibilizar a los involucrados. La activa participación de los diferentes actores permitirá que se adopte el modelo diferencial. La sensibilización debe estar orientada a lograr la comprensión, la toma de conciencia sobre la importancia y trascendencia, así como los beneficios que significará para la comunidad y para las instituciones la implementación del modelo.
  - Implementar en el territorio con la participación de los actores. Teniendo en cuenta que se trata del empoderamiento desde el territorio y de la innovación en los procesos, la capacitación debe ser persistente, mostrando los avances, así como las dificultades y desafíos; y orientarse a lograr la participación de todos los involucrados.

Para el desarrollo del objetivo 5: Monitoreo y evaluación, se propone el modelo RE-AIM (Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación, Mantenimiento), dado que la evidencia señala que, la efectividad de las intervenciones, la implementación de los modelos de atención o iniciativas en salud depende mayoritariamente de su adopción (Gaglio et al., 2013). Así, la calidad de esas iniciativas, modelos o servicios ofrecidos y de los programas de salud, pueden estar afectados por la forma en que estos se implementan. El desconocimiento o deficiente monitoreo de los procesos de implementación es una falencia y uno de los puntos más críticos en el desarrollo de sistemas y servicios de salud.

Los procesos de implementación suelen describirse como análisis de casos, sin un método sistemático que considere instrumentos, estrategias, e indicadores que reflejen la implementación en diferentes niveles (tales como: individual, organizacional), ni con base en información o perspectivas de diversos actores (p.ej. profesionales, pacientes) (Nilsen, 2015). En respuesta a esta problemática en la evaluación en salud, han surgido nuevos paradigmas para conceptualizar, diseñar, y evaluar las iniciativas, modelos, políticas y/o servicios en salud denominados “ciencia de la implementación” o “investigación en

---

implementación”.

La ciencia de la implementación busca describir, analizar e intervenir aquellos procesos y factores que se asocian a una integración efectiva de iniciativas, modelos o intervenciones, en un contexto clínico o comunitario en particular. (Nilsen, 2015)

Este nuevo paradigma propone el uso de estrategias, e indicadores específicos para evaluar todo el proceso con énfasis en la implementación. Es así como el modelo RE-AIM) ha sido propuesto para el desarrollo de procesos de evaluación en las distintas etapas de la implementación, tomando como punto de partida la evaluación de barreras y facilitadores, hasta la adaptación de intervenciones a contextos específicos, e incluyendo el establecimiento de monitoreo efectivo y permanente (Gaglio et al., 2013). Dicho modelo es visto internacionalmente como un método de evaluación que permite equilibrar el foco de la investigación entre la validez interna y externa, al considerar los procesos y resultados que son puestos en operación en los distintos niveles, tales como el individual, organizacional, o ambos.

En el nivel individual, (RE) el alcance y la efectividad, son evaluados con base en los individuos que participan y que se piensa pueden recibir un beneficio de salud a partir de una intervención (Gaglio et al., 2013). En este aspecto el alcance se define como el número de participantes, la proporción de la población-blanco que participa y la representatividad de los participantes con relación a la población-blanco. La Efectividad es evaluada como cambios en un resultado en salud, los potenciales resultados negativos y cambios en calidad de vida.

En el nivel organizacional (AI), la Adopción e Implementación de una iniciativa, modelo o intervención son evaluados con base en las organizaciones o agentes de intervenciones (Gaglio et al, 2013). La Adopción se define en términos de organizaciones o agentes de intervenciones que podrían implementar y sostener una determinada intervención. Así, la Adopción es el número de organizaciones/ personal, proporción de la población blanco de organizaciones/personal que participan, y la representatividad de las organizaciones/personal participantes. La Implementación incluye el grado en que

---

una intervención es aplicada como fue previsto y los costos asociados a la Intervención.

Finalmente, el Mantenimiento puede ser definido como el grado en que un efecto se mantiene en el nivel individual por un periodo (por ejemplo, al menos seis meses) tras el término de la intervención, así como el grado en que una intervención puede ser mantenida tras la conclusión de la financiación formal de una investigación. Implica entonces la medición de la continuidad y sostenibilidad en el tiempo de una iniciativa, modelo de atención o intervención en salud.

Para el desarrollo del objetivo 6: Generar lineamientos de política de participación social en salud articulada al modelo diferencial de APS. Este objetivo se concibe desde una perspectiva constructivista que privilegia la participación y movilización de los interesados y los propios investigadores. Esta relación estará fundada en un plan de trabajo concertado que se guíe por la incidencia y la acción colectiva como base para construcción de confianza entre el proyecto y los implicados y beneficiarios del mismo. (Blandón-Lotero & Jaramillo-Mejía, 2018)

Acudimos al concepto original de que una política pública es un acuerdo de voluntades que permite darle gobernabilidad a las opciones de política pública. En ese sentido, se procura darle voz a los implicados en la política de participación social en salud (PPSS) en el horizonte de darle legitimidad a los lineamientos finalmente formulados tanto en el plano local como en el subregional (norte y litoral pacífico caucanos).

Los dispositivos metodológicos previstos son entonces los siguientes:

- Recuperación de memoria institucional y documental sobre participación social en salud (PSS) desde la voz institucional y comunitaria (actores sociales);
- Formación-acción-reflexión como espacio de reflexividad para construir un pensamiento crítico sobre la PSS en contextos rurales y con diversidad étnica, que ayude a clarificar posicionamientos de la PPSS en cuanto objeto de transformación social;
- Creación de medios y modos pedagógicos y didácticos para la comprensión de

---

la participación social en salud en un marco de entendimientos mínimos (cartilla comunitaria) y argumentaciones maximalistas en cuanto posibilidad de dar espacio al conocimiento local y cultural, de modo que los dispositivos pedagógicos (mural, cartilla, relatos) sirvan de recipientes para hacer que estos conocimientos propios como lógica local enriquezca el conocimiento en cuanto etnografía social;

- Movilización de sentidos y proposiciones mediante diseño y circulación de campaña de comunicación que sirva de referente para hacer lectura de realidades y fuente de reacciones frente a la movilización de ideas y sentires de los implicados y otros agentes que reaccionen desde los espacios locales socio territoriales y desde los espacios virtualizados (redes sociales);
- Interacción concertada entre el proyecto y los agentes del gobierno (sector salud, entes territoriales) a fin de materializar propuestas que definan lineamientos de PPSS como apuestas concertadas, orientadas a compendiar el modelo de atención en salud en cuanto condiciones de ruralidad y diversidad que lo hacen singular y reclamante de la PSS como parte del derecho a la salud de las y los colombianos.

## RESULTADOS

El proyecto espera lograr mejores condiciones para que la población de los TARD puedan hacer uso de su derecho constitucional a la salud, mediante los siguientes resultados que fortalecerán las capacidades territoriales y por ende la gobernanza en salud:

- Modelo diferencial de APS adaptado
- Procesos Operativos del modelo diferencial de APS adaptado
- Prototipos Comunitarios e institucionales para la innovación social en salud
- Cursos/diplomado/taller en Participación Social e interculturalidad
- Procesos del monitoreo y evaluación del modelo diferencial de APS adaptado

---

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La necesidad de propiciar capacidades territoriales mediante un modelo de atención en salud, con enfoque diferencial para comunidades dispersas y rurales del litoral pacífico, fue evidenciada en el proyecto “Viabilidad de desarrollar un modelo de Atención Primaria en Salud diferencial, para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico - contrato 879-2015”. Esta investigación generó la construcción de un modelo prototipo, que a partir de la comprensión de la territorialización, se basa en tres estrategias de reorganización de los servicios de salud, centradas en: Sanar el Territorio, como el core del prototipo de modelo diferencial de APS, y la gobernanza en salud, intersectorialidad, el capital social, la salud propia, los servicios de salud y la interculturalidad como sus elementos diferenciales. (H. Cancelado et al., 2019)

El prototipo de modelo propuesto representa una serie de retos que son reconocidos en la presente propuesta, para la implementación e impacto en contextos de diversidad territorial y cultural. Si bien el marco institucional del modelo de atención en salud se tiende a considerar homogéneo (el deber ser de la política PAIS y del modelo MIAS-MATTE), las circunstancias y procesos locales suelen ser discontinuos, dinámicos y complejos. En consecuencia, en el propósito de hacer transparente un modelado como vía hacia la implementación, se torna en una exigencia el desarrollar un proceso participativo y técnico de intervenciones sucesivas, inteligentes y consensuadas que permitan generar un modelo adaptable y adoptable en cuanto objeto que legitime voluntades, identidades y obligaciones socio-jurídicas. (Nilsen, 2015)

Las voluntades que se requieren convocar en procesos de fortalecimiento territorial en salud, como en el presente estudio, no suelen ser ajenas a procesos politizados, clientelizados y burocráticos que relentizan decisiones y afectan autorizaciones que mejorarían los procesos de atención en salud y de gestión de los derechos humanos en el territorio. Las identidades culturales de los grupos

---

afrocolombianos y de los pueblos indígenas requiere constituirse en la base de la negociación del modelo de atención, cuestión que se ha venido remitiendo al Sistema Integral de Salud en Poblaciones Indígenas (SISPI) como marco de referencia del modelo diferencial en salud. Así, se reconoce que las obligaciones socio-jurídicas conjuntan a las minorías étnicas como titulares de derechos y a los agentes estatales como portadores de obligaciones en salud.

Se señala que el modelo comunitario exige su contextualización e implementación en un marco de complejidad, el cual pretende ser abordado por este proyecto de investigación, por lo demás acentuante de la capacidad de agencia y la estructuración de realidades locales que hagan iluminar el camino hacia una salud positiva y un derecho sanitario provisto de realizaciones que tienen como centro al ciudadano(a).

## BIBLIOGRAFÍA

Acosta Ramírez, N., González Restrepo, L. D., & Gil Forero, J. (2020). Project: IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE ESTRATEGÍAS EDUCOMUNICATIVAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL ÁREA RURAL MARGINAL EN CALI. En *La Educación, La Empresa Y La Sociedad Una Mirada Transdisciplinaria: Vol. Tomo IV* (pp. 28-56). Editorial EIDEC.

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2018). Participación comunitaria en salud: Una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *Revista CS*, 91-117. <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Blandón-Lotero, L. C., & Jaramillo-Mejía, M. C. (2020). Communities on the move: Community participation in health in rural territories of Buenaventura District in

---

Colombia. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 129.  
<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01239-8>

Cancelado, H. (2018). *Redes, Capital Social, calidad, ambiente y salud. Hacia una comprensión multinivel*.  
Valencia.

Cancelado, H., Núñez Cabrera, A., Jaramillo-Mejía, M. C., Gil Forero, J., Osorio Murillo, O.,  
Bermúdez Jaramillo, P., & Blandón-Lotero, L. C. (2019). *Prototipo de modelo de APS  
diferencial para territorios de alta ruralidad dispersa del litoral pacífico* (MINISTERIO DEL  
INTERIOR DIRECCION NACIONAL DE DERECHO DE CERTIFICADO  
DE OBRA INÉDITA: 10-779-135).

CEPAL. (2014). *Innovación social en salud: Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del  
Milenio*. CEPAL.  
[https://www.cepal.org/es/publicaciones/37194-innovacion-social-salud-un-aporte-a-  
l-avance-objetivos-desarrollo-milenio](https://www.cepal.org/es/publicaciones/37194-innovacion-social-salud-un-aporte-a-l-avance-objetivos-desarrollo-milenio)

Daza-García, V., Vásquez-Vásquez, H., & Jaramillo Mejía, M. C. (2021). *Percepción de los  
responsables de programas de atención materna en cuatro municipios del Cauca, frente a la  
implementación de un modelo de telesalud para la atención de las necesidades obstétricas*.  
Universidad Icesi.

Gaglio, B., Shoup, J. A., & Glasgow, R. E. (2013). The RE-AIM framework: A systematic  
review of use over time. *American Journal of Public Health*, 103(6), e38-46.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>

Gobernación del Departamento del Cauca. (2016). *Plan de Desarrollo «Cauca: Territorio de Paz»*.

---

---

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2016). *Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN)* 2015. ICBF.

<https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>

Jaramillo-Mejía, M. C., Cancelado, H., Gil Forero, J. C., Osorio, O., & Bermúdez, P. (2018). *Proyecto «Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta dispersión rural del litoral pacífico colombiano»* [Final]. Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre-seccional Cali y Universidad Javeriana-Cali.

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

OPS, & OMS. (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. OPS/OMS. [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes\\_Integradas\\_Servicios\\_Salud-Conceptos.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf)

Secretaría de Salud del Departamento del Cauca. Popayán. (2017). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales de Salud*.

---

PAGINA EN BLANCO



---

# CAPÍTULO 2

## CARACTERÍSTICAS DE LA RURALIDAD

Marta Cecilia Jaramillo-Mejía<sup>7</sup>

Liliana Janeth Flórez<sup>8</sup>

Universidad Icesi

mcjara@icesi.edu.co

## Introducción

Diferencias territoriales de la población rural vs la urbana, con base en información censal, en municipios del norte del Cauca y pacífico Caucaño, relevantes para construir modelos diferenciales de Atención Primaria en Salud.

El proyecto *“CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA”*, resultado de la convocatoria Minciencias 844 de 2019, ejecutado por la universidad ICESI en colaboración con la Universidad Libre de Cali, tuvo como objetivo principal *“Consolidar las capacidades territoriales en programas y servicios de salud priorizados, con participación social e interculturalidad, mediante un prototipo de modelo diferencial de APS para municipios con alta ruralidad dispersa, para contribuir a la garantía del derecho a la salud integral y humanizada en el norte del Cauca y el litoral pacífico caucano, para el año 2021”*. El proyecto se desarrolló en dos municipios

---

<sup>7</sup> Investigadora Universidad Icesi, mcjara@icesi.edu.co

<sup>8</sup> Universidad Icesi

---

del pacífico caucano: Guapi y Timbiquí, y cuatro municipios del Norte del Cauca: Santander de Quilichao, Corinto, Caloto y Guachené.

Las características específicas socio demográficas, económicas, culturales y ambientales especiales de estos municipios, muestran que hay un bajo desarrollo económico y bajo acceso a los servicios básicos para sus ciudadanos, el 63,4% de la población departamental es rural (DANE, 2018), es un departamento multiétnico, en donde, el 44% de la población se reconoce con pertenencia étnica, 22% de ella son indígenas y el restante se reconoce como negro, afrodescendiente, afrocolombiano o mulato. (DANE, 2020)

Los municipios que se ubican a las orillas de los ríos o en zonas de alta dispersión rural, es decir, que se identifica una clara dificultad en el acceso geográfico a los servicios de salud de mediana y alta complejidad, aumentando significativamente los costos para el desplazamiento a municipios como Popayán, Santander, Buenaventura o Cali. Con base en lo anterior, los pobladores de estos municipios no demandan servicios a los cuales tienen derecho, viéndose una clara afectación en su calidad de vida e indicadores de salud.

Dicho lo anterior, se evidencia con urgencia la implementación de modelos diferenciales de salud, los cuales están diseñados y adaptados a trabajar bajo las condiciones diferenciales de estos municipios, un modelo diferencial con elementos conceptuales, elementos vinculantes y elementos operacionales diferenciales, en donde se logra una auténtica sinergia entre las partes, logrando así una mayor articulación de la Red de Salud en este municipio

El objetivo de este capítulo es identificar las diferencias sociodemográficas, culturales y de acceso a los servicios de salud, entre las comunidades que habitan en el territorio rural y las del territorio urbano de los cuatro municipios del norte del Cauca y dos municipios de pacífico Caucaño, que participaron en el proyecto.

Para el logro del objetivo, se tomaron los microdatos del Censo de 2018, disponible en la página del DANE, de todo el departamento del Cauca (grupo 1) y además, se seleccionaron los municipios del norte del Cauca: Guachené, Caloto, Buenos Aires, Corinto, Miranda, Padilla, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Suarez y Villa Rica como grupo 2 y

---

dentro de este conjunto se extrajo un subconjunto de 4 municipios (Guachené, Caloto, Corinto y Santander de Quilichao) como grupo 3 y finalmente se tomaron los municipios de Guapi y Timbiquí del pacífico como grupo 4, para realizar un análisis de la información censal de los territorios rurales.

Teniendo en cuenta que se trabajó sobre la población total, todos los habitantes del departamento del Cauca, del Censo 2018, este estudio no incluye muestra. Se procesó la base de datos de personas, que contiene la información de los registros de personas, con características correspondientes al censo.

## Análisis de datos

Para caracterización demográfica de los grupos se utilizaron las pirámides poblacionales para las variables sexo, clase o zona de residencia por la edad en quinquenios. Igualmente, se utilizaron las tablas de frecuencia con su valor absoluto y relativo para las otras variables demográficas, en donde se comparó una condición de interés (zona de residencia urbano o rural) entre regiones geográficas (Tabla 1).

**Tabla 1. Clasificación de Variables**

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	MEDIDA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>DEMOGRAFICAS</b>				
<b>Sexo</b>	Clasificación biológica	Categorías: 1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa	Nominal
<b>Zona Residencia</b>	Clasificación zona de la residencia	Categorías: 3. Cabecera 4. Centro poblado 5. Rural	Cualitativa	Nominal
<b>Edad en Grupos Quinquenales</b>	Clasificación de la edad en quinquenios de los integrantes del hogar	Categorías: 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 80-84; 85 y más	Cualitativa	Ordinal
<b>Jefe(a) del hogar</b>	Sexo de quien desempeña el rol del jefe del hogar	Categorías: 1. hombre 2.mujer	Cualitativa	Nominal
<b>Etnia</b>	Clasificación que permite distinguir a las personas en función de su grupo étnico/cultural	Categorías: 1.Indígena, 2. Gitano 3.Raizal, 4. Palenquero, 5. Afrodescendiente, 6.Ninguno, 7. No informa.	Cualitativa	Nominal
<b>Estado civil</b>	Situación jurídica en la familia y la sociedad, provenientes del matrimonio o del parentesco.	1.Union libre 2.Casado 3.Divorciado 4.Separado unión 5.libre 6.Separado 7.matrimonio 8.Viudo 9.Soltero 99.No informa	Cualitativa	Nominal

---

# La población del territorio rural en el Cauca

Las pirámides poblacionales (A, B y C) muestran una estructura poblacional un poco regresiva, estrecha en la base y ancha al acercarse al centro y la cima estrecha que representa una estructura madura que empieza a envejecer (Figura 1.1, 1.2, 1.3). Esta dinámica poblacional observada en el departamento del Cauca, en el norte del Cauca y los cuatro municipios seleccionados del norte del Cauca (Santander de Quilichao, Caloto, Corinto y Guachené), indica una clara señal de migración demográfica, pues, es notoria la alta concentración, especialmente, en el rango de 20 a 24 años y que, debido a que las tasas de natalidad han disminuido notoriamente en los últimos cuatro quinquenios.

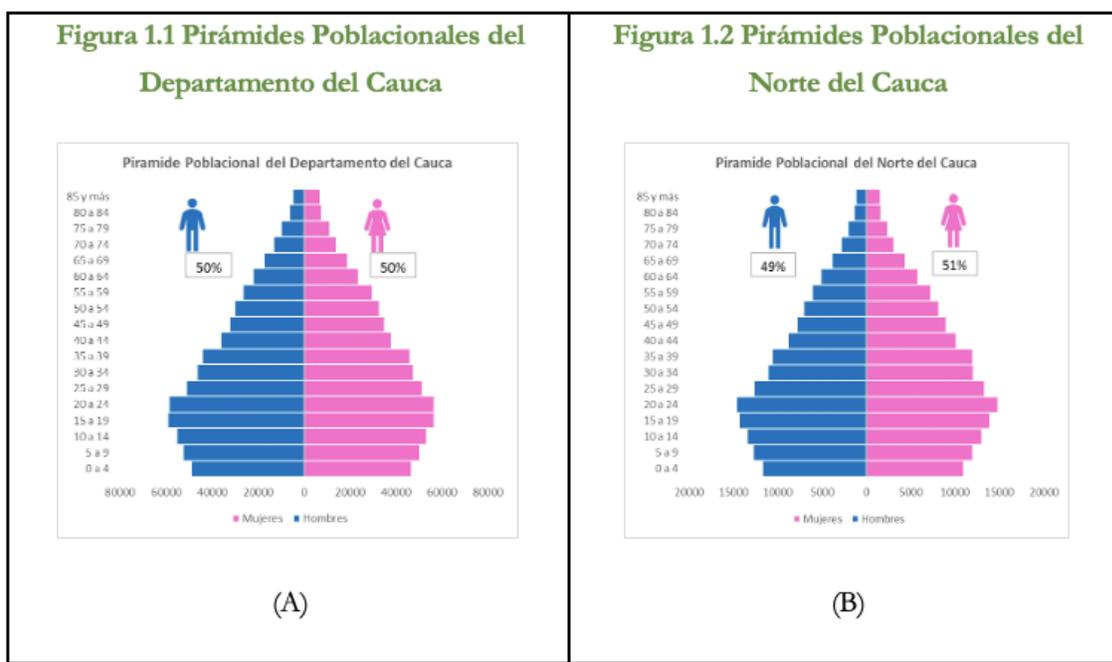
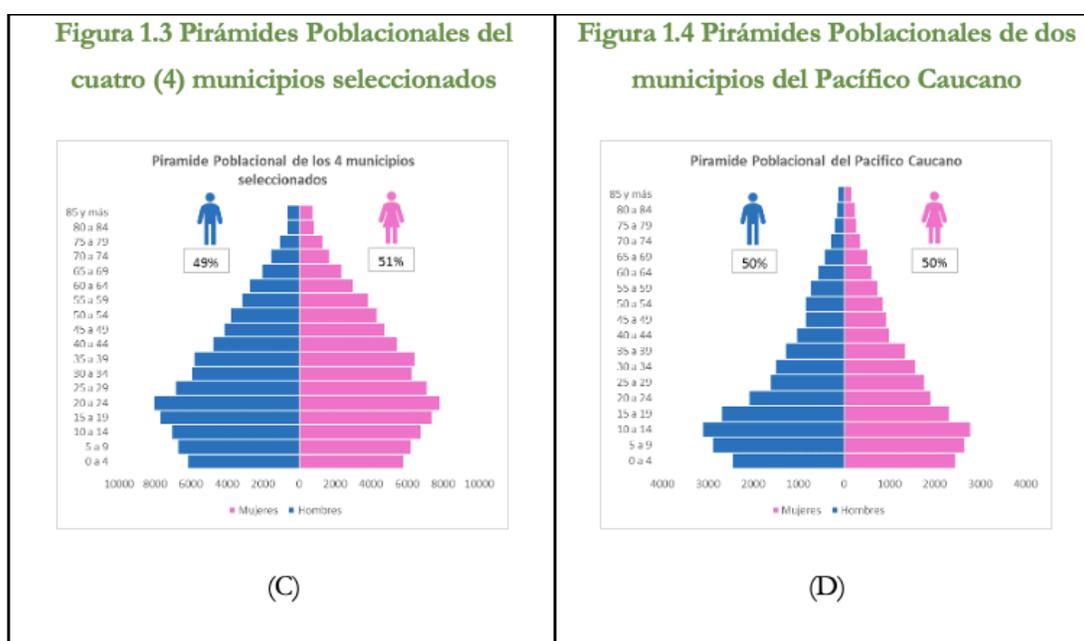


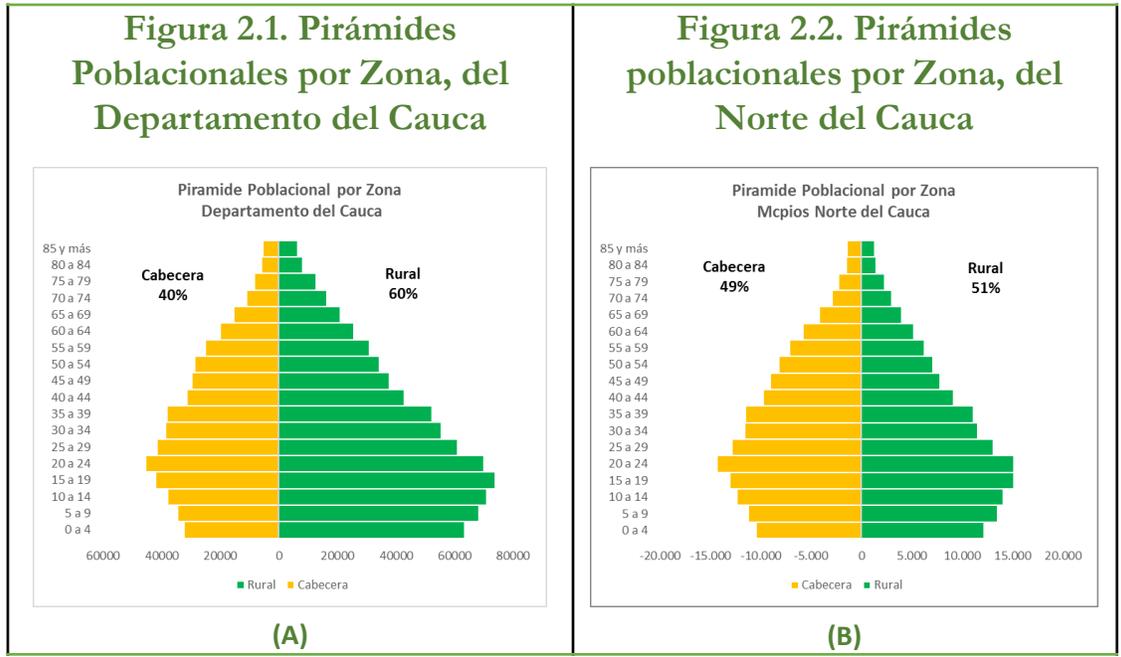
Figura 1, parte A. Pirámides Poblacionales por edad y sexo (A y B)

En contraste con las pirámides A, B y C, observamos que la pirámide poblacional de los dos municipios del pacífico caucano (Pirámide D) el mayor grupo poblacional es el de los adolescentes entre los 10 y 14 años, es decir, la reducción de la natalidad inició en la última década, con más o menos 10 años de retraso que el resto del país (Figura 1, parte B). De otro lado, es evidente el equilibrio entre población femenina y masculina en las cuatro pirámides pues el porcentaje de hombres y mujeres es casi el mismo, no se observa diferencias notorias, en ninguna de la pirámides.



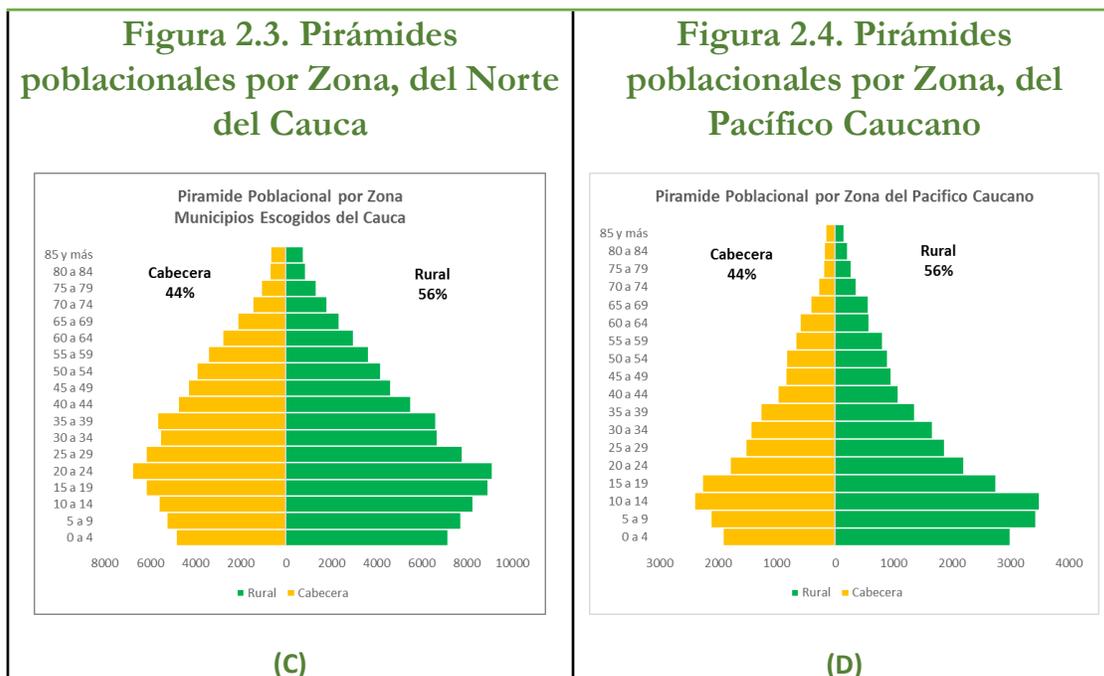
**Figura 1, parte B. Pirámides Poblacionales por edad y sexo (C y D)**

La estructura de la población por zona de residencia (urbano-rural) ha seguido un proceso de transformación demográfica, caracterizado por la disminución de la población infantil, aumento de la población joven y una notoria disminución en la cúspide de las pirámides tal como se observó también con la variable sexo (Figura 2).



**Figura 2, parte A. Pirámides Poblacionales por edad y zona (A y B)**

El último censo en 2018 en Colombia, mostró que las poblaciones tienen una tendencia a decrecer, que se evidencia con el estrechamiento de los grupos de edad inferiores. La zona urbana y rural (A, C, D de la figura 2), muestra una estructura diferente para el departamento del Cauca, los cuatro municipios seleccionados y el litoral pacífico Caucaño, en esta última pirámide se observa con mayor diferencia la presencia de población más joven en el área rural, la cual se encuentra entre los 5 y los 14 años, mostrando que la reducción de la natalidad inició solo hace 5 años más tarde que en los otros sectores (Figura 2, parte 2, D).

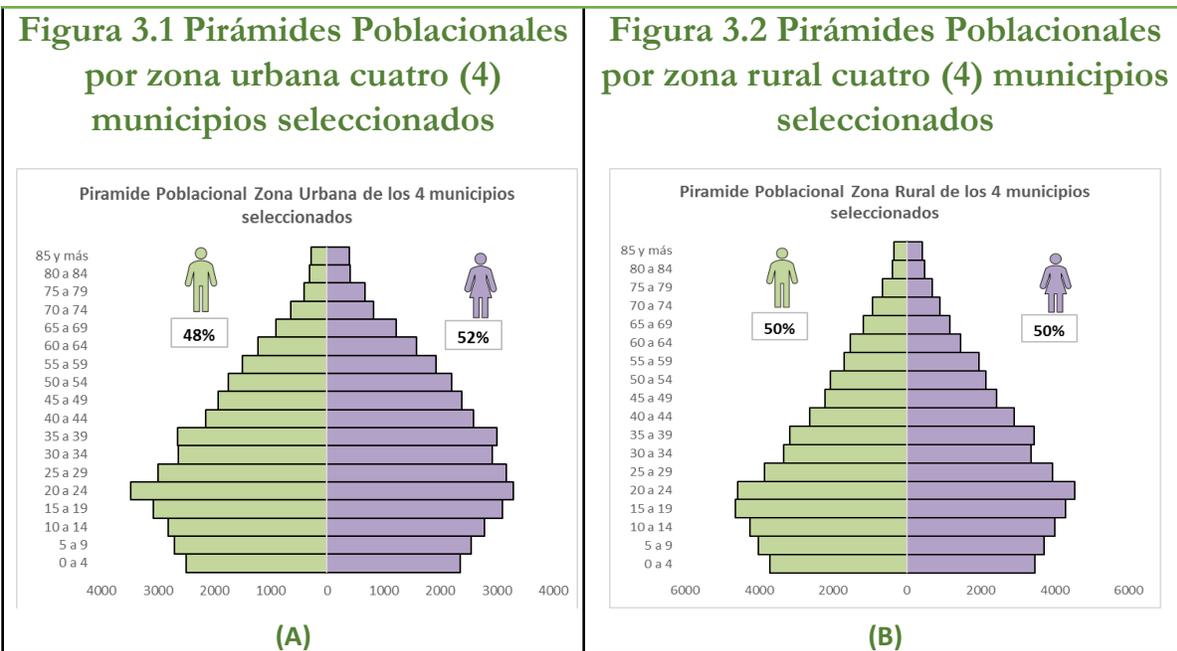


**Figura 2, parte B. Pirámides Poblacionales por edad y zona (C y D)**

La comparación entre las zonas urbanas y rurales en los cuatro municipios del norte del Cauca seleccionados, muestra diferencias en la forma de las pirámides poblacionales, pues en la zona urbana la pirámide se observa más engrosada en el medio, mientras que es progresiva, con la base es más amplia en el área rural. En los dos territorios llama la atención, que a diferencia de Colombia, no se ve diferencia de los adultos mayores por sexo en el área urbana, mientras que en el área rural hay mayor número de hombres que mujeres, mayores de 75 años (figura 3, A y B).

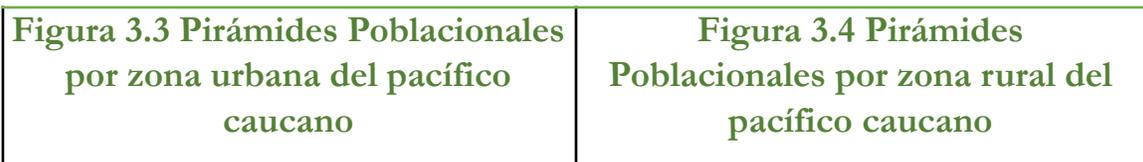
En cuanto a la zona rural de los 4 municipios seleccionados del norte del Cauca, se observa que en la zona urbana (A) la parte central de la pirámide es más ancha en el centro, siendo la población productiva la más frecuente en esta zona. Mientras que la zona rural (Figura 3 (B)) es más ancha en la franja de los jóvenes adolescentes. Esto muestra también la tendencia de trasladarse los jóvenes de la zona rural a la zona urbana en su etapa productiva

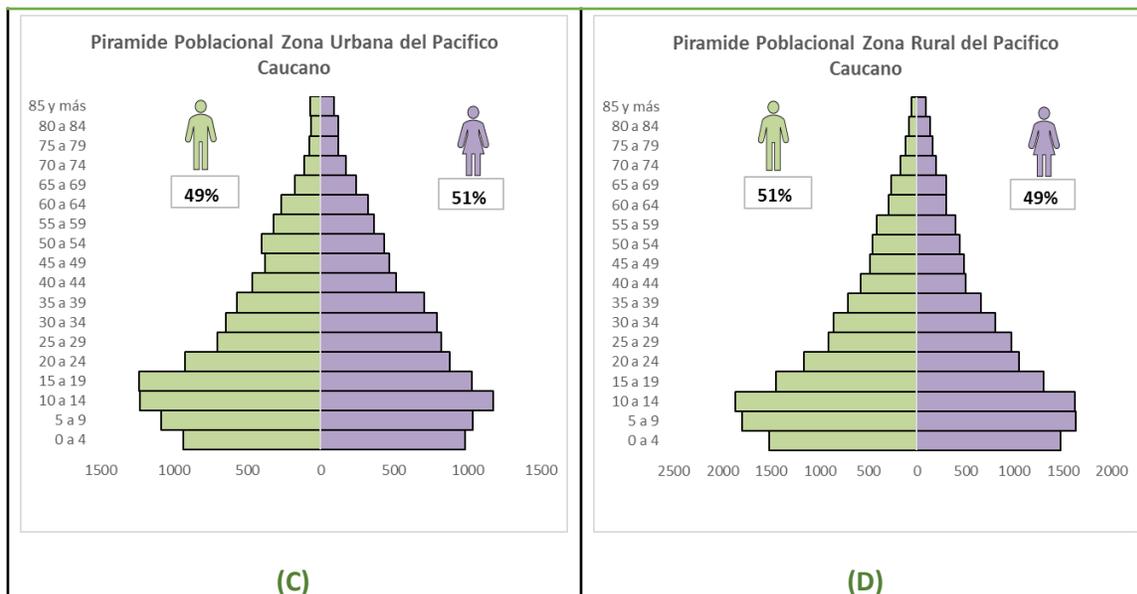
a conseguir trabajo o estudiar. Por otro lado, se observó que en la zona urbana las mujeres son las predominantes con un 52%.



**Figura 3, parte A. Pirámides Poblacionales por zona y sexo (A y B)**

Las pirámides poblacionales del pacífico caucano (Figura 3, parte B), tienen todavía una forma progresiva, es decir, que tiene población más joven, siendo más marcada en el área rural. En esta zona (D) predomina la población adolescente de 10 a 14 años, con una pequeña diferencia en la barra a favor de los hombres, comparado con las mujeres. Sin embargo, para esta zona geográfica del pacífico se observó una pequeña diferencia en cuanto a la distribución de la variable sexo, pues en la zona rural el porcentaje de hombres fue de un 51% y el de las mujeres fue de un 49%, mientras que, en la zona urbana (C) el porcentaje fue mayor en las mujeres, con un 51% versus los hombres con un 49% (Figura 3).





**Figura 3, parte B. Pirámides Poblacionales por zona y sexo (C y D)**

Para la caracterización de la población de los 4 grupos se agregó un grupo más, la población de toda Colombia, y se observó que el rango de edad que más prevalece en todos los grupos de comparación oscila entre los 30 a 59 años, en el norte del Cauca y los cuatro (4) municipios seleccionados, con un promedio entre 35.7 y 38.2% siendo la edad para ejercer funciones productivas, para el pacífico, este grupo de edad corresponde al 28.1% de la población, frente a un 25.1% de población entre 5 y 14 años, es decir con una gran dependencia de niños y adolescentes (Tabla 2) . Sin embargo, en el pacífico si se observa una marcada diferencia en las barras de los niños y niñas, donde se observa que la mayor frecuencia está en la pequeña infancia (0-4 años) y en la infancia y adolescencia (5-14 años) con un total del 35% de la población. Mientras que, para la variable sexo el comportamiento es igual en todos los grupos comparados, igual porcentaje entre mujeres y hombres. En cuanto a la zona de residencia si se observó que en Colombia la mayor población está concentrada en la zona urbana con un 77%, seguido por el norte del Cauca con un 50%. Mientras que en los otros grupos territoriales el porcentaje fue menor del 45% para la zona urbana, dejando la mayoría de su población en el centro poblado y en la zona rural (Tabla 2).

**Tabla 2. Frecuencias variables demográficas.**

Variables	Colombia	Cauca			
		Total	Norte	Cuatro(4) municipios	Litoral Pacífico
		n (%)			
	43.835.324	1.243.503	309.235	161.936	45.655
<b>Rango Edad</b>					
<b>0 a 4</b>	3,033,307 (6.9)	95,904 (7.7)	22,663 (7.3)	12,034 (7.4)	4,920 (10.7)
<b>5 a 14</b>	6,899,346 (15.6)	211,783 (17)	51,243 (16.6)	26,862 (16.6)	11,460 (25.1)
<b>15 a 19</b>	3,788,628 (8.6)	115,993 (9.3)	28,255 (9.1)	15,118 (9.3)	5,016 (10.9)
<b>20 a 29</b>	7,546,280 (17.2)	218,267 (17.6)	55,494 (17.9)	29,885 (18.5)	7,417 (16.2)
<b>30 a 59</b>	16,745,804 (38.2)	445,192 (35.8)	110,248 (35.7)	59,016 (36.4)	12,836 (28.1)
<b>60 y más</b>	5,821,959 (13.3)	156,364 (12.6)	41,332 (13.4)	19,021 (11.7)	4,006 (8.8)
<b>Sexo</b>					
<b>Hombres</b>	21,317,034 (49)	615,833 (50)	147,312 (49)	79,130 (49)	22,871 (50)
<b>Mujer</b>	22,518,290 (51)	627,670 (50)	156,001 (51)	82,806 (51)	22,784 (50)
<b>Zona</b>					
<b>Cabecera</b>	33,905,550 (77)	492,229 (39)	149,915 (50)	71,370 (44)	19,995 (44)
<b>Centro Poblado</b>	3,121,127 (7.1)	131,451 (11)	46,242 (15)	26,845 (17)	4,189 (9)
<b>Rural Disperso</b>	6,808,647 (16)	619,823 (50)	107,156 (35)	63,721 (39)	21,511 (47)
<b>Jefe de hogar</b>					
<b>Hombre</b>	8,440,991 (59)	263,275 (61)	62,453 (60)	33,331 (61)	7,325 (58)
<b>Mujer</b>	5,802,232 (41)	169,218 (39)	41,576 (40)	21,042 (39)	5,353 (42)
<b>Etnia</b>					
<b>Indígena</b>	1,876,752 (4.2)	308,455 (25)	62,721 (20)	46,578 (29)	3,611 (7.9)
<b>Gitano</b>	2,606 (0)	39 (0)	16 (0)	9 (0)	3 (0)
<b>Raizal</b>	25,344 (0)	93 (0)	37 (0)	21 (0)	18 (0)
<b>Palenquero</b>	6,635 (0)	86 (0)	23 (0)	10 (0)	16 (0)
<b>Afrodescendiente</b>	2,942,859 (6.7)	245,183 (20)	148,271 (48)	48,570 (30)	40,059 (88)
<b>Ninguno</b>	38,459,411 (88)	677,308 (54)	89,889 (29)	65,343 (40)	371 (0.8)
<b>No informa</b>	521,717 (1.1)	12,339 (0.9)	2,356 (0.7)	1,405 (0.8)	1,577 (4)
<b>Estado civil</b>					
<b>Unión libre</b>	9,796,722 (32.5)	311,898 (38)	81,918 (39.6)	43,892 (40)	13,737 (56.6)
<b>Casado</b>	7,743,901 (25)	176,316 (21)	37,419 (18)	20,785 (19)	2,333 (9.6)
<b>Divorciado/ Separado</b>	2,675,748 (8.9)	57,600 (7.0)	15,233 (7.4)	8,506 (7.9)	2,139 (8.8)
<b>Viudo</b>	1,509,591 (5.0)	39,403 (4.8)	8,961 (4.3)	4,954 (4.6)	843 (3.5)
<b>Soltero</b>	15,500,416 (51)	446,380 (54)	109,509 (53)	57,130 (53)	15,060 (62)
<b>No informa</b>	565,018 (1.9)	13,125 (1.6)	2,828 (1.4)	1,644 (1.5)	1,843 (7.6)

Fuente: Microdatos del DANE

---

En cuanto al rol de jefe del hogar dentro de la familia, corresponde a hombres entre el 58-61% en Colombia, Cauca, Norte del Cauca y el Pacífico, sin mostrar diferencias. Para la etnia en Colombia, el departamento de Cauca, en el norte del Cauca y los cuatro municipios seleccionados se encontró que la población indígena estaba entre 20 y 29%, mientras que la afro variaba de acuerdo con el territorio, siendo para Colombia el 6.7%, el Cauca. 20%, los cuatro (4) municipios seleccionados 30%, en norte de Cauca con 48% y el Pacífico Caucaño con el 88%.. El estado civil más frecuente es la unión libre en todos los territorios, con un 32.5% en Colombia, entre 38 y 40% para los territorios del Cauca y el 56.6% en el Pacífico Caucaño. Le sigue el casado que va del 18 al 25 % en todos los territorios, excepto en el Pacífico Caucaño que corresponde al 9.6%.

## Las necesidades de salud desde los territorios

Las poblaciones rurales dispersas reconocen sus necesidades en salud relacionadas con problemas de acceso a servicios de salud, falta de infraestructura en salud que ya había existido en el pasado, como el puesto de salud y la promotora de salud, dificultades de transporte por falta de servicio público o por el alto costo de desplazamiento a los territorios, principalmente a los ríos o mares, falta de acceso a medicamentos por la disponibilidad, o por el alto costo en el transporte para acceder. De otro lado, hay problemas de contaminación, principalmente del agua por la minería y otros efectos contaminantes que causa los problemas de salud, como enfermedades de la piel y discapacidad, falta de servicio de agua potable, y débil disposición final de basuras.

En cuanto a los problemas en la juventud, están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y conflicto armado, dificultades con la tierra por expropiación, fumigación de cultivos o porque se ha debilitado para la agricultura, el conflicto armado causa problemas de convivencia, discapacidad y aislamiento. Además se reconocieron problemas con las plantas medicinales a causa de las fumigaciones y pérdida de la medicina



también la salud, como lo primordial, vida, deporte, bienestar, agua potable, buena alimentación, plenitud, alegría, autocuidado, familia, medicina tradicional, espiritualidad, valor, salud mental, entorno saludable, sanidad, hábitos, armonización plena.

Por último, la comunidad considera que la salud es un “derecho a ser atendido en la entidad a la que recurre”, es la presencia del estado, es oportunidad, paz y recursos.

La salud es entonces, para las comunidades rurales un espacio de armonía con el ambiente, la comunidad y consigo mismo, además de espiritualidad y conexión con la medicina ancestral y tradicional (Figura 5)



Fuente: Grupos focales en comunidades rurales del proyecto

Figura 5. Concepto de salud desde la perspectiva de las comunidades rurales del proyecto.

## Recursos para la salud



---

# Los retos o la Visión de Futuro

Cada uno de los territorios pudo expresar y construir sus retos o visión de futuro a partir de sus problemas priorizados en el ámbito comunitario:

1. Caloto: A futuro se quiere una atención integral, donde prime la vida y la salud del paciente, donde haya insumos suficientes, respuestas y soluciones a problemáticas en cuanto a información general y de salud: prestación de salud integral, la salud y la atención integral lleguen a los lugares dispersos, especialistas para el hospital del municipio.
2. Corinto: La comunidad participa activamente en las actividades que se generan en el municipio a) interés de la comunidad, no solo liderazgo; b) unión en la comunidad; c) mayor compromiso e interés de la comunidad; d) que haya aportes de parte de la comunidad; e) divulgación oportuna con la comunidad; f) empoderamiento de la comunidad.
3. Santander de Quilichao: La comunidad sueña con tener: a) Salud en óptimas condiciones y cobertura; b) contar con gente sabia para el manejo de los recursos; c) tener más opciones de trabajo; d) “nos queremos ver como una comunidad incluida en la toma de decisiones, con buena salud”; e) que con toda la ayuda de Dios todo es bueno en todo sentido; f) en el futuro la comunidad quisiera ser el lente del comportamiento; g) tener seguridad alimentaria y autosostenible.
4. Timbiquí: La comunidad define los siguientes retos: a) capacitación en reciclaje; b) parcela de recuperación de semillas; c) encuentros culinarios para la vida sana; d) lugares de paso en conjunto con la iglesia.
5. Guapi: Los retos más importantes fueron: a) tener una red de atención de salud comunitaria, conectada con las instituciones del sector salud departamental y municipal; b) capacitaciones en el territorio rural para fortalecer las capacidades de los habitantes de

---

la zona rural; c) construcción de una agenda de desarrollo en salud para la población rural con participación de diferentes actores sociales.

## Lecciones aprendidas

- Comprender los **contextos** de salud en los territorios rurales implica reconocer que las personas ya no perciben la salud únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como la carencia de **elementos esenciales** que contribuyen al bienestar tanto de la población como del territorio
- El hacer la priorización para los diferentes actores de acuerdo con el diagnóstico comunitario.
- La participación social y comunitaria es fundamental para el éxito de las acciones en el territorio y que la gestión del riesgo perdure.
- Las necesidades territoriales son diferentes por territorio y por urbanidad/ruralidad.
- La presencia en territorio mejora la satisfacción de la comunidad
- Se hace necesario buscar estrategias para la distribución domiciliaria en territorios rurales dispersos para los pacientes de programas de gestión de riesgo.
- Contar con una ruta de atención primaria en salud para el territorio, **con procesos claramente definidos**, resulta fundamental para avanzar en las acciones establecidas en dicha ruta. Por ello, es imprescindible llevar a cabo la capacitación y socialización de estos procesos, asegurando que los actores institucionales comprendan cómo proceder y que los pacientes o la comunidad tengan claridad sobre cómo acceder a la ruta.

- 
- Es necesario realizar un **análisis exhaustivo de los procesos de la ruta**, construir aquellos que aún no están establecidos y mejorar aquellos que ya existen.
  - En el marco de las actividades de promoción y prevención de la salud,, se identificó que a través de las gestiones institucionales es posible proponer un proceso eficiente para la **cadena de suministros de medicamentos** en territorios rurales. Es imperativo que este **proceso** esté definido, construido y socializado con los actores institucionales, garantizando así su ejecución efectiva y el cumplimiento de los objetivos planteados, ya sea mediante la distribución el mismo día de la actividad o en fechas posteriores de manera oportuna.

## Limitantes

- La **falta de recursos económicos** para el desplazamiento a los territorios es un común denominador en la ruralidad.
- La delegación de funciones de **gobernanza** territorial a funcionarios de menor nivel, no empoderado y sin liderazgo, entorpece el trabajo de una APS efectiva en territorio.
- Los diagnósticos de la situación de salud de los municipios y los departamentos se hacen con resultados de población atendida (más urbana que rural), mientras que la población rural que es mayor en algunos territorios, por falta de acceso no es representativa en ese diagnóstico
- **La falta de apertura de los funcionarios** para **innovar o cocrear**, quieren tener resultados diferentes, sin cambiar la forma de hacerlos.
- **La ausencia de redes comunitarias de telecomunicaciones** dificulta la implementación de estrategias como la telemedicina, la cual representa una

---

alternativa crucial para brindar atención médica, capacitación y acompañamiento en territorios rurales.

## Algunas recomendaciones para lograr el acceso y derecho a la salud

- Tener **empoderadas a todas las personas** que pertenezcan a un programa de promoción y mantenimiento de la salud (PMS) o de gestión de riesgo o de enfermedades crónicas (diabetes-hipertensión-enfermedades neurodegenerativas).
- Hacer visita al territorio al menos cada tres meses para hacer actividades de control para la PMS de las personas empadronadas y atención a enfermos según sintomatología
- **Capacitar líderes comunitarios (Comité de Salud)** que tengo contacto con la Institución de Salud para hacer control de diabéticos e hipertensos y notificar anomalías y, además, que puedan solicitar cita telefónica para que las personas de la zona rural puedan asistir a una consulta médica al día siguiente o por lo menos antes de tres días por enfermedad no urgente o para avisar a la IPS que va un paciente urgente
- En las zonas donde la única forma de transportarse es el río, se **proponen puestos de salud itinerantes**, con una barcaza, que permita ir vereda por vereda en forma programada, con energía solar, su tamaño dependerá de las distancias, en las zonas terrestres un puesto de salud móvil.
- **Realizar acciones integradas en salud**, involucrando no solo a actores del ámbito de la salud, sino también a sectores como medio ambiente, educación, saberes ancestrales y seguridad alimentaria, entre otros; posibilita una integración completa en las acciones de cuidado de la salud del territorio. Estas acciones

---

están orientadas a abordar de manera integral diversos aspectos, todos ellos centrados en la búsqueda del bienestar del territorio

- **Transportar los medicamentos y el laboratorio al territorio para mejorar su disponibilidad:** Siempre que haya jornadas de salud, transportar los medicamentos y tomar las muestras en terreno para entregar medicamentos básicos inmediatamente después de la consulta y además, tomar las muestras para enviar los resultados al mismo territorio con las comunidades empoderadas.

## Bibliografía

DANE. (2021). *Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras. Resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018* (p. 73) [Informe resultados censo].  
<https://bit.ly/3pe4Uin>

DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y censo nacional de vivienda Vivienda. ¿Cuántos somos?* Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).  
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>

DANE. (2020). *Grupos étnicos*. DANE.GOV.CO.  
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos>

---

DANE - *¿Cuántos somos?* (s. f.). Recuperado 19 de agosto de 2023, de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>  
<https://doi.org/10.1525/jlca.2002.7.2.34>

Astaiza Bravo C, Ximena N, Guarín R, Pepinosa G, Yadira N, Guarín P. Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades. *redalyc.org* [Internet] [cited 2021 Mar 23]; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224568010>

Callizaya, S. (2021). Universidad Mayor De San. *Estadística 1*, 5(48), 01–115. <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25934/T-2902.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

CRIC. (2021). *Ubicación geográfica de los indígenas del Cauca*. <https://www.cric-colombia.org/portal/estructura-organizativa/ubicacion-geografica/>

DANE. (2008). *Que es el DANE*. 1. <https://www.dane.gov.co/files/acerca/PF.pdf>

DANE. (2020). *Dirección de Censos y Demografía. 2019*.

DANE. (2022). *Estadísticas Vitales (EEVV) Defunciones fetales y no fetales I trimestre 2022pr, acumulado 2021pr y año corrido 2022p*. 1–40.

Garzón, S. (2017). *Estrategia integral de atención comunitaria para mejorar las prácticas en el cuidado de la salud de niños y niñas*. 1–14.

Luis S;Gina Ch, Miguel C, Nelson A, Fernando E, César P, Pablo C, Ioseph H, Elizabeth B, Luda V, [tmena Chiriboga, FannyP, Roberto B y Fausto L, F. R. (2007). *Biodiversidad, Bioprospección Y Bioseguridad*. [https://www.fes-ecuador.org/fileadmin/user\\_upload/pdf/509\\_BIOBIO1997\\_0311.pdf](https://www.fes-ecuador.org/fileadmin/user_upload/pdf/509_BIOBIO1997_0311.pdf)

---

Instituto Nacional de Salud. (2021). COVID-19 en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-filtro.aspx>

Medicina F DE, Biotecnología Médica Unidad De Post Grado NY. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 23]. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/909123/factores-culturales-que-influyen-en-la-asistencia-al-control-pr\\_EL2tb7K.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/909123/factores-culturales-que-influyen-en-la-asistencia-al-control-pr_EL2tb7K.pdf)

Minagricultura. (2015). *Censo Nacional Agropecuario 2014*.

MINSALUD. (2010). *Sistema Integral De Información* (Issue X, pp. 1–18). <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaIntegraldeInformaciónSISPRO.aspx#:~:text=El Sistema Integral de Información, y en los procesos esenciales>

Moreno, D. (2020). Apreciaciones, alcances y limitaciones de la APS en Quibdó-Chocó- Colombia, 2009 -2018. *Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública*, 23. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16608/1/MorenoDanny\\_2020\\_APS\\_QuibdoChoco.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/16608/1/MorenoDanny_2020_APS_QuibdoChoco.pdf)

Portela, H., & Bravo, X. (2012). Diálogo intercultural en salud : una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas Intercultural Dialogue in Health : A Strategy to Preserve Medical Knowledge and Practices ab. *Universidad Del Norte*, 37, 180–211. <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194224568010.pdf>

Quinche, V., Garzón, D., Achig, D., & Orellana, A. (2018). Perspectiva actual de usuarios, médicos y curanderos sobre la práctica de la medicina ancestral andina en Cuenca, Ecuador. *Rev. Sedici*, 34(54), 1–18.

Sistema de Información del Medio Ambiente, S. (2013). FICHA TECNICA Sistema de Información del Medio Ambiente Identificación de la Variable Descripción General. *Dane*.

---

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/ambientales/Sima/Cobertura\\_agricola.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/ambientales/Sima/Cobertura_agricola.pdf)

SIHO - Sistema de Gestión Hospitalaria. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de SISPRO website:  
<https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/SIHO-Sistema-de-gestion-hospitalaria.aspx>

Terridata-DNP. (2022). *Fichas y tableros del control de cada territorio*.  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19000>

Terridata. (2021). Recuperado 11 de mayo de 2021, de Salud website:  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19809>

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de Caloto website:  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19142>

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de Cauca website:  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19000>

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de Corinto website:  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19212>

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de Guapi website:

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021, de Guachené website:  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19300>

Terridata. (2021). Recuperado 9 de junio de 2021. Santander de Quilichao.  
<https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/19698>

---

Página en blanco

---

PAGINA TÍTULO DEL CAPÍTULO

Capitulo 3

---

Página en blanco

---

# CAPÍTULO 3

## SALUD DEL TERRITORIO

**Marta Cecilia Jaramillo-Mejía<sup>1</sup>**  
**Lina Marcela Rivas-Tafurt<sup>9</sup>**

### Introducción

En el marco del proyecto "Capacidades Territoriales para Contribuir a la Garantía del Derecho a la Salud en Territorios Rurales Dispersos del Norte del Cauca", se abordaron municipios como Timbiquí, Santander de Quilichao, Caloto, Corinto y Guapi, tal como se mencionó en el capítulo uno. Para llevar a cabo este proceso, se empleó la metodología de Design Thinking con el objetivo de involucrar a todos los tipos de actores, incluyendo instituciones, comunidades e investigadores del proyecto. En este capítulo, nos centraremos en la fase de "Empatizar, Definir e Idear".

Durante este proceso, se llevaron a cabo talleres creativos, grupos focales y entrevistas, utilizando herramientas como post-it. Cada actor respondió a preguntas relacionadas con aspectos vinculados a la salud en el territorio, plasmando sus ideas en post-it que luego se socializaban y agrupaban en una cartelera. A continuación, se detallarán las fases de Design Thinking y las actividades desarrolladas en estas.

---

<sup>9</sup> Universidad Icesi. [mcjara@icesi.edu.co](mailto:mcjara@icesi.edu.co)

---

Es fundamental destacar que este enfoque arrojó resultados significativos al señalar la existencia de diversas necesidades en cada territorio. Aunque algunas necesidades podían ser similares, se identificó que el nivel de prioridad variaba. Los aspectos identificados en los territorios fueron posteriormente descritos y utilizados por los líderes de las instituciones de salud.

## Objetivos

El objetivo general de las fases y talleres mencionados fue comprender y definir los aspectos de la salud en cada territorio desde la perspectiva tanto de la comunidad como de las instituciones de salud. Además, se buscó proponer posibles alternativas para superar los problemas identificados en el ámbito de la salud.

Entre los objetivos específicos se incluyeron:

- Iniciar el proceso de contacto con la comunidad en la primera fase del proceso de innovación social, denominado "empatizar".
- Compartir espacios con la comunidad para conocer su concepción sobre la salud, su cosmovisión, sus tradiciones, los recursos de salud propios de la comunidad y las limitaciones en el acceso al derecho a la salud.
- Recopilar información a través de las actividades propuestas y definir los aspectos y necesidades de salud en los territorios.

---

# Metodología

En el marco de la metodología cualitativa empleada, durante las jornadas se llevó a cabo una presentación del equipo de investigadores del proyecto. La comunidad fue informada sobre la intención de compartirles detalles acerca de un proyecto de salud que se planeaba realizar en el municipio. Durante este proceso, se recogieron las opiniones y sugerencias de los asistentes.

Para llevar a cabo las actividades, se implementó la metodología de talleres creativos, que consistió en fomentar la participación de la comunidad a través de dinámicas, grupos focales, que permitieron profundizar en las percepciones y experiencias de los participantes, y entrevistas, que facilitaron la obtención de información detallada acerca de salud en el territorio, saberes ancestrales, recursos de salud, entre otros.

Estas actividades se apoyaron en materiales didácticos como cartulina, papel periódico, post-it, colores y marcadores, elementos diseñados para ser fácilmente transportados y utilizados en cualquier territorio. El uso de estos materiales amigables proporcionó a la comunidad una sensación de empoderamiento al plasmar sus ideas de manera tangible y accesible en diversos espacios.

A continuación, se mencionan las fases en que se llevaron a cabo los talleres con cada una de las actividades realizadas en las jornadas de trabajo en el territorio:

## **1. Fase 1. conceptualización de la salud e identificación de recursos disponibles**

- **Actividad #1: Identificación de actores**

Esta actividad tuvo como objetivo conocer e identificar los actores disponibles en cada territorio que se relacionan directa o indirectamente con la salud en dichas área. Para lograrlo, se consultó a representantes de los actores institucionales de los seis (6) municipios involucrados en el proyecto, para obtener sus perspectivas sobre los actores relevantes en el ámbito de la salud. Posteriormente, se establecieron relaciones entre estos actores para

---

comprender mejor la dinámica y la interconexión de las diferentes entidades en el contexto de la salud en los territorios

- **Actividad #2: Ubicación en el Mapa del municipio**

En la actividad de ubicación en el mapa, se les pidió a las personas que amablemente señalaran en el mapa la ubicación exacta de su comunidad. Se les animó a trazarla, señalarla con precisión y a agregar el nombre correspondiente. Este ejercicio no solo facilitó la representación gráfica de la ubicación geográfica de cada participante, sino que también proporcionó información valiosa sobre el origen y la procedencia de la comunidad a la que pertenecían.

- **Actividad #3: Concepto de salud y recursos de salud.**

En un primer momento se inicia con un ejercicio reflexivo que consistía en definir el concepto que se tiene sobre salud y reconocer los recursos disponibles para garantizar el acceso, cobertura y calidad de este derecho de la pregunta reto y lluvia de problemas, lo anterior, permite que las personas expresen que es salud para ellos, se relacionan conceptos y se discute los mismos. Por otro lado, se pide a la comunidad que mencione desde su perspectiva los recursos de salud con los que cuentan para atender las necesidades sanitarias, cabe resaltar que, la información anterior es dialogada y agregada en la cartelera.

## **2. Fase 2. identificación y caracterización de problemas**

- **Actividad # 4: Lluvia de problemas**

Mediante esta actividad se buscaba identificar los problemas que afectaban a la comunidad rural respecto a la atención, acceso y cobertura en salud. Para ello se realizó una lluvia de ideas. Esta metodología consistía en que todos los miembros participes en este espacio aportaran una, o varias, problemáticas las cuales, consideran que requieren ayuda o eran producto de una mala implementación en temas de salud. Por otra parte, se realiza una agrupación de la lluvia de problemas en salud.

---

- **Actividad # 5: Matriz de priorización de problemas**

Después de realizado el ejercicio de identificar las problemáticas existentes en el territorio, mediante la creación de una matriz, la cual, pretendía recoger las percepciones del participante, se procedió a priorizar los cinco problemas que requerían mayor atención para la comunidad.

Se pudo evidenciar que los problemas priorizados en el territorio guardan similitud a pesar de ser abordados por comunidades diferentes. En la siguiente tabla se muestra la información detallada de las columnas y las filas, las cuales, fueron diligenciadas de acuerdo con la votación que dieron los asistentes.

- **Actividad # 6: Árbol de problemas**

En esta actividad se solicitó a los participantes escoger dos de los problemas priorizados para realizar un ejercicio mediante el cual se pretendía identificar las causas y efectos de dichos problemas para después, plantear soluciones y proponer metas para superarlos

### **3. Fase 3. visión del futuro**

- **Actividad #7: ¿A dónde se quiere llegar y cómo se puede lograr?**

El siguiente ejercicio realizado pretendía lograr una visualización hacia el futuro deseado en temas de salud. Para ello se realizaron dos preguntas esenciales: ¿a dónde se quiere llegar?, y ¿cómo se puede alcanzar la visión del futuro?

Dichas preguntas se fundamentaban en al análisis de 4 componentes principales: a) fortalezas, aspectos positivos en la realización de la visión del futuro; b) debilidades, aspectos que podrían influir negativamente en lograr el objetivo común respecto a la salud; c) entorno, que se refería al análisis de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de la comunidad; y d) actores, componente en el cual se agrupaban las figuras, organismos, instituciones, etc., que desempeñarían un rol clave

---

en la materialización del objetivo, muchas veces requiriendo trabajo complementario o interseccionalidad.

#### 4. Fase 4. Retos

- **Actividad #8: Pregunta reto. ¿De qué formas podemos alcanzar la visión de futuro?**

La actividad final consiste en escuchar a los asistentes cual puede ser la forma para alcanzar la visión futura, esto con el propósito de que las personas se cuestionen de cómo pueden participar en la solución de los problemas a tratar.

#### 5. Fase 5: Prácticas Tradicionales en la comunidad

- **Actividad #9: Saberes ancestrales**

Dentro del contexto de nuestra iniciativa enfocada en los saberes ancestrales, nos sumergimos en una exploración apasionante con el objetivo de conocer las plantas medicinales que se encuentran en nuestro entorno y entender su uso a lo largo de la historia.

Entablamos conversaciones con miembros de nuestra comunidad para investigar acerca de las plantas medicinales valiosas que han sido sembradas y cultivadas en nuestra región. A través de diálogos enriquecedores, nos sumergimos en el extenso conocimiento de la medicina tradicional que ha sido transmitido de generación en generación.

Las preguntas formuladas tuvieron como enfoque identificar las plantas medicinales presentes en el territorio y explorar las diversas maneras en que han sido empleadas. Investigamos las prácticas y rituales asociados con estas plantas, así como sus aplicaciones específicas en el tratamiento de enfermedades y el cuidado de la salud.

Descubrimos relatos fascinantes acerca de cómo nuestras comunidades han aprovechado las propiedades curativas de estas plantas a lo largo del tiempo. Desde

infusiones que alivian dolores hasta ungüentos que promueven la cicatrización, cada planta medicinal revela un episodio único en la rica historia de la medicina tradicional

Después de completar las actividades, se llevó a cabo el cierre de la jornada, consolidando de esta manera la valiosa información recopilada durante este proceso participativo. Posteriormente, se compartió dicha información con los actores interesados e involucrado

## Resultados

### Fase 1. conceptualización de la salud e identificación de recursos disponibles

#### Actividad #1: Identificación de actores

En estos territorios rurales dispersos, el reconocimiento de los actores disponibles es fundamental para la articulación de soluciones que tengan un impacto significativo. Por lo tanto, uno de los primeros ejercicios llevados a cabo con representantes de las instituciones, fue la identificación de los actores relacionados con la Atención Primaria en Salud y la política de participación social en salud. En esta actividad, los habitantes de los municipios elaboraron listas de actores, estableciendo flujos para comprender las relaciones existentes (ver imagen xx). Además, Los actores identificados durante el ejercicio se clasificaron meticulosamente según sus roles y funciones, agrupándolos en las siguientes categorías clave: **ACTORES POLÍTICOS - GOBIERNO, ONGs / ACTORES SOCIALES, ACTORES DE SALUD y ACTORES COMUNITARIOS**. Esta clasificación estratégica proporciona una visión organizada de los diversos participantes en el ámbito de la atención primaria en salud y la participación social en salud en los territorios (Figura 1, Tabla 1).

FA continuación, se presenta la distribución de los actores en cada categoría:



## Figura 1. Mapa de actores

Tabla 1. Matriz de actores

Actores políticos - gobierno:	ONGS / actores sociales:	Actores de salud:	Actores comunitarios:
Ministerio de Salud Gobernación del Cauca Secretaría de Salud Departamental Alcaldía Municipal Asociación de Municipios Partidos Políticos Concejo Municipal Entes Descentralizados Agencia de Renovación de Territorio Congreso de la República	Tierra de Paz Buemont Usaid OIM Asociación Consejo Comunitarios (ACONC) Asociación Casa del Niño UAFROC CONTROL PLAN ONU BLUEMONT FUNDAMOR TIERRA DE PAZ Universidad del Valle Universidad del Cauca	ESE Norte 2 ACN Integrasalud Hospital Francisco de Paula Santander Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Salud Municipal EAPB IPS IPS Orika Bioho Médicos tradicionales Parteras Sabedores Ancestrales Fundación Propal IPS Privada Guachené Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Supersalud TAPB Sindicatos en salud Quilisalud ESE	Asociación Campesinas Corpoligas Juntas de Acción Comunal COPACO Juntas Indígenas Usuarios CORPOLIGAN Comunidad Consejo Regional Indígena del Cauca Asociación de Cabildos Indígenas Norte Autoridades de Territorio Indígena Plataforma juvenil Mesa de Víctimas Mesa de Discapacidad Asociación Nacional de Usuarios Campesinos

Con base en la información anterior, se ha logrado identificar una diversidad de actores a distintos niveles: local, municipal, regional y nacional. Esta amplia red de participantes refleja la complejidad y la interconexión de las acciones relacionadas con la salud

Es notable que existen diferentes tipos de actores, cada uno desempeñando un papel fundamental para impulsar y dinamizar acciones en el ámbito de la salud. Entre los municipios, se observa una presencia compartida de actores clave. Por ejemplo, la Asociación Consejo Comunitarios (ACONC) se destaca como un actor recurrente en los municipios del norte del Cauca. Además, instituciones como el Hospital de Segundo Nivel Francisco de Paula Santander y la Secretaría Departamental de Salud son actores comunes que desempeñan roles esenciales.

---

Es relevante subrayar que la presencia de actores compartidos entre los municipios crea oportunidades para la colaboración y el intercambio de información. Esta sinergia puede facilitar la gestión de acciones conjuntas, promoviendo un enfoque unificado para el desarrollo de rutas y estrategias que beneficien a la salud de la población en estos territorios. La identificación y reconocimiento de estos actores en común permiten fortalecer la coordinación y la cooperación entre municipios, optimizando así los recursos y maximizando el impacto de las intervenciones en el ámbito de la salud.

### **Actividad #2: Ubicación en el Mapa del municipio**

Cuando consultamos a las personas acerca de su ubicación dentro del municipio, algunos podían proporcionar claramente detalles precisos sobre su posición geográfica. A partir de esta información, se llevó a cabo un proceso reflexivo que permitió identificar puntos clave en las distintas zonas, como por ejemplo puestos de salud. Estos centros de atención médica se convierten en lugares estratégicos, facilitando la asistencia de comunidades de veredas cercanas, fortaleciendo así la accesibilidad a servicios de salud para un conjunto más amplio de habitantes. Este ejercicio no solo permitió cartografiar físicamente el municipio, sino que también generó una comprensión más profunda de la interconexión y la importancia de estos puntos clave en la red de servicios para la comunidad.

A su vez, se puso de manifiesto la clara presencia de diversos puntos clave que desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo de actividades destinadas a mantener la salud en el territorio. Entre estos, se destacaron iglesias, escuelas, zonas deportivas y otros espacios relevantes.

Las iglesias no solo cumplieron una función espiritual, sino que también se erigieron como centros comunitarios, donde se llevaron a cabo actividades sociales y eventos que fortalecieron los lazos comunitarios y contribuyeron al bienestar emocional de los habitantes.

Las escuelas se erigieron como pilares educativos esenciales, proporcionando no solo conocimientos académicos, sino también siendo el escenario para promover prácticas saludables entre los estudiantes. Programas de educación física, charlas sobre nutrición y

---

actividades deportivas fueron parte de las iniciativas que impulsan un estilo de vida activo y saludable.

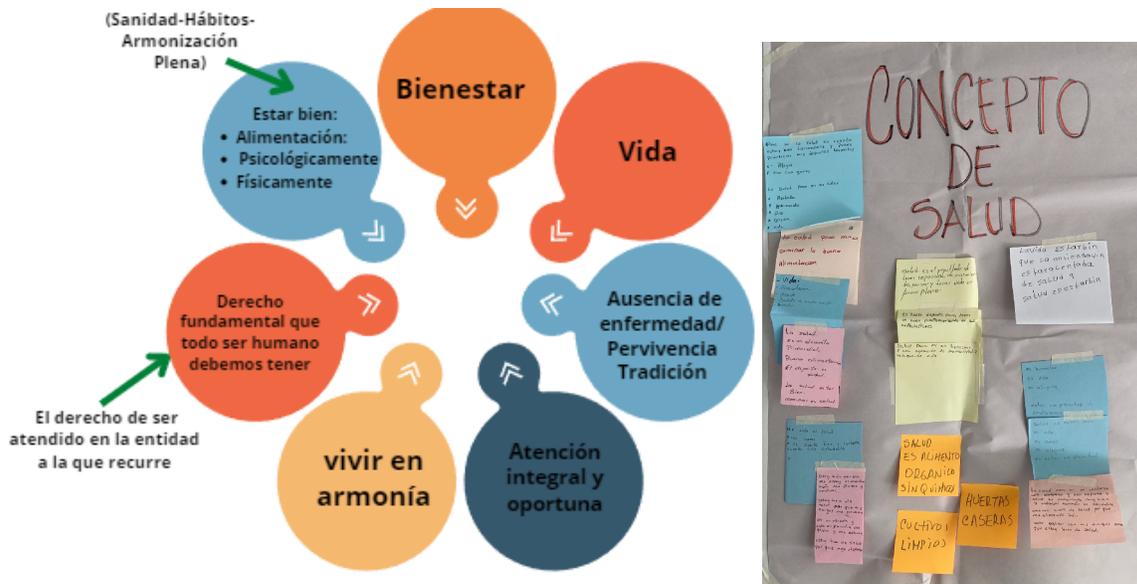
Las zonas deportivas, ya fueran parques, campos de juego o instalaciones recreativas, representaron lugares clave donde la comunidad pudo participar en actividades físicas, fomentando así hábitos que promovieron la salud y el bienestar general.

Otros espacios, como centros culturales, plazas públicas y áreas verdes, contribuyeron a la creación de entornos propicios para eventos, actividades recreativas y la promoción de un sentido de pertenencia y comunidad.

Este mapeo reveló una red interconectada de recursos que no solo fueron infraestructuras físicas, sino también elementos esenciales que trabajaron de manera conjunta para impulsar prácticas y actividades que promovieron la salud y el bienestar en el territorio. Este enfoque integral nos permitió comprender y aprovechar de manera efectiva los recursos disponibles para el beneficio colectivo de la comunidad

### **Actividad #3: Concepto de salud y recursos de salud.**

Esta actividad centrada en el concepto de salud resultó sumamente valiosa, pues nos permitió evidenciar que, tanto para las instituciones de salud como para la comunidad, la salud trasciende la mera ausencia de enfermedad (Figura 2 y 3). Fue revelador observar cómo la comunidad concebía la salud no solo como la ausencia de malestares físicos, sino como un estado integral de bienestar que abarcaba aspectos físicos, mentales, espirituales y sociales.



**Figura 2. Concepto de salud desde el punto de vista de la comunidad**

A través de las respuestas proporcionadas durante la actividad, se destacó que, para la comunidad la salud se asociaba con el bienestar en todos los ámbitos de la vida. Se mencionó la importancia de la actividad física, la relación con el entorno medioambiental, el sentirse bien tanto física como espiritualmente, y la conexión con conceptos como prosperidad y amor.

Las expresiones compartidas, como "cultivos limpios", "la vida es estar bien", "estar alentado" y "la salud es hacer deporte", revelaron una comprensión amplia y holística de la salud. Se enfatizó la importancia de alimentarse adecuadamente, tener la capacidad de realizar actividades cotidianas y mantener relaciones sociales positivas.

La comunidad expresó la noción de que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad, vinculándola con la alegría, el amor, la plenitud de condiciones y la capacidad de cuidarse a sí mismos y a los demás. Estas percepciones diversificadas subrayan la riqueza y complejidad de cómo se entiende y valora la salud en la comunidad, proporcionando una base sólida para futuras acciones y programas centrados en el bienestar integral.



---

evidente por la salud en términos del entorno natural, destacando el cuidado del medio ambiente y sus recursos como elementos cruciales para el bienestar general.

Estas diferencias subrayan la riqueza y diversidad de perspectivas en torno al concepto de salud, mostrando cómo las comunidades, a pesar de similitudes, pueden tener enfoques distintos que reflejan sus experiencias y valores específicos. Estas observaciones ofrecen una base valiosa para comprender y respetar las diversas visiones de la salud, proporcionando un contexto relevante para el diseño de intervenciones y programas de salud culturalmente sensibles.

Las respuestas de la comunidad destacaron la importancia de la actividad física, la conexión con el entorno medioambiental y el bienestar integral. Expresiones como "cultivos limpios", "la vida es estar bien" y "la salud es hacer deporte" resaltan una visión integradora de la salud, subrayando la relevancia de la alimentación adecuada, la capacidad para realizar actividades diarias y la importancia de relaciones sociales positivas.

Es significativo que la comunidad haya asociado la salud con conceptos como la alegría, el amor y la plenitud de condiciones. Estas percepciones diversas reflejan la riqueza y complejidad de la comprensión de la salud en la comunidad, proporcionando una base sólida para futuras acciones centradas en el bienestar.

Además, la identificación de similitudes y diferencias en la percepción de la salud entre la comunidad afrocolombiana y los cabildos indígenas resalta la diversidad de perspectivas en torno al concepto. Estas observaciones son esenciales para adaptar intervenciones y programas de salud culturalmente sensibles a las experiencias y valores específicos de cada comunidad.

En resumen, la actividad centrada en el concepto de salud ha proporcionado una perspectiva completa y enriquecedora sobre cómo la comunidad percibe el bienestar. Más allá de simplemente la ausencia de enfermedad, se ha revelado una comprensión holística que abarca lo físico, mental, espiritual y social.



---

La relación entre salud y aspectos como poseer vida, tener una buena escuela, una clínica eficiente, recursos naturales, espacios para el deporte y promoción de la convivencia, subrayó una visión amplia y conectada del bienestar.

La inclusión de recursos como plantas medicinales, yerbas naturales, prácticas de sobandero, y la mención de hierbas como la penicilina, el pronto alivio, el llantén, y el paico, resalta la valoración de las soluciones naturales y tradicionales para la salud.

En conclusión, este ejercicio resalta la riqueza de recursos y perspectivas en la comunidad, evidenciando la importancia de reconocer y aprovechar tanto los recursos convencionales como los tradicionales para promover una salud integral y sostenible. La comunidad, al reconocer y valorar sus propios recursos, fortalece la resiliencia y sostenibilidad en el cuidado de la salud en su entorno, demostrando una capacidad autónoma y colaborativa en la búsqueda del bienestar.

## **Fase 2. identificación y caracterización de problemas**

### **Actividad # 4: Lluvia de problemas**

Después de llevar a cabo un proceso reflexivo a partir de la lluvia de ideas sobre el concepto de salud y los recursos disponibles, se realizó una identificación de problemas de salud en el territorio, entre los cuales destacan (Figura 5):

- Escasez de agua potable.
- Impacto de los conflictos armados en el territorio.
- Ausencia de fuentes de empleo.
- Pérdida de las prácticas y saberes ancestrales, incluyendo el conocimiento sobre plantas medicinales.
- Deficiencias en los servicios de salud.
- Problemas con económicos y el transporte.

- 
- Falta de promotores de salud.
  - Ausencia de ambulancias.
  - La afectación al medio ambiente debido a la contaminación y la falta de seguridad alimentaria.



**Figura 5. Lluvia de palabras sobre los problemas de salud listados por la comunidad.**

Los problemas identificados se centran en barreras de acceso comunes en territorios rurales, como la falta de infraestructuras adecuadas, acceso limitado a agua potable, conflictos armados, pérdida de prácticas y conocimientos ancestrales, deficiencias en la comunicación comunitaria, uso inadecuado del tiempo libre por parte de los jóvenes, dificultades económicas para acceder a las cabeceras municipales y preocupaciones ambientales como la contaminación de ríos o la fumigación de cultivos. Estos problemas

impactan negativamente en la seguridad alimentaria y representan desafíos significativos para la salud de la comunidad.

A partir de lo expuesto, se evidencia que los problemas de salud no se limitan únicamente a la falta de atención médica, sino que están estrechamente vinculados con otros aspectos sociales y económicos que tienen un impacto directo en la salud de la población en los territorios.

### Actividad # 5: Matriz de priorización de problemas

Después de identificar los problemas de salud en los territorios rurales mediante la participación activa de la comunidad y las instituciones, se procedió a agrupar problemas similares con su colaboración. A cada persona se le proporcionó una matriz con variables priorizadas para que calificaran, en una escala del 1 al 10, la incidencia de cada problema sobre esa variable. Luego, se sumaron los puntos de cada variable y se calculó el promedio. Los problemas con mayores porcentajes se priorizaron por territorio, seleccionando los cinco con mayor calificación, como se presenta a continuación (Figura 6).

UNIVERSIDAD ICESI											
CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA											
PROBLEMA	COMPLEJIDAD	GOBERNANZA	ENFOQUE DIFERENCIAL	INTERSECTORIALIDAD	PRESTACIÓN DE SERVICIO	LEGITIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS	EMPODERAMIENTO	CARACTERÍSTICAS COMUNITARIAS	IMPORTANCIA DE LA COMUNIDAD	REPERCUSIÓN SOCIAL	TOTAL
1 Problema hábito de vida saludable	18	4	14	6	12	4	17	15	12	4	1184440320.00
2 Desigualdad social	10	4	10	6	4	4	16	5	4	12	147.456.000
3 Problemas con la EPS	11	4	10	5	4	17	17	4	4	12	344.678.400
4 Problemas Gobernanza	12	4	9	4	4	12	14	4	9	12	520.224.768
5 Problemas de medio ambiente	10	4	6	4	4	12	16	5	8	12	353.894.400
6 Problemas de servicio de salud	11	12	9	6	4	12	14	4	9	12	1.839.366.144
7 Falta de respeto a Medicina	19	12	9	7	12	12	16	6	7	6	8.803.178.496
8 Modelo Extractivista	11	4	7	5	4	12	19	4	5	12	212.889.600
9 Afectación de actividades de integración y convivencia con la comunidad	19	4	11	4	4	12	12	16	4	10	808.980.480

UNIVERSIDAD ICESI											
CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA											
PROBLEMA	COMPLEJIDAD	GOBERNANZA	ENFOQUE DIFERENCIAL	INTERSECTORIALIDAD	PRESTACIÓN DE SERVICIO	LEGITIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS	EMPODERAMIENTO	CARACTERÍSTICAS COMUNITARIAS	IMPORTANCIA DE LA COMUNIDAD	REPERCUSIÓN SOCIAL	TOTAL
7 Falta de respeto a Medicina tradicional	19	12	8	7	12	12	16	6	7	6	8.803.178.496
6 Problemas de servicio de salud	11	12	8	6	4	12	14	4	9	12	1.839.366.144
1 Problema hábito de vida saludable	18	4	14	6	12	4	17	15	12	4	1.184.440.320
3 Afectación de actividades de integración y convivencia con la comunidad	19	4	11	4	4	12	12	16	4	10	808.980.480
4 Problemas Gobernanza	12	4	8	4	4	12	14	4	9	12	520.224.768
5 Problemas de medio ambiente	10	4	6	4	4	12	16	5	8	12	353.894.400
3 Problemas con la EPS	11	4	10	5	4	12	17	4	4	12	344.678.400
8 Modelo Extractivista	11	4	7	5	4	12	19	4	5	12	212.889.600
2 Desigualdad social	10	4	10	6	4	4	16	5	4	12	147.456.000

## Figura 6. Matriz de priorización de problemas

Posteriormente, se llevó a cabo una matriz de consenso para determinar los dos principales problemas desde la perspectiva de cada actor (institución, comunidad y proyecto), como se muestra a continuación (Tabla 2).

**Tabla 2. Prioridades para la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Materno infantil, mujer, jóvenes (Salud mental), Salud oral y crónicas (adulto, adulto mayor)**

Municipio	Prioridad 1	Responsable	Prioridad 2	Responsable
Guapi	Acceso a servicios de salud por débiles procesos de comunicación intercultural		Falta de comunicación y orientación a la comunidad Falta de información para el cuidado y prevención en salud Acceso a actividades de prevención	
Timbiquí	Acceso a servicios Inoportunidad en DX	EPSs	Falta de un modelo-Rutas	Secretaria de salud y las IPSs
Caloto	Falta de comunicación con los territorios (Jornadas, actividades)	Secretaria de salud y las IPSs	Mal uso del tiempo libre-jóvenes	Secretaria de salud
Corinto	Falta de apoyo estatal para programas diferenciales		Mala atención en salud (Tiempo y calidad)	
Guachené	Pérdida progresiva de la medicina tradicional		Prácticas que confrontan a la autoridad y de los consejos comunitarios	
Santander de Quilichao	Inseguridad alimentaria	Secretaria de salud	Falta de información y comunicación con la comunidad	Secretaria de salud y las IPSs

Esto nos permitió evidenciar que, aunque existen problemas similares en los territorios rurales, cada uno tiene una prioridad única para abordar una necesidad que afecta la salud. Se constató que los problemas no solo eran de naturaleza institucional, sino que también involucraban aspectos sociales y ambientales.

---

Además, se destacó la importancia de no solo integrar a los actores de salud, sino también incluir a otros actores relacionados con el medio ambiente, educación, juventud y otros ámbitos. Este enfoque holístico subraya la necesidad de colaboración interdisciplinaria para abordar los desafíos de salud de manera integral, reconociendo la interconexión entre la salud, el entorno y otros aspectos sociales que influyen en el bienestar de la comunidad. En consecuencia, se reafirma la importancia de adaptar los modelos de salud a las complejidades y prioridades específicas de cada territorio.

### **Actividad # 6: Árbol de problemas**

Se llevó a cabo el análisis del árbol de problemas, centrándonos en los dos problemas prioritarios identificados durante los talleres (Figura 5).

Durante este proceso exhaustivo, se realizaron evaluaciones detalladas de las causas y los efectos asociados, encontrando que, entre las causas comunes de diversos problemas, se encuentran la falta de conocimiento, la falta de capacitación, la falta de involucramiento de la comunidad, la falta de calidad en los servicios de salud, la falta de personal, la falta de comunicación, la contaminación de los ríos, así como la falta de articulación entre los diferentes actores comunitarios e institucionales, entre otros.

Es importante resaltar que estas causas no solo son recurrentes, sino que también tienen consecuencias significativas, como la posibilidad de causar muertes y complicaciones en los pacientes. Este análisis subraya la necesidad urgente de abordar estos problemas de manera integral, involucrando tanto a la comunidad como a las instituciones pertinentes (ver árbol de problemas).

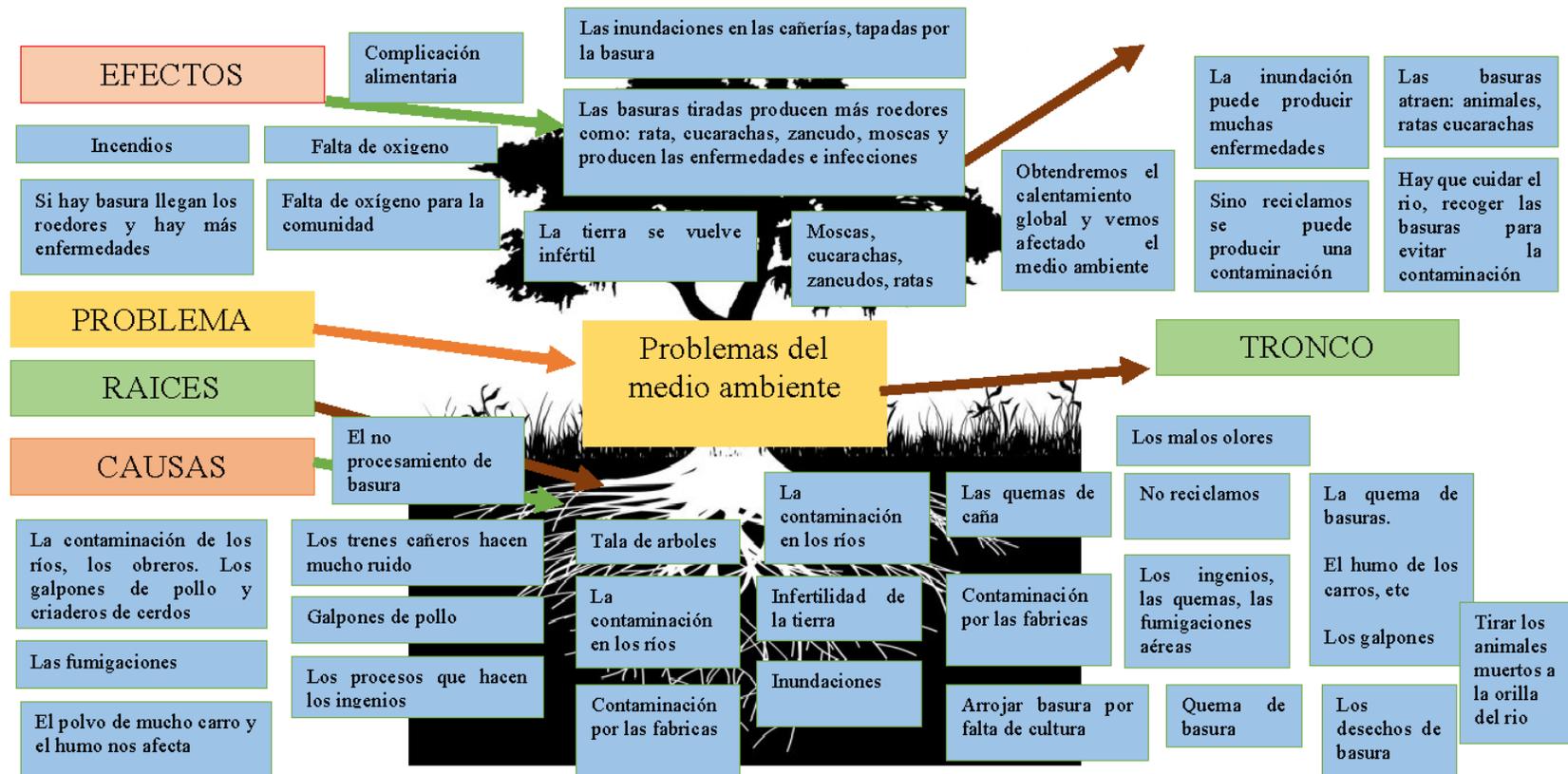


Figura 5. Árbol de problemas

---

### Fase 3. visión del futuro

#### Actividad #7: ¿A dónde se quiere llegar y cómo se puede lograr?

Después de haber transitado por las fases anteriores, se les consultó a los participantes de las actividades acerca de sus aspiraciones en términos de salud y cómo visualizaban el futuro. Muchos coincidieron en la necesidad de recibir mejores atenciones, contar con un mayor número de especialistas, mejorar el entorno ambiental en sus territorios, capacitarse, empoderarse en acciones de salud, activar las rutas de atención, conocer detalladamente dichas rutas, optimizar los convenios, contar con profesionales capacitados, una comunidad instruida en temas de salud, reducir los tiempos de espera para la asignación de citas, garantizar la llegada de medicamentos a los territorios, entre otros aspectos.

Esta visión de futuro se reveló como una herramienta valiosa para que los participantes puedan plantearse retos significativos y proponer soluciones concretas (Figura 6 y 7).



## Visión de Futuro

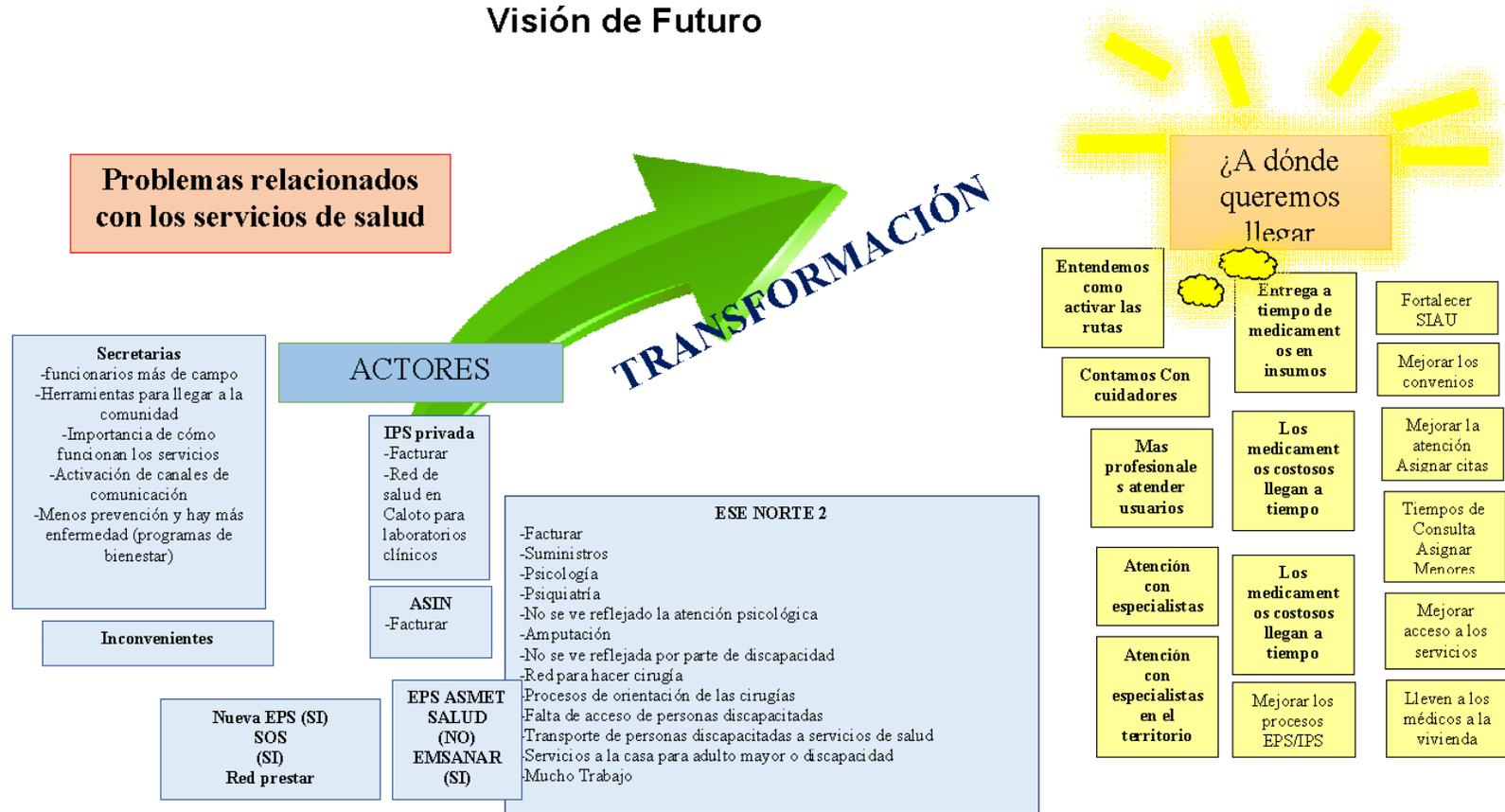


Figura 7. Visión de futuro, preguntas Reto

---

La comunidad, al pensar de manera más integral, consideró aspectos como la educación, el empoderamiento, el cuidado del medio ambiente, la seguridad alimentaria y la colaboración intersectorial e interdisciplinaria. Esta perspectiva holística no solo fortalece la atención médica, sino que también contribuye al desarrollo sostenible y al bienestar general de la comunidad. Al integrar estas dimensiones, se generan sinergias que permiten abordar de manera más efectiva los desafíos de salud, promoviendo un enfoque intersectorial e intercultural, para mejorar la calidad de vida en todos los aspectos.

#### **FASE 4. Retos**

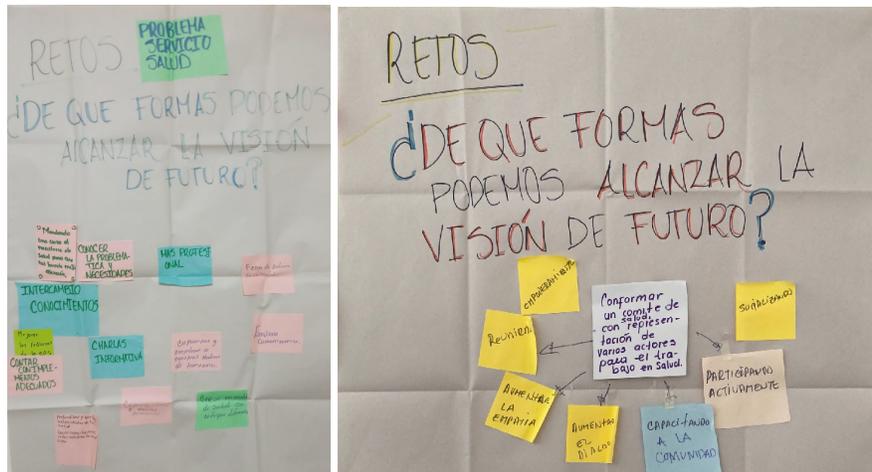
##### **Actividad #8: Pregunta reto. ¿De qué formas podemos alcanzar la visión de futuro?**

En la fase de la pregunta reto, se consultó a las personas sobre las diversas formas de alcanzar la visión de futuro. Surgieron diversas ideas que reflejan la creatividad y el compromiso de la comunidad con la mejora de su salud y entorno. Algunas de las propuestas incluyeron:

- Emprendimientos verdes.
- Concientización de la comunidad.
- Propuesta de un modelo diferencial de salud.
- Alianzas con empresas.
- Apoyo al conocimiento comunitario.
- Siembra de árboles.
- Creación de incentivos para la gestión adecuada de residuos.
- Involucramiento de diferentes actores en la búsqueda de soluciones.
- Capacitación de gestores ambientales en los ríos.
- Realización de jornadas de limpieza.

- 
- Supervisión del uso correcto de las canecas.
  - Trabajo con el reciclaje y emprendimientos relacionados.
  - Colaboración con empresas y la alcaldía para obtener resultados.
  - Separación de residuos en la cocina escolar.
  - Iniciativas como enviar cartas al Ministerio de Salud para mejorar la atención.
  - Conocimiento profundo de la problemática y necesidades de la comunidad.
  - Intercambio de conocimientos.
  - Mejora de los recursos de las EPS.
  - Realización de charlas informativas.
  - Identificación y atención de las necesidades específicas de la salud.
  - Capacitaciones e intercambios en el ámbito médico.
  - Formación de médicos ancestrales.
  - Capacitación y empleo de médicos locales.
  - Feria de saberes ancestrales y creación de una emisora comunitaria.

Este proceso fue especialmente valioso, puesto que, después de las fases anteriores que abordaron conceptos de salud, recursos y problemas, los participantes lograron plasmar cuál era el desafío y cómo podían contribuir con sus capacidades. Este ejercicio generó ideas novedosas y aplicadas al territorio, permitiendo que las personas se sintieran empoderadas e involucradas en un proceso tan importante como lo es la gestión de su salud. En lugar de solo percibir problemas o falta de acceso, la comunidad vislumbró oportunidades para generar un impacto positivo y tangible en su bienestar.



**Figura 8. Pregunta reto**

## Fase 5. Recursos Tradicionales para la salud de las comunidades

### Actividad #9: Saberes ancestrales

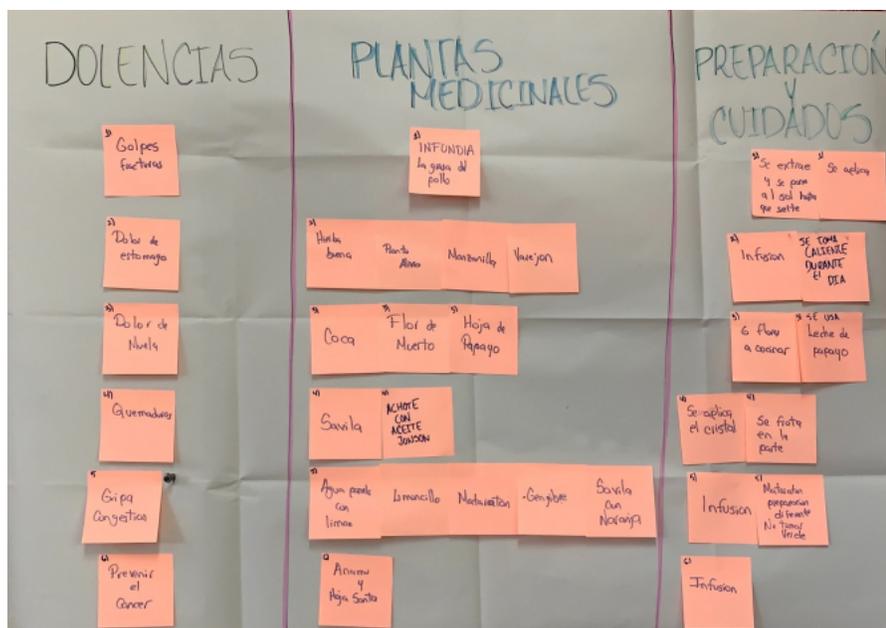
En estos territorios rurales dispersos, las prácticas y saberes ancestrales se revelan como recursos fundamentales para superar los problemas de salud y mantener el bienestar. Reconociendo la importancia de esta tradición, se llevó a cabo una investigación directa con la comunidad, indagando sobre el uso de plantas medicinales, las dolencias para las que eran empleadas, así como sus métodos de preparación y cuidado. Este enfoque resulta crucial para abordar la problemática identificada de la pérdida de la medicina tradicional, un aspecto profundamente arraigado en su cultura y considerado un problema de salud.

La información recopilada fue construida, presentada y socializada por los propios miembros de la comunidad (Tabla 3, Figura 9).

**Tabla 3. Utilidades de la medicina tradicional**

Dolencias	Plantas medicinales	Preparación y cuidado
Golpes fracturas	Infundía la grasa de pollo	Se extrae y se pone al sol hasta que suelta Se aplica
Dolor de estomago	Hierbabuena Pronto alivio Manzanilla Varejón	Infusión Se toma Caliente durante el día

Dolencias	Plantas medicinales	Preparación y cuidado
Dolor de Muela	Coca Flor de muerte Hoja de papaya	6 flores para cocinar Se usa la leche de papaya
Quemaduras	Sábila Achote con aceite Johnson	Se aplica el cristal Se frota en la parte
Gripa, congestión	Agua de panela con limón Limoncillo Matarratón Jengibre Sábila con naranja	Infusión Matarratón, la preparación es diferente porque no se utiliza la parte verde
Prevenir el cancer	Anamú y hoja santa	Infusión



**Figura 9. Recursos tradicionales para la salud**

A continuación, se detallan algunas de las plantas identificadas, sus usos y sus métodos de preparación y cuidado:

- Golpes y fracturas
- Planta: Infusión de grasa de pollo.
- Preparación y cuidado: Extracción y exposición al sol antes de aplicar.

- 
- Dolor de estómago:
    - Plantas: Hierbabuena, Pronto alivio, Manzanilla, Varejón.
    - Preparación y cuidado: Infusión y consumo caliente durante el día.
  - Dolor de muela:
    - Plantas: Coca, Flor de muerte, Hoja de papaya.
    - Preparación y cuidado: Cocinar 6 flores, usar leche de papaya.
  - Quemaduras:
    - Plantas: Sábila, Achote con aceite Johnson.
    - Preparación y cuidado: Aplicación del cristal, frotado en la zona afectada.
  - Gripe y congestión:
    - Plantas: Agua de panela con limón, Limoncillo, Matarratón, Jengibre, Sábila con naranja.
    - Preparación y cuidado: Infusión variada según la planta.
  - Prevención del cáncer:
    - Plantas: Anamú y hoja santa.
    - Preparación y cuidado: Infusión.

Además, se compartieron experiencias y conocimientos más amplios sobre medicinas tradicionales, incluyendo la moringa para fortalecer las defensas, la fiebre, para las lastimaduras, entre otros. Se destacó la importancia de agruparse para brindar apoyo y capacitación a quienes lo necesiten en la comunidad, para mantener sus saberes y transmitirlos a los más jóvenes.

---

Cabe mencionar que esta información se profundiza en el capítulo 5 sobre saberes ancestrales, donde se exploran relatos contados por los sabedores y las mayores. A través de este proceso, los participantes compartieron experiencias comunes y descubrieron nuevas facetas de las plantas, fortaleciendo la conexión con su herencia cultural y promoviendo el intercambio de sabiduría en los territorios.

## CONCLUSIONES

Es importante destacar las apreciaciones expresadas por los participantes durante la actividad:

- **Deseo de Aprender:** Hubo un interés evidente entre los participantes por aprender más sobre cómo empoderarse en cuestiones relacionadas con la salud. Este anhelo refleja la voluntad de la comunidad de adquirir conocimientos y habilidades que les permitan tomar un papel más activo en el cuidado de su bienestar.
- **Involucramiento intersectorial e intercultural:** Se manifestó el deseo de involucrar a personas de diferentes edades dentro de la comunidad. Esta aspiración destaca la importancia de crear conexiones sólidas entre las generaciones, reconociendo la relevancia de la experiencia y la perspectiva de cada grupo etario en el abordaje integral de los problemas de salud. A su vez, evidenciaron la importancia de trabajar con diferentes actores.
- **Reconocimiento de Fallos Institucionales:** Los participantes no solo señalaron las fallas existentes en las instituciones de salud, sino que también expresaron el deseo de construir y conocer las rutas para acceder a servicios de salud de calidad. Este reconocimiento y la voluntad de colaborar en la mejora de los servicios de salud resaltan la importancia de la participación comunitaria en la construcción de soluciones efectivas y adaptadas a sus necesidades específicas.

En resumen, a pesar de la limitación en la realización de ciertas actividades planificadas, la riqueza de las interacciones y las perspectivas expresadas por la comunidad, las instituciones y los

---

integrantes del proyecto durante las fases proporcionan valiosas pistas sobre las áreas de interés y necesidades prioritarias que deben abordarse en futuras intervenciones de salud.

portada

---

página en blanco

---

# CAPÍTULO 4

## USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES

Luz Elena Triana Vidal  
Jorge Mario Becoche Mosquera  
Erika Ramírez  
Universidad Libre  
[luz.trianav@unilibre.edu.co](mailto:luz.trianav@unilibre.edu.co)

*“El uso de las plantas medicinales para el cuidado de la salud en las comunidades afrodescendientes de los municipios de Guachené, Corinto, Caloto, Santander de Quilichao, Timbiquí y Guapi”*

## Introducción

El presente trabajo titulado *“Uso de las plantas medicinales para el cuidado de la salud en las comunidades afrodescendientes de los municipios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi”*, se realiza con el propósito de describir el uso de las plantas medicinales, para el cuidado de la salud a través de información suministrada por las comunidades afrodescendientes de los municipios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi.

---

Para alcanzar el objetivo general, se han planteado dos objetivos específicos por territorio: primero, registrar el nombre de la planta medicinal y la enfermedad asociada a su uso y segundo, comparar el uso de las plantas medicinales entre territorios.

Para introducir esta investigación acerca del uso de las plantas medicinales en las comunidades de estudio, desarrollaremos primeramente un marco normativo con las definiciones de medicina ancestral para el estado colombiano, los principales lineamientos nacionales e internacionales vigentes sobre medicina tradicional, con énfasis en las comunidades Afrocolombianas y finalmente, la normatividad sobre el uso de plantas medicinales; ejemplificando el marco legislativo del Viche como preparado farmacéutico de las comunidades Afro en Colombia.

Seguidamente se presentarán antecedentes de algunos estudios publicados sobre plantas medicinales desarrollados en los municipios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi

## Marco Normativo

### **Lineamientos internacionales y nacionales sobre la medicina tradicional, con énfasis en las comunidades Afrocolombianas**

En el cumplimiento del derecho a la salud como un derecho Universal, se deben desarrollar estrategias que permitan la inclusión de la población vulnerable (Afrocolombiana e indígena, entre otros) como beneficiaria de los programas, planes y proyectos de salud. Dichas estrategias sugieren la incorporación de enfoques diferenciales e interculturales de atención en salud, es decir servicios de salud centrados en las personas, las familias y las comunidades.

Para obtener este enfoque diferencial e intercultural, se necesita una articulación entre el sistema de salud convencional con las comunidades, entendiendo y reconociendo las diferencias conceptuales y prácticas entorno a la Salud. Con el fin de enmarcar este acercamiento, la OMS y el gobierno colombiano exponen lineamientos sobre la medicina

---

tradicional; a continuación, se mostrarán las principales reglamentaciones internacionales y nacionales sobre la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales.

En 1977 en la Declaración de Alma-Ata la OMS se manifiesta la necesidad de desarrollar sistemas de atención primaria en Salud con enfoques diferenciales y culturales, en este documento se reconoce el valor de la medicina no tradicional en el cuidado de la salud de los pueblo, se cita “la medicina tradicional y los elementos terapéuticos de reconocida utilidad como farmacología, fitoquímica, antropología y clínica, como se viene haciendo en varios países del mundo”(World Health Organization, 1978).

En el documento titulado “la estrategia mundial de la medicina tradicional”, en el año 2002, la OMS tiene la necesidad de articular la medicina tradicional en el marco de la Atención Primaria en Salud. Aunque esta integración es claramente particular a cada territorio, se establecen 5 pautas para direccionar la articulación: generación de estudios sobre el uso de la medicina tradicional; análisis del financiamiento en personal de salud capacitado; legislación sobre la práctica profesional medicina tradicional; y la promoción del acceso a la medicina tradicional en el marco de los sistemas de salud (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002).

En la última actualización de la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional para el periodo 2014-2023, se muestran algunos ejemplos de la articulación de la medicina tradicional a través políticas públicas y en prácticas tradicionales en sistemas de salud convencionales, pese a lo citado, se recalca que a la realización de investigaciones sobre la reglamentación de la medicina tradicional (World Health Organization (WHO), 2013).

En este documento, se plantea establecer tres sectores estratégicos: 1) la construcción de la base de conocimientos que permitirá gestionar activamente la medicina tradicional por medio de políticas nacionales apropiadas; 2) el fortalecimiento de la garantía de calidad, la seguridad, el uso adecuado y la eficacia de la medicina tradicional mediante la reglamentación de los productos, las prácticas y los profesionales y 3) el fomento de la cobertura sanitaria universal a través de la integración de la medicina tradicional en la prestación de servicios de salud y la auto atención de salud.

---

Ahora bien, para abordar el contexto colombiano, se presentará primeramente las definiciones de medicina ancestral para el estado colombiano y los dos sistemas de medicina tradicional reconocidos, para seguidamente nombrar los principales lineamientos vigentes sobre medicina tradicional y finalizar en la reglamentación acerca del uso de plantas medicinales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ha denominado medicina tradicional a la atención que realizan los sabedores y sabedoras tradicionales de los grupos étnicos de Colombia (Negritudes, raizales, afrodescendientes, ROM-Gitanos, indígenas); y Medicinas y Terapias Alternativas, orientales y Complementarias (MTAC) para referirse a “aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”(Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018).

En Colombia se ha reconocido dos sistemas de medicina tradicional, el Chamanismo y el Curanderismo. Las formas de curanderismo frecuentemente usadas están representadas en las parteras, los hierbateros, los sobanderos y los rezanderos. Se definen a las parteras, los hierbateros, los sobanderos y los rezanderos como practicante de medicina tradicional, cuyos conocimientos han sido adquiridos ancestralmente y solucionan problemas de salud por medio de masajes, plantas medicinales, en combinación o no con rezos y pases mágicos (Laza-Vásquez, 2009).

Continuando con lo propuesto, una vez establecido el concepto de medicina tradicional en Colombia, se presentarán los lineamientos y normatividad formulada sobre medicina ancestral y el enfoque intercultural-diferencial:

La ley 70 de 1993 establece que, para la gestión territorial integral en salud, los planes territoriales se realizarán con la participación de los representantes de las comunidades, para que consigan reflejar las aspiraciones de las comunidades negras en materia de desarrollo (Congreso de la República de Colombia, 1993).

---

La Ley 1164 de 2007”, en los artículos 7 y 19; se regula el ejercicio de las medicinas tradicionales, complementarias e integrativa (Congreso de la República de Colombia, 2007).

La Ley 1438 de 2011 en el capítulo 3, incluye la Interculturalidad para la implementación de la Atención Primaria en Salud, integrando las prácticas alternativas y complementarias para la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2011).

La Ley 1751 de 2015 nombra a la interculturalidad como un componente del derecho a la salud, el cual reconoce “el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global”(Congreso de la República de Colombia, 2015).

La resolución 429 de 2016, en su artículo 2, fundamenta el marco estratégico de la PAIS en la Atención Primaria, incluyendo la interculturalidad de manera transversal en los diferentes componentes del Modelo (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016).

La Resolución 2063 de 9 junio de 2017 establece la política de participación Social en Salud como un instrumento que permiten reconocer las necesidades de salud específicas, dentro de los territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En resolución 1035 de 2022 se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que establece el marco estratégico para la integración de la interculturalidad en la gestión territorial de la salud pública con las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras, direccionando a la construcción de espacios de diálogos de saberes entre los sistemas de salud convencionales y racionales en los territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

---

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 relaciona la gestión territorial integral en salud de las comunidades Negras a través de dos instancias, la consultiva de alto nivel y el espacio nacional de consulta previa. La primera está estructurada a partir de las organizaciones de base, como consejos comunitarios y comunidad en general; y la segunda, el espacio nacional de consulta previa como la instancia participativa conformada por comisiones de salud, educación y jurídicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

La Comisión III del Espacio Nacional de Consulta Previa se define estrategia metodológica, que presenta los lineamientos técnicos para el desarrollo de la caracterización de la situación de salud con enfoque étnico y el diagnóstico de salud de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Finalmente, se mostrarán los lineamientos sobre el uso de las plantas medicinales en Colombia, que está reglamentado por el decreto 156 de 2018; que direcciona el régimen de registro sanitario de productos fito-terapéuticos y se expondrá el adelanto legislativo, para consolidar al Viche como un preparado farmacéutico de las comunidades Afrodescendientes (Jaramillo-Castillo, 2021).

## **Normatividad sobre el uso de plantas medicinales**

Decreto 156 de 2018. Se define como planta medicinal, a la muestra vegetal entera, fresca o desecada, que se usa con fines terapéuticos. La planta evidencia actividad terapéutica mediante el conocimiento tradicional o investigaciones experimentales.

Decreto 156 de 2018. Las plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos pertenecen al listado de plantas medicinales aceptadas con fines terapéuticos, donde se ha determinado los niveles de seguridad y eficacia de su uso.

Decreto 156 de 2018. Las preparaciones usando plantas medicinales, son productos seguros y con eficacia comprobada, con una dosis terapéutica establecida y se utiliza para la prevención y/o tratamiento de diferentes enfermedades.

---

El 15 de septiembre de 2021 se aprobó en cuarto debate de plenaria del Senado la Ley que reconoce el Viche del pacífico colombiano como patrimonio nacional para las comunidades negras y el país (Jaramillo-Castillo, 2021).

## **Antecedentes del uso de las plantas medicinales de las comunidades Afrocolombianas de los municipios:**

**(Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi)**

### **Datos demográficos**

Cauca es uno de los departamentos más diversos geográficamente, en Colombia; presenta 42 municipios, los cuales se agrupan en 7 subregiones, con climas que van desde los páramos hasta selvas y valles como en la costa pacífica o el valle del Patía. Este diverso departamento se encuentra habitado por indígenas, mestizos, afros y campesinos; la mayor parte de la población caucana está asentada sobre el corredor de la vía Panamericana y que atraviesa, en sentido sur-norte, el departamento, en medio de las cordilleras Occidental y Central. Allí se establecieron las cabeceras municipales de la mayor parte de los municipios del Cauca (Gobernación del Cauca, 2020).

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 (DANE, 2018), señala que la mayor parte de la población vive en centros poblados y áreas rurales dispersas (60%), es decir, hay una predominancia de personas viviendo en zona rural, tendencia que se mantiene en la

---

misma proporción con respecto a 2005. La mayoría de las personas que vive en zonas rurales son hombres (51%), mientras que, la mayoría de las personas que vive en zonas urbanas son mujeres (53%). De esta población, se estima que 255.839 personas son pertenecientes a las comunidades Negras y Afrocolombianas, organizados en 79 consejos comunitarios (Gobernación del Cauca, 2020).

La subregión Norte del Cauca está conformada por 13 municipios: Buenos Aires, Caloto, Corinto, Jambaló, Miranda, Padilla, Puerto Tejada, Santander de Quilichao, Suárez, Toribio, Villa Rica, Caldono y Guachené; cuenta con una población de 445.533 habitantes, de los cuales 163.952 personas que equivale a 37% están en la parte urbana y 281.581 personas (63%) en la zona rural (Gobernación del Cauca, 2020). El norte del Cauca cuenta con una población afrocolombiana de 169.552 habitantes según información DANE año 2005.

A su vez, en la Subregión Pacífico se encuentran los municipios de Guapi y Timbiquí, con 24.037 y 72.296 habitantes, respectivamente (Jaramillo-Castillo, 2021). La población Afrocolombiana es mayoritaria en esta región del departamento y su acervo cultural constituye una de las mayores riquezas del país (Gobernación del Cauca, 2020).

Basado en la gran diversidad demográfica y cultural del departamento del Cauca, a continuación, se presentan algunos antecedentes bibliográficos del uso de las plantas medicinales en el departamento del Cauca y en los territorios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi.

## **El uso de las plantas medicinales**

En la actualidad existe un el atlas de las plantas medicinales y los frutales de las comunidades afro del norte del Cauca, ejecutado por FIAN Colombia y constituye un aporte para mejorar la transmisión de conocimientos de las abuelas y los abuelos a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Se registraron 20 plantas medicinales, entre las que se encuentran: achote, anamú, azafrán, cimarrón, diente de león espinaca (Salcedo-Fidalgo et al., 2019).

Montes-Rojas & Paz-Concha (2015), reconocieron y colectaron especies vegetales útiles en alimentación y medicina local y el conocimiento asociado a su uso y manejo en El

---

Tambo y Timbío, Cauca, como resultado del proceso de investigación se recopiló el conocimiento de 41 especies de uso medicinal, las dos familias con mayor reposte están las Malvaceae y Apiaceae.

En el año 2016, Vasco-Bastidas (2016) desarrolló la etnobotánica de la medicina tradicional afrocolombiana en el corregimiento de San Nicolás, municipio de Caloto. En esta investigación, las plantas medicinales se clasifican en dos grandes grupos: las frescas y las calientes. Las plantas frescas son utilizadas para curar las enfermedades febriles, como la gripa, paludismo, dengue; y las plantas calientes sirven para sacar el frío del cuerpo, como sereno, dolores reumáticos, entre otras. La autora afirma que, en San Nicolás, existe una pérdida del saber ancestral, que a su vez se relaciona con la pérdida de apropiación de este conocimiento, por nuevas generaciones.

Valoyes-Milán & Palacios-Palacios (2020), obtuvieron 276 registros para el departamento del Cauca sobre el uso de plantas medicinales; las familias más representativas en el Cauca fueron Piperaceae (132 usos) y Asteraceae (127 usos). Los problemas de salud con mayor número de tratamientos fueron mordedura de serpiente (209) y heridas en la piel con (77). Respecto a los grupos humanos, los Afrocolombianos obtuvieron el mayor número de registros, seguidos por los indígenas y los mestizos.

Perlaza-Rayó (2020), desarrolló el trabajo titulado: medicina tradicional en Guapi: percepción del sabedor respeto a su práctica tradicional y su relación con la comunidad; en este estudio no se relatan el uso específico de las plantas medicinales, se concluye que los recursos e insumos que se utilizan los sabedores para curar las enfermedades son plantas y oraciones, por lo tanto, es necesario para ellos tener en sus hogares tener un cultivo de plantas para poder atender las emergencias.

Polindara-Moncayo & Sanabria-Diago (2022), describieron 101 especies de plantas medicinales, que fueron categorizadas en frías, calientes, frescas o celosas. Se destaca como resultado, que las especies con mayor número de formas de administración o aplicación son: *Bixa orellana* (achiote), *Gliricidia sepium* (matarratón), *Petiveria alliacea* (anamú), *Solanum americanum* (hierba mora) y *Urera caracasana* (ortigo).

---

Bajo este panorama bibliográfico, se resalta como el uso de plantas medicinales depende de cada territorio; por esta razón, el presente estudio pretende realizar un levantamiento del uso de plantas medicinales por territorio, para posteriormente realizar un análisis comparativo que permita identificar las diferencias y similitudes en el uso de plantas medicinales, en las comunidades afrodescendientes de los municipios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi.

## Metodología

### Recolección de la información

El estudio se realizó en los municipios de Guachené, Corinto, Santander de Quilichao, Caloto, Timbiquí y Guapi. La selección de los sujetos fue por convocatoria abierta que cumpliera con las siguientes características: habitante rural, líder comunitario y perteneciente a los consejos.

Para la recolección de la información se aplicaron técnicas como: observación directa, entrevistas a profundidad y los grupos focales. A través de los grupos focales se buscó responder la pregunta ¿Cuáles plantas medicinales usan?, las respuestas fueron plasmadas en forma escrita y socializadas dentro de los grupos; de esta forma se obtuvieron datos adicionales a los expuestos inicialmente.

### Clasificación de la información

Los registros obtenidos fueron categorizados por nombre común de la planta, especie, uso medicinal, preparación y municipio. El análisis de datos asoció la variable especie con las variables: uso medicinal y municipio.

---

# Resultados

## Síntomas frecuentemente tratados con plantas medicinales

Con el fin de identificar cuales síntomas se tratan con mayor costumbre con plantas medicinales, se agruparon los síntomas reportados de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE), como se muestra en la tabla 1. Se encontró que, los síntomas que frecuentemente son tratados con plantas medicinales son los asociados a enfermedades del sistema digestivo (29,13 %) y sistema respiratorio (25,24 %); seguido del uso para afecciones cutáneas (10,68 %), inflamación general (10,68 %), sistema genitourinario (7,77 %), otros (5,83 %) y en menor proporción, para enfermedades tropicales (2,91 %), de la sangre (2,91 %), genéticas (1,94 %), del sistema nervioso (0,97 %), inmune (0,97 %) y osteomuscular (0,97 %) (Tabla 1)

**Tabla 1. Agrupación de los síntomas tratados con plantas medicinales de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (CIE)**

Grupo de enfermedades	Síntoma tratado con plantas medicinales	% uso de plantas
Enfermedades del sistema digestivo	Parásitos intestinales, diarrea, cólicos, indigestión, daños del hígado, dolor de dientes	29,13 %
Inflamación en general	Artritis, dolor generalizado, desinflamar, infecciones	9,71 %
Enfermedades del sistema nervioso	Dolor de cabeza, nervios	0,97 %
Enfermedades cutáneas	Cerrar heridas, quemaduras	11,65 %
Enfermedades respiratorias	COVID-19, dolor de garganta, tos	25,24 %
Enfermedades del sistema genitourinario	Flujo vaginal, cistitis, dolor menstrual, Prevenir abortos, aumentar contracciones, próstata	7,77%
Enfermedades de la sangre	Diabetes, hemorragia	2,91 %
Enfermedades del sistema osteomuscular	Dolor en las articulaciones	0,97 %

Grupo de enfermedades	Síntoma tratado con plantas medicinales	% uso de plantas
Enfermedades tropicales	Malaria, dengue, chagas	2,91 %
Enfermedades genéticas	Cáncer	1,94 %
Enfermedades del sistema inmune	Baja de defensas	0,97 %
Otros	Fiebre	5,83 %

## Registro de las plantas medicinales y el uso terapéutico dado por las comunidades

Se identificaron 103 plantas de 52 especies, con uso medicinal y terapéutico. Estas plantas pertenecen a 30 familias, siendo Asteraceae y Lamiaceae, las familias con mayor número de especies de plantas medicinales (Tabla 2).

Los resultados obtenidos, muestran que la planta más usada es el paico (*Dysphania ambrosioides*), destinada principalmente para el control de parásitos intestinales (6,80 %). Igualmente, encontramos que el eucalipto (*Eucalyptus* sp.) (4,85 %), el jengibre (*Zingiber officinale*) (3,88 %), el limón (*Citrus x limon*) (1,94 %), el limoncillo (*Cymbopogon citratus*) (4,85 %) y la moringa (*Moringa oleifera*) (4,85 %) son empleados para tratar enfermedades respiratorias; la hierba mora (*Solanum americanum*) (4,85 %), en el tratamiento de afecciones cutáneas y la hierbabuena (*Mentha x piperita*) (2,91 %) y la manzanilla (*Matricaria chamomilla*) (4,85 %), en el tratamiento de enfermedades digestivas. Otras plantas como el aguacate (*Persea americana*) (1,94 %), el anamú (*Petiveria alliacea*) (1,94 %), el boldo/acetaminofén (*Peumus boldus*) (4,85 %), la caléndula (*Calendula officinalis*) (3,88 %), el matarratón (*Gliricidia sepium*) (4,85 %), pronto alivio (*Lippia alba*) (2,91 %), ruda (*Ruta graveolens*) (1,94 %), sábila (*Aloe vera*) (1,94 %) y santa maría (*Tanacetum parthenium*) (1,94 %) pueden ser usadas para tratar enfermedades de diferentes sistemas del cuerpo humano y su uso varía entre los territorios abordados en esta investigación (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de las plantas más usadas en los territorios de estudio con su respectiva aplicación terapéutica a los diversos grupos de enfermedades y su porcentaje de uso.

Nombre común	Nombre científico	Territorio	Aplicaciones terapéuticas	Grupo de enfermedades	% uso de planta
Paico	<i>Dysphania ambrosioides</i>	Guapi	Covid-19	Enfermedades respiratorias	6,80%
		Guapi	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
		Stder. de Quilichao	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
		Guachené	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
		Corinto	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
		Caloto	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
		Timbiquí	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	
Boldero/aceta minofén	<i>Peumus boldus</i>	Guapi	Parásitos intestinales	Enfermedades del sistema digestivo	4,85%
		Stder. de Quilichao	Dolor	Inflamación general	
		Guachené	Dolor	Inflamación general	
		Caloto	Dolor	Inflamación general	
		Timbiquí	Fiebre	Otros	
Eucalipto	<i>Eucalyptus sp.</i>	Guapi	Covid-19	Enfermedades respiratorias	4,85%
		Stder. de Quilichao	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Guachené	Covid-19	Enfermedades respiratorias	

Nombre común	Nombre científico	Territorio	Aplicaciones terapéuticas	Grupo de enfermedades	% uso de planta
		Corinto	Fiebre	Otros	
		Corinto	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
<b>Hierba mora</b>	<i>Solanum americanum</i>	Guapi	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	4,85%
		Stder. de Quilichao	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	
		Guachené	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	
		Corinto	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	
		Timbiquí	Heridas	Enfermedades cutáneas	
<b>Limoncillo</b>	<i>Cymbopogon citratus</i>	Guapi	Covid-19	Enfermedades respiratorias	4,85%
		Stder. de Quilichao	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Guachené	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Corinto	Fiebre	Otros	
<b>Limoncillo</b>	<i>Cymbopogon citratus</i>	Caloto	Gripe/congestión	Enfermedades respiratorias	4,85 %
<b>Manzanilla</b>	<i>Matricaria chamomilla</i>	Guapi	Dolor de estómago	Enfermedades del sistema digestivo	4,85%
		Corinto	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Caloto	Dolor de estómago	Enfermedades del sistema digestivo	
		Caloto	Gripe/congestión	Enfermedades respiratorias	
		Caloto	Cólicos	Enfermedades del sistema digestivo	
<b>Matarratón</b>	<i>Gliricidia sepium</i>	Guapi	Malaria	Enfermedades tropicales	4,85%

Nombre común	Nombre científico	Territorio	Aplicaciones terapéuticas	Grupo de enfermedades	% uso de planta
		Guapi	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Guapi	Fiebre	Otros	
		Guachené	Fiebre	Otros	
		Caloto	Gripe/congestión	Enfermedades respiratorias	
<b>Moringa</b>	<b><i>Moringa oleifera</i></b>	Stder. de Quilichao	Covid-19	Enfermedades respiratorias	4,85%
		Guachené	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Corinto	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Caloto	Defensas	Enfermedades del sistema inmune	
		Timbiquí	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
<b>Caléndula</b>	<b><i>Calendula officinalis</i></b>	Guapi	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	3,88%
		Guapi	Desinflamar	Inflamación general	
		Guachené	Cerrar heridas	Enfermedades cutáneas	
		Caloto	Cólicos	Enfermedades del sistema digestivo	
<b>Jengibre</b>	<b><i>Zingiber officinale</i></b>	Stder. de Quilichao	Covid-19	Enfermedades respiratorias	3,88%
		Guachené	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Corinto	Covid-19	Enfermedades respiratorias	
		Caloto	Gripe/congestión	Enfermedades respiratorias	
<b>Hierbabuena</b>	<b><i>Mentha x piperita</i></b>	Guapi	Covid-19	Enfermedades respiratorias	2,91%

Nombre común	Nombre científico	Territorio	Aplicaciones terapéuticas	Grupo de enfermedades	% uso de planta
		Guapi	Dolor de estómago	Enfermedades del sistema digestivo	
		Caloto	Dolor de estómago	Enfermedades del sistema digestivo	

Pronto alivio	<i>Lippia alba</i>	Stder. de Quilichao Corinto Caloto	Covid-19 Fiebre Dolor de estómago	Enfermedades respiratorias Otros Enfermedades del sistema digestivo	2,91%
Aguacate	<i>Persea americana</i>	Guapi Guachené	Diabetes Dolor de estómago	Enfermedades de la sangre Enfermedades del sistema digestivo	1,94%
Anam	<i>Petiveria alliacea</i>	Stder. de Quilichao Caloto	Dolor Prevenir cancer	Inflamación general Enfermedades genéticas	1,94%
Limón	<i>Citrus x limon</i>	Guapi Stder. de Quilichao	Covid-19 Covid-19	Enfermedades respiratorias Enfermedades respiratorias	1,94%

Nombre común	Nombre científico	Territorio	Aplicaciones terapéuticas	Grupo de enfermedades	% uso de planta
Menta	<i>Mentha x piperita</i>	Guapi Guachené	Dolor de estómago Nervios	Enfermedades del sistema digestivo Enfermedad del sistema nervioso	1,94%
Ruda	<i>Ruta graveolens</i>	Stder. de Quilichao Corinto	Hemorragia Infecciones	Enfermedades de la sangre Inflamación general	1,94%
Sábila	<i>Aloe vera</i>	Guapi	Dolor de estómago	Enfermedades del sistema digestivo	1,94%

		Caloto	Quemaduras	Enfermedades cutáneas	
Santa maría	<i>Tanacetum parthenium</i>	Guapi	Malaria	Enfermedades tropicales	1,94%
		Timbiquí	Cistitis	Enfermedad del sistema genitourinario	

## Comparación del uso de las plantas medicinales entre los territorios

A partir de los análisis de datos realizados, se encontró que los seis municipios comparten el uso del paico (*D. ambrosioides*) o en el control de parásitos intestinales; *S. americanum* o hierba mora para cerrar heridas (a excepción de Caloto, del cual no se tiene información) y en los municipios de Stder de Quilichao, Guachené y Caloto, al boldo/acetaminofén (*P. boldus*) para tratar el dolor general. En cuanto a enfermedades respiratorias, el municipio de Stder de Quilichao utiliza las cinco plantas reportadas para el tratamiento de enfermedades respiratorias (eucalipto, jengibre, limón, limoncillo y moringa) y comparte con los municipios de Guachené y Corinto la utilización del eucalipto (*Eucalyptus* sp.).

La moringa (*M. oleifera*) y el jengibre (*Z. officinale*) y moringa fueron las plantas comúnmente utilizadas para tratar el covid-19 en el norte del Cauca; mientras que en Timbiquí y Guapi se utilizó el matarratón, comúnmente usado como antifebril para los episodios febriles relacionados al paludismo.

De igual forma, se observa que, dentro de los municipios estudiados, se pueden presentar dos panoramas: 1. La predominancia en el uso de una sola especie de planta para tratar varios síntomas de enfermedades. 2. Las comunidades pueden usar diversas especies de plantas para tratar una misma sintomatología. Por ejemplo, en los territorios de Caloto y Guapi, existe la predominancia de las plantas manzanilla (*C. nobile*) y matarratón (*G. sepium*), respectivamente. La manzanilla es la planta de mayor uso en Caloto para tratar dolor de estómago, gripe/congestión y cólicos y el matarratón es la planta de mayor uso en Guapi para tratar malaria, covid-19 y fiebre.

También se reportan algunas formas de preparación más comunes con sus nombres científicos y nombres vernáculos. Estas plantas son utilizadas por sus propiedades medicinales y beneficios para la salud en diferentes formas como infusiones, cocimientos, maceradas y zumos. Entre ellas encontramos el *Aloe vera*, conocido como Sábila, utilizado en forma de pomada; el *Amaranthus* sp. o Bledo, empleado en maceradas y el *Artemisia absinthium* o Ajenjo, cuyo uso común es en forma de zumo. Además, se encuentran plantas como la *Cinnamomum verum* o Canela, utilizada para hacer infusiones; el *Citrus x limon* o Limón, empleado tanto en cocimiento como en infusiones; y el *Citrus x sinensis* o Naranja, que se consume principalmente como zumo. Otras plantas como el *Cymbopogon citratus* o Limoncillo se utilizan tanto en cocimiento como en infusiones, mientras que el *Coleus* sp. o Coleo es utilizado únicamente en infusiones. Estas son solo algunas de las plantas con propiedades medicinales presentadas en la tabla, cada una con diferentes formas de uso que han sido tradicionalmente empleadas para el cuidado de la salud y el bienestar de las comunidades estudiadas (Tabla 3).

**Tabla 3. Formas de uso de las plantas más comunes en los territorios de estudio**

Nombre científico	Nombre común	Forma de uso
<i>Aloe vera</i>	Sábila	Pomada
<i>Amaranthus sp.</i>	Bledo	Maceradas (Zumo)
<i>Artemisia absinthium</i>	Ajenjo	Zumo
<i>Cinnamomum verum</i>	Canela	Infusiones
<i>Citrus x limon</i>	Limón	Cocción

Nombre científico	Nombre común	Forma de uso
		Infusiones
<i>Citrus x sinensis</i>	Naranja	Zumo
<i>Cocos nucifera</i>	Coco	Con aguardiente
<i>Coleus sp.</i>	Coleo	Infusiones
<i>Coriandrum sativum</i>	Cilantro	Infusiones
<i>Cymbopogon citratus</i>	Limoncillo	Cocción
		Infusiones
<i>Dysphania ambrosioides</i>	Paico	Maceradas (Zumo)
		Zumo e infusiones
<i>Ficus carica</i>	Hojas de brevo	Infusiones
<i>Gliricidia sepium</i>	Matarratón	Tendido en cama y zumo para tomar

Nombre científico	Nombre común	Forma de uso
<i>Illicium verum</i>	Anís	Infusiones
<i>Inga densiflora</i>	Hoja de guamo	Zumo
<i>Lippia alba</i>	Pronto alivio	Infusiones
<i>Lippia dulcis</i>	Orozul	Cocción
<i>Lotus corniculatus</i>	Zapatico	Baños corporales
<i>Margyricarpus pinnatus</i>	Nigua	Infusiones
<i>Clinopodium brownei</i>	Poleo	Sazonar comidas
<i>Mentha x piperita</i>	Hierbabuena	Cocción
<i>Mentha x piperita</i>	Menta	Cocción
<i>Musa x paradisiaca</i>	Vinagre de guineo	Fermento
<i>Nectandra sp.</i>	Jigua	Tendido en cama y zumo para tomar

Nombre científico	Nombre común	Forma de uso
<i>Ocimum basilicum</i>	Albahaca	Infusiones
<i>Origanum vulgare</i>	Orégano	Sazonar comidas
<i>Pithecellobium dulce</i>	Chiminango	Enjuagues bucales con infusiones de planta
<i>Portulaca oleracea</i>	Verdolaga	Infusiones
	Verdolaga blanca	Maceradas (Zumo)
<i>Prunus amygdalus</i>	Aceite de Almendras	Mezcla con agua
<i>Psidium guajava</i>	Guayabo	Baños
<i>Ricinus communis</i>	Aceite de Ricino	Mezcla con agua
<i>Saccharum officinarum</i>	Caña (agria y dulce)	Zumo
<i>Rosmarinus officinalis</i>	Romero	Infusiones
<i>Sphagneticola trilobata</i>	Botoncillo	Infusiones

Nombre científico	Nombre común	Forma de uso
<i>Syzygium aromaticum</i> Colombia	Clavo	Infusiones
<i>Trichanthera gigantea</i>	Cascara de nacedera	Cocción
	Nacedera	Baños
	Nacedera fresca	Infusiones, baños
	Raíz de nacedera	Cocción
<i>Urtica sp.</i>	Ortiga	Zumo
<i>Zingiber officinale</i>	Jengibre	Cocción

Por último, se presentan los testimonios de personas entrevistadas donde se logra evidenciar como la medicina ha avanzado en las últimas décadas, especialmente en los últimos años con el desarrollo de nuevas tecnologías y tratamientos. Anteriormente, la medicina tradicional se basaba principalmente en remedios caseros, hierbas y prácticas que se transmitían a través de las generaciones. Los médicos se actuaban según su experiencia e intuición más que en la ciencia. La comprensión de los procesos biológicos y fisiológicos subyacentes era limitada. Sin embargo, esos comentarios también permiten visualizar que en la actualidad la medicina se basa en la ciencia, la investigación y las pruebas. Se cuenta con fármacos y vacunas efectivos para combatir muchas enfermedades. Las técnicas quirúrgicas son avanzadas y precisas, seguras y efectivas. Aunque todavía queda mucho por hacer, la medicina moderna ha logrado avances increíbles que mejoran drásticamente la calidad y la

esperanza de vida. No obstante, las personas entrevistadas manifiestan su preocupación por la pérdida de los saberes tradicionales y las escasas estrategias por rescatarlos y conservarlos (Tabla 4).

**Tabla 4. Testimonios de algunas personas entrevistadas**

Municipio	¿Cómo era la medicina tradicional antes?	¿Cómo es la medicina tradicional ahora?
El Carmen /Santander de Quilichao	“Anteriormente, depende de las enfermedades así mismo se buscaban las hierbas, por ejemplo, para la fiebre los viejos pangaban la caña agria con caña dulce, sacaban el zumo de caña agria con caña dulce y se lo daban a cualquier persona, fuera muchacho o fuera ya de edad y eso la fiebre inmediatamente se iba. Para la gripa siempre la gente buscaba era la ortiguita, el zumo de ortiguita, eso nos daban a uno y el orozul que lo ponían a cocinar y nos los daban en agua o agua de panela. Para el daño de estómago, lo cogían a uno y le daban el zumo de naranja agria en agua de panela, porque así solo uno no se lo tomaba”.	“Ahora por el sistema que ya hay para los muchachos y por los insumos que se utilizan, y que ya se fumiga, eso mismo nos está enfermado y hay drogas, por ejemplo, usted va a coger una planta, ya no le funciona, por ejemplo, la yerba buena a uno se la echaban en la leche, y se lo daban de tetero; el pronto alivio, que le dolía la cabeza, el estómago o algo así, le daban a uno y con eso uno tenía”.
El Carmen /Santander de Quilichao	“¿Usted se acuerda como le curaban los dientes a uno? con la corteza de chiminango, la ponían a hervir y lo hacían jugar a uno, las muelas le quedaban moradas, pero con el tiempo se le iba quitando y usted no veía muchacho con dolor de muelas, ni nada, por eso la dentadura de los viejos se la prende a huesos con lo	“Por ley o por fuerza a uno le toca ir al médico, quiera o no quiera, uno a veces no quiere pero los hijos dicen camine, porque uno ya tiene seguro y entonces tiene que emplear eso(...). Uno a veces, ¡no, yo me tomo esta agual, ¡no señor, camine papá! Y se va, lo sacan a la brava, pero de qué va, va (...) Ahí lo único que tenemos

Municipio	¿Cómo era la medicina tradicional antes?	¿Cómo es la medicina tradicional ahora?
	<p>que sea, nunca que donde el odontólogo, siempre con la corteza de chiminango se le curaba la dentadura a los muchachos. Yo a mis hijos a pesar de todo, casi a las malas, les hice jugar los dientes con eso y vaya veale la dentadura a los muchachos”.</p> <p>“Pues francamente, la salud nuestra era mucho mejor que la de hoy, no sé por qué, pero no había tanta enfermedad como la hay hoy, yo recuerdo un médico que andaba ambulatoriamente y de pronto yo tenía una inflamación de dentadura; mi papá fue donde él y él le formulo una pasta redondita y yo me la tome o me la dieron a tomar y a los cinco minutos reventó la inflamación y tranquilo de allí en adelante”</p>	<p>nosotros pues los de ya de edad es que a veces les jugamos sucio, uno ya está viejito, pero uno es vivo, porque allá le dan una chuspada de puras pastas (...) le dicen a los hijos o a la esposa esto es cada dos horas (...) yo para no tomarme todas estas pastas, llegaba y les decía: miija ya me voy a tomar la pasta, vela aquí; llegaba la guardaba y luego la botaba. Después, compraba mis remedios, me los tomaba y me curaba”.</p> <p>"La vida era muy diferente a la de hoy, hoy no es sino que acetaminofén (...) prácticamente hoy por hoy ya desapareció".</p>
<b>El Carmelo/Guapi</b>	<p>"A mis hijos a veces los llevaba al médico, y cuando les cogía su dolor de barriga cogía mi botoncillo y les daba a tomar, cogía mi yarmandel lo cargaba y les daba de tomar, si en el cuerpo les cogía una rasquiña cogía mi zapatico y los cargaba y los bañaba y con eso se les quitaba".</p> <p>"La medicina tradicional de la partería la aprendí viendo (...) habían personas que si sabían partear, y poco a poco me iba con la gente y así aprendí a</p>	<p>"Estamos perdiendo todo lo importante, porque la hierba la medicina tradicional viene de la tierra y de la hierba que produce la tierra. Eso es una herencia que nos dejaron nuestros ancestros y que no podemos olvidar".</p> <p>"¿Usted cree que hace falta recuperar la medicina tradicional en estos pueblos y como se podría hacer?" "Quién sabe pues, es difícil, porque los</p>

Municipio	¿Cómo era la medicina tradicional antes?	¿Cómo es la medicina tradicional ahora?
	<p>hacer algo que hice, y me quedé atendiendo, ayudando, me llevaban a ayudar, cuando ya era más grandecita ya iba y ayudaba en el trabajo de parto (...), pero así fui aprendiendo y cogiendo la práctica de partear, hasta hoy en día, en que ya no parteo más porque la edad ya no me da para partear, pero si me dicen aquí que se está parteando, yo le ayudo y sé por dónde se lo voy a sacar".</p>	<p>viejitos que sabían se van yendo, ya la gente va quedando, yo hoy día estoy aquí, pero mañana no se donde esté, porque cuando uno ya esta en esta edad ya espera cualquier cosa, lo que Dios mande (...)".</p>
<b>Corinto</b>	<p>"Pues le daban a uno, pues si le dolía el estómago le daban a uno zumo de paico, que eso es horrible tomar eso, el olor no más, le daban agua de pronto alivio, de verdolaga para las lombrices y el paico también, ahora diga usted si le dolía una muela o le dolía la cabeza. A mí me sacaron dos muelas, me saco mi papá, haciéndome tomar una pasta que le decían, se llamaba píldoras negras, le decían a eso y yo no podía tragarme eso, y haciéndome tragar dos pastas de esas me arrancaron dos muelas, abriéndome la boca para echarme esas pastas, eso para quitar el dolor y que la fiebre y todo eso (.), y mi papá eso era que se la tiene que tomar y se la tiene que tomar (...)".</p>	<p>"Con plantas pues si y es que la gente ya no quiere tomar bebidas de plantas ni de nada de eso".</p>
<b>Corinto</b>	<p>"A los niños les daban esa agua de paico, los bañaban con matas y cosas, pero eso le decían a uno, ¡no! eso fue que le hicieron ojo, eso es que esta ojeado, si le daba fiebre o le daba diarrea, ¡uh! eso es que esta ojeado, iban a buscar a una señora o un señor que cure el ojo. Él le hacía, eso le pegaban,</p>	<p>"Ya ahora ya, pues, ya por ley ya andaban diciendo que las vacunas, que las vacunas y había que llevarlos, a veces se ponían malos cuando les ponían esas vacunas, pero afortunadamente no pasó nada. A nosotros nos ponían las vacunas, era como como la cosita de poner las vacunas era</p>

Municipio	¿Cómo era la medicina tradicional antes?	¿Cómo es la medicina tradicional ahora?
	lo voltean, le daban unas nalgadas y le mandaban unos baños y le ponían como una tira".	como (...), como una lancetica, eso le hacían así, pero no tenía nada, no le untaban nada a eso, yo siento que eso venia preparado ¿Se acuerda de las plumas esas, las plumitas esas que le ponían a los lapiceros de escribir?".

## Discusión

Sin duda, resulta trascendental conocer el uso que las poblaciones rurales le dan a las plantas medicinales, aún mas, cuando en estos territorios, el acceso a la salud es limitado (Calixto, 2005; Estrella-González et al., 2020; Gallegos-Zurita & Gallegos-Z, 2017; Ortega-Cala et al., 2019; Tello-Cerón et al., 2019; Valoyes-Milán & Palacios-Palacios, 2020; Vasco-Bastidas, 2016).

En Colombia, según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), cerca del 40 % de la población colombiana acude a la medicina alternativa en busca de atención básica de salud o como opción diferente al modelo médico hegemónico (Universidad Nacional de Colombia (UNAL, 2019)). Este legado transmitido a través de la tradición oral ha permitido a poblaciones rurales sobrevivir a enfermedades tropicales, como, por ejemplo, la malaria y Chagas (Laza-Vásquez, 2009).

En el presente estudio, encontramos que las plantas medicinales utilizadas con mayor frecuencia pertenecen principalmente a las familias: Asteraceae y Lamiaceae, hecho que coincide parcialmente con lo reportado por Valoyes-Milán & Palacios-Palacios (2020). Se sabe que la familia Asteraceae posee componentes como terpenos (lactonas sesquiterpénicas), lo que le confiere propiedades antiinflamatorias, diuréticas y antiespasmódicas (Tello-Ceron et al., 2019). La familia Lamiaceae, por su lado, está asociada a especies aromáticas y condimentos, por ende, las plantas que pertenecen a esta familia presentan alto contenido de compuestos fenólicos (polifenoles, cumarinas, quinonas etc.), lo

---

que les confiere propiedades antioxidantes, antimicrobianas, insecticidas, acaricidas y también, pueden prevenir fenómenos de envejecimiento y enfermedades crónicas (Lemjallad et al., 2019).

Igualmente se observa que, las plantas medicinales se usan principalmente en el tratamiento de sintomatología de enfermedades del sistema digestivo y respiratorio; para el control de parásitos intestinales, dolor de estómago y cólicos, se usa el paico (*D. ambrosioides*), la hierbabuena (*M. spicata*) y la manzanilla (*C. nobile*), respectivamente. Por un lado, el uso repetitivo del paico en el control de parásitos intestinales (se utiliza en los seis municipios de estudio con el mismo fin) se debe a que esta planta posee ascaridol, un principio activo con el mecanismo de acción paralizante y narcótica sobre la ascariosis o infección por parásitos (López de Guimaraes et al., 2001); además, de poseer propiedades antihelmínticas, antipalúdicas, antiinflamatorias y analgésicas (Cabrera-Gualpa, 2017). La hierbabuena y la manzanilla (usada principalmente en Caloto), por su lado, se caracterizan por poseer propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y antimicrobianas, asociadas con la disminución del estrés oxidativo y la reducción de citocinas proinflamatorias (Gómez-Vejarano, 2021; Muñoz-Velázquez et al., 2012).

Para el tratamiento de los síntomas de enfermedades respiratorias, asociados a covid-19 y gripe/congestión, se usan las plantas: eucalipto, jengibre, limón, limoncillo y la moringa. Estas plantas poseen propiedades antiinflamatorias, descongestionantes y antimicrobianas, que ayudan en el proceso de mejoría de los síntomas que afectan al sistema respiratorio (Del Toro Martínez et al., 2011; Jorge-Montalvo et al., 2020; López-Castro et al., 2022; Villarreal-Rodríguez et al., 2022). Plantas como el eucalipto (hojas), por ejemplo, posee la propiedad de descongestionar las vías respiratorias, al tener como componente principal al eucaliptol (aromadendreno 1,8-cineol), el cual se ha comprobado su acción activa frente a agentes bacterianos y virales (Villarreal-Rodríguez et al., 2022; Zamora-Ramírez & Toro-Huamanchumo, 2021). Se sabe que frente a covid-19, puede prevenir algunos de los síntomas asociados, más no eliminar o evitar el contagio (Ore-Areche et al., 2021). Otra planta a resaltar es el jengibre, el cual tiene compuestos volátiles y no volátiles (gingerol, shogaol, zingerona y las gingerdionas) que presentan efecto sinérgico, al actuar como

---

antioxidantes y antiinflamatorios (Jorge-Montalvo et al., 2020). Esto sumado, al potencial antiviral, comprobado en estudios anteriores (Goswami et al., 2020; Jorge-Montalvo et al., 2020), donde incluso puede inhibir a las proteínas del SARS-CoV-2 o Covid-19. Según Jorge-Montalvo et al. (2020), el jengibre tiene gran potencial para la prevención y el tratamiento de los síntomas de Covid-19.

Dentro del tratamiento de otras enfermedades del cuerpo humano, como las afecciones cutáneas, se debe destacar el uso de la hierba mora en el cierre de heridas. Esta planta fue usada en cinco de los seis municipios estudiados con el mismo fin, hecho que se debe a las propiedades que esta planta posee (antioxidantes, antiinflamatorias y antimicrobianas), producto de sus fitocomponentes (flavonoides, taninos etc.). Estudios como el realizado por Carrera-Machuca & Gil-Vásquez (2019), han comprobado el efecto cicatrizante que tiene la hierba mora en lapsus cortos de tiempo. La acción de esta planta es complementada por el uso de plantas como el llantén, la caléndula, el perejil, la sangre de drago y la amoxicilina (usadas en los diferentes municipios), que al igual que la hierba mora poseen propiedades antioxidantes, antiinflamatorias, antimicrobianas, antihemorrágicas y cicatrizantes (Águila-Gil et al., 2000; Blanco et al., 2008; Llorens-Molina et al., 2008; Ramirez, 2003; Reyes-Munguía et al., 2012).

Sin duda, lo encontrado aquí, reafirma el alto porcentaje de uso y la amplia variedad de aplicaciones que las comunidades le dan a las plantas medicinales. Estos hechos son apoyados por estudios etnobotánicos como el realizado por Estrella-González et al. (2020), en la prevención y el tratamiento de sintomatología del covid-19 en la provincia del Cañar-Ecuador y el estudio de Ortega-Cala et al. (2019), los dos estudios reportan un alto porcentaje de uso de plantas medicinales por parte de sus encuestados, calificando como eficaz la aplicación de esta alternativa medicinal.

Adicionalmente, cabe resaltar el sustento científico detrás de los usos dados a las plantas por las comunidades, como por ejemplo lo concluido Shanmugam et al. (2022), quien reporta al gingerol (sustancia presente en el jengibre) como compuesto anticancerígeno, al actuar sobre la vía metabólica en la formación de tumores. Paralelamente, Goswami et al. (2020), reconoce a los gingeroles como posibles sustancias que pueden inhibir la acción del

---

covid-19. Por su lado, la tesis de pregrado realizada por Borja-Valverde (2017), demuestra una efectividad inhibitoria del extracto de manzanilla, extracto de llantén y la combinación del extracto de manzanilla y llantén sobre cepas de *Porphyromona gingivalis*; bacteria asociada con daños periodontales.

## Usos terapéuticos de las plantas medicinales en los municipios del norte del Cauca

A partir de lo encontrado, se puede inferir que los seis municipios estudiados comparten los usos de varias especies de plantas medicinales, e incluso cuando son especies diferentes se complementan a la hora de tratar sintomatologías de enfermedades de un mismo sistema (ej: sistema respiratorio, afecciones cutáneas), al tener activos y propiedades similares. Asimismo, este estudio demuestra que, a pesar de las semejanzas, los territorios según sus propios criterios pueden destinar +determinadas plantas para utilidades totalmente diferentes (Ej: manzanilla y matarratón), los cuales pueden ser certeros y beneficiosos para la salud, gracias a la gran cantidad de fitocompuestos que las plantas poseen. Estas diversas aplicaciones que las comunidades rurales le dan a las plantas, están interrelacionadas con los aspectos culturales y religiosos de las mismas (Estrella-González et al., 2020; Gallegos-Zurita & Gallegos-Z, 2017; López-Castro et al., 2022; Ortega-Cala et al., 2019; Tello-Ceron et al., 2019), resaltando la importancia y la necesidad en la conservación del conocimiento tradicional a través de las generaciones, finalmente encerramos con un fuerte llamado a valorar el saber ancestral y aprovecharlo farmacológicamente en beneficio de las comunidades rurales.

Por otro lado, las plantas medicinales han desempeñado un papel fundamental en las prácticas de salud y bienestar de diversas comunidades alrededor del mundo. En particular, las comunidades negras han mantenido y transmitido conocimientos ancestrales sobre el uso de plantas para tratar dolencias y promover la salud (Alves & Rosa, 2007). En los territorios de estudio de estas comunidades, se han identificado diversas formas de uso de plantas medicinales, cada una con propiedades y aplicaciones únicas. La diversidad de plantas y sus formas de uso en estas comunidades como se evidencia en los resultados demuestran un conocimiento adquirido de las propiedades aromáticas y terapéuticas que pueden obtenerse a

---

través de la extracción de sus compuestos mediante diferentes procesos físicos como calor o macerado.

Un ejemplo de estas prácticas se observa en el uso de *Aloe vera*, conocida comúnmente como "sábila". En estas comunidades, se utiliza principalmente en forma de pomada para tratar afecciones cutáneas. El Aloe vera ha demostrado propiedades antiinflamatorias y cicatrizantes, lo que lo convierte en una opción efectiva para el tratamiento tópico de heridas y quemaduras menores. De manera similar, la planta *Artemisia absinthium*, conocida como "ajenjo", se utiliza en forma de zumo para abordar problemas digestivos y estimular el apetito. Otro ejemplo, es el uso de infusiones de plantas como el *Cinnamomum verum* (canela) y el *Citrus x limon* (limón). Estas infusiones se consumen para tratar diversas dolencias, desde problemas digestivos hasta resfriados comunes. Las prácticas de maceración también son comunes, como se evidencia en el uso del *Dysphania ambrosioides* ("paico"), donde se extraen los componentes beneficiosos de las plantas mediante la inmersión en líquidos. Todas estas tradiciones se han mantenido vivas transmitiendo saberes que han sido fundamentales para el bienestar de las comunidades negras a lo largo de las generaciones (Heinrich, 2013).

Por último, se presentan los comentarios de miembros de las comunidades evaluadas que muestran una interesante comparación entre la medicina tradicional hace algunas décadas y en la actualidad. En el pasado, la medicina tradicional era ampliamente utilizada y respetada en la comunidad y se basaba principalmente en el uso de plantas y remedios caseros para tratar toda clase de enfermedades y dolencias. Según los testimonios, anteriormente era común que se utilizaran plantas locales para hacer jarabes, emplastos, aguas medicinales y diversos preparados que se usaban para curar desde simples dolores e inflamaciones, hasta enfermedades más complejas como el tifo. Incluso se menciona que podían curar casos graves como la tuberculosis, aunque no el cáncer. Para afecciones como la fiebre, utilizaban una mezcla de caña agria (*Costus* sp.) y caña dulce (*Saccharum officinarum*), mientras que, para la gripa, buscaban la hortiguaita (*Urtica* sp.). También utilizaban el zumo de naranja agria (*Citrus* sp.) con agua de panela para el dolor de estómago y se menciona el uso de aceites como purgantes o para aflojar el estómago cuando los niños se ponían mal como por ejemplo el de ricino (*Ricinus communis*).

---

En ese tiempo, la medicina tradicional estaba muy arraigada y era proporcionada por una figura de confianza, quien entregaba las hierbas curativas. Estas personas eran llamadas médicos tradicionales o curanderos y tenían amplios conocimientos sobre las propiedades medicinales de las plantas y eran consultados por su efectividad para sanar enfermedades de toda clase. Cuando no se podía tratar localmente, se recurría a traer al médico particular en casa, que llegaba a caballo o en auto para atender al enfermo. Pero muchas veces se prefería primero probar con remedios caseros antes de acudir al médico.

Sin embargo, la medicina tradicional en la actualidad ha experimentado cambios significativos y ha perdido relevancia en comparación con el pasado. Esta viene siendo reemplazada en gran medida por medicamentos modernos cuya disponibilidad y facilidad de acceso han llevado a que la medicina tradicional vaya desapareciendo. Varios de los entrevistados expresaban su preocupación por esta pérdida, ya que se considera que estas prácticas tradicionales son una herencia valiosa de sus ancestros y provienen de la conexión con la tierra y las plantas nativas y silvestres.

En contraste con la actualidad, las respuestas coinciden en que el sistema médico ha evolucionado y se basa en insumos modernos y tratamientos más sofisticados. El acceso a médicos y servicios especializados suele tornarse obligatorio y muchas veces, por ley o necesidad, las personas deben acudir a un profesional de la salud. Aunque esto ha mejorado la atención médica, los miembros de las comunidades mencionan que algunos insumos utilizados en el sistema actual, como pesticidas, pueden estar contribuyendo a agravar ciertas enfermedades. Además, señalan que los medicamentos farmacéuticos, aunque efectivos, a veces pueden ser excesivos o generan dependencia.

Actualmente, aunque se ha perdido buena parte de los conocimientos sobre propiedades curativas de plantas, debido a que los ancianos que sabían han fallecido; aún persisten algunos médicos tradicionales, pero la consulta se ha reducido mucho pues la mayoría de las personas prefieren la medicina moderna.

Según los testimonios, ahora los vecinos y amigos ya no tienen interés en tomar los remedios de plantas medicinales, ni siquiera considerando que la medicina tradicional antes

---

era una parte integral de la vida cotidiana y era ampliamente utilizada para tratar diversas dolencias y se usaban de forma preventiva. Con el tiempo, la medicina moderna ha ganado protagonismo y en la actualidad, la medicina tradicional ha perdido relevancia y su práctica ha disminuido. A pesar de esto, algunas personas todavía valoran y se preocupan por preservar esta herencia cultural y su conexión con la naturaleza. La coexistencia y la integración de ambas perspectivas podrían ser fundamentales para un enfoque de salud completo y equilibrado en la comunidad.

## Conclusión

Los resultados obtenidos demuestran que las poblaciones de los municipios del norte del Cauca acuden a la medicina herbal para tratar síntomas de diferentes grupos de enfermedades y a su vez, dichas prácticas resultan eficaces y accesibles para mejorar la calidad de vida de las poblaciones. De hecho, el uso que las comunidades de estudio le dan a las plantas medicinales coincide con el potencial de acción que estas plantas poseen y que ha sido encontrado en otras investigaciones. Por tanto, se reafirma que las plantas medicinales son benéficas para la salud humana, aunque deben ser suministradas con precaución, debido a los efectos tóxicos que pueden tener. Sin embargo, se resalta una preocupación por la pérdida de saberes bioculturales que hacen parte del patrimonio de las comunidades y que no ha sido objeto de apropiación estatal.

## Referencias

Alves, R.R., Rosa, I.M. Biodiversity, traditional medicine and public health: where do they meet?. *J Ethnobiology Ethnomedicine* 3, 14 (2007). <https://doi.org/10.1186/1746-4269-3-14>

Águila-Gil, B., Menéndez-Castillo, R., González-Roque, C., & Fernández-Fernández, D. (2000). Extracto acuoso de *Calendula officinalis*. Estudio preliminar de sus propiedades. In *Revista Cubana de Plantas Medicinales* (Vol. 5, Issue 1, pp. 30–31).

---

Blanco, B., Saborío, A., & Garro Monge, G. (2008). Descripción anatómica, propiedades medicinales y uso potencial de *Plantago major* (llantén mayor). *Tecnología En Marcha*, 21(2), 17–24.  
[https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec\\_marcha/article/view/107/106](https://revistas.tec.ac.cr/index.php/tec_marcha/article/view/107/106)

Borja-Valverde, V. C. (2017). *Efecto inhibitorio del extracto de manzanilla (Matricaria Chamomilla), extracto de llantén (Plantago major L.) y la combinación del extracto de manzanilla y llantén comparado con la clorhexidina sobre cepa de Porphyromona gingivalis* [Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12747>

Cabrera-Gualpa, Y. P. (2017). *Determinación de las propiedades físicas, composición química y evaluación de la actividad biológica del aceite esencial de Chenopodium ambrosioides (Paico) de la provincia de Loja* [Universidad Técnica Particular de Loja]. [https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17495/3/Cabrera\\_Gualpa\\_Yessica\\_Pamela.pdf](https://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/17495/3/Cabrera_Gualpa_Yessica_Pamela.pdf)

Calixto, J. B. (2005). Twenty-five years of research on medicinal plants in Latin America: A personal view. *Journal of Ethnopharmacology*, 131–134.  
<https://doi.org/10.1016/j.jep.2005.06.004>

Carrera-Machuca, K. M., & Gil-Vásquez, Y. R. (2019). *Efecto cicatrizante de las cremas tópicas elaboradas a base del extracto seco de los tallos y hojas de Sonchus oleraceus L. “cerraña” y Solanum nigrum L. “hierba mora” sobre heridas incisas en Rattus rattus var. Albinus* [Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1023/FYB-021-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 70 de 1993. In *Alcaldía de Bogotá* (pp. 1–14). <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7388>

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1164 del 2007* (pp. 1–30). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY\\_1164\\_DE\\_2007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf)

---

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015* (pp. 1–13). <https://bit.ly/3tehL3e>

DANE. (2005). *Censo Nacional de población y vivienda 2005*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-general-2005-1>

DANE. (2018). *Censo Nacional de población y vivienda 2018*. [https://microdatos.dane.gov.co/catalog/643/get\\_microdata](https://microdatos.dane.gov.co/catalog/643/get_microdata)

Del Toro Martínez, J. J., Carballo Herrera, A., & Rocha Román, L. (2011). Valoración de las Propiedades Nutricionales de *Moringa Oleífera* en el Departamento de Bolívar. *Revista de Ciencias*, 15, 23–30. <https://doi.org/10.25100/rc.v15i0.514>

Estrella-González, M. de los Á., Minchala-Urgilés, R. E., Ramírez-Coronel, A. A., Torres-Criollo, L. M., Aguayza-Perguachi, M. A., Romero-Sacoto, L. A., Pogyo-Morocho, G. L., Sarmiento-Pesántez, M. M., González-León, F. M., Abad-Martínez, N. I., Cordero-Zumba, N. B., & Romero-Galabay, I. M. (2020). La Medicina Herbaria como prevención y tratamiento frente al COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 1–11. <https://orcid.org/0000-0002-0934-9116>

Gallegos-Zurita, M., & Gallegos-Z, D. (2017). Plantas medicinales utilizadas en el tratamiento de enfermedades de la piel en comunidades rurales de la provincia de Los Ríos – Ecuador. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(3), 315–321. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13767>

Gobernación del Cauca. (2020). *Plan de Desarrollo del Cauca* (pp. 1–252). <https://rap-pacifico.gov.co/wp-content/uploads/2020/07/PLAN-DE-DESARROLLO-CAUCA.pdf>

Gómez-Vejarano, N. R. (2021). *Efectos benéficos y adversos de la “Menta spicata” “yerbabuena” revisión sistematica* [Universidad César Vallejo]. <http://www.scielo.br/pdf/eav/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).

---

Goswami, D., Kumar, M., Ghosh, S. K., & Das, A. (2020). Natural Product Compounds in *Alpinia officinarum* and Ginger are Potent SARS-CoV-2 Papain-like Protease Inhibitors. *Theoretical and Computational Chemistry*, 1, 1–16. [https://doi.org/Goswami, D., Kumar, M., Ghosh, S. K., & Das, A. \(2020\). Natural Product Compounds in \*Alpinia officinarum\* and Ginger are Potent SARS-CoV-2 Papain-like Protease Inhibitors. <https://doi.org/10.26434/chemrxiv.12071997.v1>](https://doi.org/Goswami, D., Kumar, M., Ghosh, S. K., & Das, A. (2020). Natural Product Compounds in Alpinia officinarum and Ginger are Potent SARS-CoV-2 Papain-like Protease Inhibitors. https://doi.org/10.26434/chemrxiv.12071997.v1)

Hersch-Martínez P. 2013. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud pública de México* 5: 512-518

Jaramillo-Castillo, M. L. (2021). *La producción de viche por mujeres afrocampesinas del Chocó* [Universidad Autónoma de Chapingo]. <https://repositorio.chapingo.edu.mx/server/api/core/bitstreams/8932180c-cc2b-4796-9a66-0232a724e1d7/content>

Jorge-Montalvo, P., Vilchez-Perales, C., & Visitación-Figueroa, L. (2020). Pharmacological properties of ginger (*Zingiber officinale*) for the prevention and treatment of COVID-19. *Agroindustrial Science*, 10(3), 329–338. <https://doi.org/10.17268/agroind.sci.2020.03.16>

Laza-Vásquez, C. (2009). Algunos apartes del sistema teórico de la medicina tradicional. *Teoría y Praxis Investigativa*, 4(1), 61–68.

Lemjallad, L., Chabir, R., Kandri Rodi, Y., El Ghadraoui, L., Ouazzani Chahdi, F., & Errachidi, F. (2019). Improvement of Heliciculture by Three Medicinal Plants Belonging to the Lamiaceae Family. *The Scientific World Journal*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2019/2630537>

Llorens-Molina, J. A., Castell-Zeising, V., & Pascual-Ramírez, R. (2008). Composición del aceite esencial de *Artemisia absinthium* L. procedente del término municipal de Calamocha (Teruel). Caracterización de su quimiotipo y estudio de las variaciones estacionales. *Xiloca*, 36, 61–84. [http://xiloca.org/data/Bases datos/Xiloca/X\\_36\\_61\\_84.pdf](http://xiloca.org/data/Bases datos/Xiloca/X_36_61_84.pdf)

---

López-Castro, K. D., Sánchez Rondón, L. D., Silva Abril, J. J., Delgado Ayala, P. A., & Rueda, G. O. (2022). El uso de plantas medicinales para el manejo de los síntomas de la enfermedad respiratoria Covid-19, basado en las creencias culturales de las regiones Guanentina y Comunera. *Universalud*, 11, 22–34. <http://ojs.unisangil.edu.co/index.php/revistauniversalud/article/view/514>

López de Guimaraes, D., Neyra-Llanos, R. S., & Romero-Acevedo, J. H. (2001). Ascaridiasis: comparación de la eficacia terapéutica entre paico y albendazol en niños de Huaraz. *Revista de Gastroenterología Del Perú*, 21(3), 212–219. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292001000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292001000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Lineamiento pedagógico, resolución 2063 de 2017* (pp. 1–37). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/lineamiento-pedagogico-res-2063-de-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Metodología de participación social para el proceso de formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031* (pp. 1–73). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/metodologia-participacion-social-formulacion-pdsp-2022-2031.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011* (pp. 348–470). <https://doi.org/10.2307/j.ctvswx8sw.11>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). *Resolución 429 de 2016* (pp. 1–6). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución\\_0429\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud* (pp. 1–73).

---

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>

Montes-Rojas, C., & Paz-Concha, J. P. (2015). Agrobiodiversidad útil en alimentación y en medicina tradicional en dos municipios del Cauca. *Biotecnología En El Sector Agropecuario y Agroindustrial*, 13(2), 94–103. <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/biotecnologia/article/view/408/572>

Muñoz-Velázquez, E. E., Rivas-Díaz, K., Loarca-Piña, M. G. F., Mendoza-Díaz, S., Reynoso-Camacho, R., & Ramos-Gómez, M. (2012). Comparación del contenido fenólico, capacidad antioxidante y actividad antiinflamatoria de infusiones herbales comerciales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 3(3), 481–495. <https://doi.org/10.29312/remexca.v3i3.1443>

Ore-Areche, F., Huaman-Flores, Ruiz-Rodríguez, A., Malpartida-Yapias, R. J., & Marrero-Saucedo, F. M. (2021). Eucalipto (*Eucalyptus camaldulensis*) como tratamiento preventivo para el Covid-19: ¿Mito o verdad? *Polo Del Conocimiento*, 6(6), 956–972. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i6.2797>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. In *Organización Mundial de la Salud Ginebra* (pp. 1–78). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;sequence=1)

Ortega-Cala, L. L., Monroy-Ortiz, C., Monroy-Martínez, R., Colín-Bahena, H., Flores-Franco, G., Luna-Cavazos, M., & Monroy-Ortiz, R. (2019). Plantas medicinales utilizadas para enfermedades del sistema digestivo en Tetela del Volcán, Estado de Morelos, México. *Boletín Latinoamericano y Del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas*, 18(2), 106–129. [www.blacpma.usach.cl](http://www.blacpma.usach.cl)

Perlaza-Rayó, N. F. (2020). *Medicina tradicional en Guapi: percepción del sabedor respecto a su práctica tradicional y su relación con la comunidad* [Universidad del Pacífico]. <https://repositorio.unipacifico.edu.co/handle/unipacifico/630>

---

Polindara-Moncayo, Y. W., & Sanabria-Diago, O. L. (2022). Plantas y prácticas de conservación de la medicina tradicional en el suroriente de El Tambo, Cauca, Colombia. *Botanical Sciences*, 100(4), 935–959. <https://doi.org/10.17129/botsci.3056>

Ramirez, G. (2003). Sangre de drago (*Croton lechleri* Muell. Arg). In *Natura Medicatrix-Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas* (Vol. 21, Issue 4, pp. 213–217).

Reyes-Munguía, Zavala-Cuevas, & Alonso-Martinez. (2012). Perejil (*Petroselinum crispum*): Compuestos Químicos y Aplicaciones. *Tlatemoani Revista Académica de Investigación*, 11, 1–18. <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>

Salcedo-Fidalgo, H., Castrillón-Zapata, F., & Cárdenas-Henao, J. H. (2019). Atlas de las plantas medicinales y los frutales que son parte de la cultura alimentaria de las comunidades negras del norte del Cauca. In C. Fletscher-Fernández & C. Carvajal Castro (Eds.), *La fuerza de la curación*. [https://semillas.org.co/apc-aa-files/5d99b14191c59782eab3da99d8f95126/atlas-de-plantas-medicinales\\_norte-del-cauca.pdf](https://semillas.org.co/apc-aa-files/5d99b14191c59782eab3da99d8f95126/atlas-de-plantas-medicinales_norte-del-cauca.pdf)

Shanmugam, K. R., Shanmugam, B., Venkatasubbaiah, G., Ravi, S., & Reddy, K. S. (2022). Recent updates on the bioactive compounds of ginger (*Zingiber officinale*) on cancer: A study with special emphasis of gingerol and its anticancer potential. In S. Chakraborti (Ed.), *Handbook of Oxidative Stress in Cancer: Therapeutic Aspects* (pp. 489–506). Springer Singapore. [https://doi.org/https://doi-org.bdbib.javerianacali.edu.co/10.1007/978-981-16-5422-0\\_188](https://doi.org/https://doi-org.bdbib.javerianacali.edu.co/10.1007/978-981-16-5422-0_188)

Tello-Ceron, G., Flores Pimentel, M., & Gómez Galarza, V. (2019). Uso De Las Plantas Medicinales Del Distrito De Quero, Jauja, Región Junín, Perú. *Ecología Aplicada*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.21704/rea.v18i1.1301>

Universidad Nacional de Colombia (UNAL). (2019, septiembre 30). Medicina alternativa, mercado creciente en Colombia. *Función pública*.

---

<https://www.funcionpublica.gov.co/web/sirvo-a-mi-pais/-/medicina-alternativa-mercado-creciente-en-colombia>

Valoyes-Milán, D. C., & Palacios-Palacios, L. (2020). Patrones de uso de las plantas medicinales en el Chocó y Cauca (Colombia). *Ciencia En Desarrollo*, 11(2), 85–96. <https://doi.org/10.19053/01217488.v11.n2.2020.10583>

Vasco-Bastidas, I. C. (2016). *Etnobotánica de la medicina tradicional afrocolombiana en el corregimiento de San Nicolás, municipio de Caloto-Norte del Cauca, algunas orientaciones temáticas y metodológicas para su articulación a la Cátedra de Estudios Afrocolombianos* [Universidad del Cauca]. <http://repositorio.unicauca.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/976>

Villarreal-Rodríguez, H. G., Cruz-Nieto, D. D., & Legua-Cárdenas, J. A. (2022). El eucalipto utilizado como alternativa de tratamiento para afecciones respiratorias en la población de Barranca. *Revista Vive*, 5(13), 98–109. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i13.134>

World Health Organization. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. In *Punto 21 del orden del día provisional* (p. 3). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160972/EB63\\_21\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160972/EB63_21_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization (WHO). (2013). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. In *World Health Organization (WHO)* (pp. 1–78). <https://doi.org/2013>

Zamora-Ramírez, C. M., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2021). Actividad antibiótica del *Eucalyptus globulus* frente a bacterias Gram positivas: un artículo de revisión. *Revista Médica Vallejana*, 10(2), 93–104. <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v10i2.07>

---

PAGINA TÍTULO DEL CAPÍTULO 4

---

Página en blanco

---

# CAPÍTULO 4

## SALUD DEL TERRITORIO

**Marta Cecilia Jaramillo-Mejía<sup>1</sup>**  
**Lina Marcela Rivas-Tafur<sup>10</sup>**

### Introducción

En el marco del proyecto "Capacidades Territoriales para Contribuir a la Garantía del Derecho a la Salud en Territorios Rurales Dispersos del Norte del Cauca", se abordaron municipios como Timbiquí, Santander de Quilichao, Caloto, Corinto y Guapi, tal como se mencionó en el capítulo uno. Para llevar a cabo este proceso, se empleó la metodología de Design Thinking con el objetivo de involucrar a todos los tipos de actores, incluyendo instituciones, comunidades e investigadores del proyecto. En este capítulo, nos centraremos en la fase de "Empatizar, Definir e Idear".

Durante este proceso, se llevaron a cabo talleres creativos, grupos focales y entrevistas, utilizando herramientas como post-it. Cada actor respondió a preguntas

---

<sup>10</sup> Universidad Icesi. [mcjara@icesi.edu.co](mailto:mcjara@icesi.edu.co)

---

relacionadas con aspectos vinculados a la salud en el territorio, plasmando sus ideas en post-it que luego se socializaban y agrupaban en una cartelera. A continuación, se detallarán las fases de Design Thinking y las actividades desarrolladas en estas.

Es fundamental destacar que este enfoque arrojó resultados significativos al señalar la existencia de diversas necesidades en cada territorio. Aunque algunas necesidades podían ser similares, se identificó que el nivel de prioridad variaba. Los aspectos identificados en los territorios fueron posteriormente descritos y utilizados por los líderes de las instituciones de salud.

## Objetivos

El objetivo general de las fases y talleres mencionados fue comprender y definir los aspectos de la salud en cada territorio desde la perspectiva tanto de la comunidad como de las instituciones de salud. Además, se buscó proponer posibles alternativas para superar los problemas identificados en el ámbito de la salud.

Entre los objetivos específicos se incluyeron:

- Iniciar el proceso de contacto con la comunidad en la primera fase del proceso de innovación social, denominado "empatizar".
- Compartir espacios con la comunidad para conocer su concepción sobre la salud, su cosmovisión, sus tradiciones, los recursos de salud propios de la comunidad y las limitaciones en el acceso al derecho a la salud.
- Recopilar información a través de las actividades propuestas y definir los aspectos y necesidades de salud en los territorios.

## Metodología

---

En el marco de la metodología cualitativa empleada, durante las jornadas se llevó a cabo una presentación del equipo de investigadores del proyecto. La comunidad fue informada sobre la intención de compartirles detalles acerca de un proyecto de salud que se planeaba realizar en el municipio. Durante este proceso, se recogieron las opiniones y sugerencias de los asistentes.

Para llevar a cabo las actividades, se implementó la metodología de talleres creativos, que consistió en fomentar la participación de la comunidad a través de dinámicas, grupos focales, que permitieron profundizar en las percepciones y experiencias de los participantes, y entrevistas, que facilitaron la obtención de información detallada acerca de salud en el territorio, saberes ancestrales, recursos de salud, entre otros.

Estas actividades se apoyaron en materiales didácticos como cartulina, papel periódico, post-it, colores y marcadores, elementos diseñados para ser fácilmente transportados y utilizados en cualquier territorio. El uso de estos materiales amigables proporcionó a la comunidad una sensación de empoderamiento al plasmar sus ideas de manera tangible y accesible en diversos espacios.

A continuación, se mencionan las fases en que se llevaron a cabo los talleres con cada una de las actividades realizadas en las jornadas de trabajo en el territorio:

## **6. Fase 1. conceptualización de la salud e identificación de recursos disponibles**

- **Actividad #1: Identificación de actores**

Esta actividad tuvo como objetivo conocer e identificar los actores disponibles en cada territorio que se relacionan directa o indirectamente con la salud en dichas área. Para lograrlo, se consultó a representantes de los actores institucionales de los seis (6) municipios involucrados en el proyecto, para obtener sus perspectivas sobre los actores relevantes en el ámbito de la salud. Posteriormente, se establecieron relaciones entre estos actores para comprender mejor la dinámica y la interconexión de las diferentes entidades en el contexto de la salud en los territorios

- **Actividad #2: Ubicación en el Mapa del municipio**

---

En la actividad de ubicación en el mapa, se les pidió a las personas que amablemente señalaran en el mapa la ubicación exacta de su comunidad. Se les animó a trazarla, señalarla con precisión y a agregar el nombre correspondiente. Este ejercicio no solo facilitó la representación gráfica de la ubicación geográfica de cada participante, sino que también proporcionó información valiosa sobre el origen y la procedencia de la comunidad a la que pertenecían.

- **Actividad #3: Concepto de salud y recursos de salud.**

En un primer momento se inicia con un ejercicio reflexivo que consistía en definir el concepto que se tiene sobre salud y reconocer los recursos disponibles para garantizar el acceso, cobertura y calidad de este derecho de la pregunta reto y lluvia de problemas, lo anterior, permite que las personas expresen que es salud para ellos, se relacionan conceptos y se discute los mismos. Por otro lado, se pide a la comunidad que mencione desde su perspectiva los recursos de salud con los que cuentan para atender las necesidades sanitarias, cabe resaltar que, la información anterior es dialogada y agregada en la cartelera.

## **7. Fase 2. identificación y caracterización de problemas**

- **Actividad # 4: Lluvia de problemas**

Mediante esta actividad se buscaba identificar los problemas que afectaban a la comunidad rural respecto a la atención, acceso y cobertura en salud. Para ello se realizó una lluvia de ideas. Esta metodología consistía en que todos los miembros participes en este espacio aportaran una, o varias, problemáticas las cuales, consideran que requieren ayuda o eran producto de una mala implementación en temas de salud. Por otra parte, se realiza una agrupación de la lluvia de problemas en salud.

- **Actividad # 5: Matriz de priorización de problemas**

Después de realizado el ejercicio de identificar las problemáticas existentes en el territorio, mediante la creación de una matriz, la cual, pretendía recoger las

---

percepciones del participante, se procedió a priorizar los cinco problemas que requerían mayor atención para la comunidad.

Se pudo evidenciar que los problemas priorizados en el territorio guardan similitud a pesar de ser abordados por comunidades diferentes. En la siguiente tabla se muestra la información detallada de las columnas y las filas, las cuales, fueron diligenciadas de acuerdo con la votación que dieron los asistentes.

- **Actividad # 6: Árbol de problemas**

En esta actividad se solicitó a los participantes escoger dos de los problemas priorizados para realizar un ejercicio mediante el cual se pretendía identificar las causas y efectos de dichos problemas para después, plantear soluciones y proponer metas para superarlos

## **8. Fase 3. visión del futuro**

- **Actividad #7: ¿A dónde se quiere llegar y cómo se puede lograr?**

El siguiente ejercicio realizado pretendía lograr una visualización hacia el futuro deseado en temas de salud. Para ello se realizaron dos preguntas esenciales: ¿a dónde se quiere llegar?, y ¿cómo se puede alcanzar la visión del futuro?

Dichas preguntas se fundamentaban en el análisis de 4 componentes principales: a) fortalezas, aspectos positivos en la realización de la visión del futuro; b) debilidades, aspectos que podrían influir negativamente en lograr el objetivo común respecto a la salud; c) entorno, que se refería al análisis de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales de la comunidad; y d) actores, componente en el cual se agrupaban las figuras, organismos, instituciones, etc., que desempeñarían un rol clave en la materialización del objetivo, muchas veces requiriendo trabajo complementario o interseccionalidad.

## **9. Fase 4. Retos**

- 
- **Actividad #8: Pregunta reto. ¿De qué formas podemos alcanzar la visión de futuro?**

La actividad final consiste en escuchar a los asistentes cual puede ser la forma para alcanzar la visión futura, esto con el propósito de que las personas se cuestionen de cómo pueden participar en la solución de los problemas a tratar.

## **10. Fase 5: Prácticas Tradicionales en la comunidad**

- **Actividad #9: Saberes ancestrales**

Dentro del contexto de nuestra iniciativa enfocada en los saberes ancestrales, nos sumergimos en una exploración apasionante con el objetivo de conocer las plantas medicinales que se encuentran en nuestro entorno y entender su uso a lo largo de la historia.

Entablamos conversaciones con miembros de nuestra comunidad para investigar acerca de las plantas medicinales valiosas que han sido sembradas y cultivadas en nuestra región. A través de diálogos enriquecedores, nos sumergimos en el extenso conocimiento de la medicina tradicional que ha sido transmitido de generación en generación.

Las preguntas formuladas tuvieron como enfoque identificar las plantas medicinales presentes en el territorio y explorar las diversas maneras en que han sido empleadas. Investigamos las prácticas y rituales asociados con estas plantas, así como sus aplicaciones específicas en el tratamiento de enfermedades y el cuidado de la salud.

Descubrimos relatos fascinantes acerca de cómo nuestras comunidades han aprovechado las propiedades curativas de estas plantas a lo largo del tiempo. Desde infusiones que alivian dolores hasta ungüentos que promueven la cicatrización, cada planta medicinal revela un episodio único en la rica historia de la medicina tradicional.

Después de completar las actividades, se llevó a cabo el cierre de la jornada, consolidando de esta manera la valiosa información recopilada durante este proceso.

participativo. Posteriormente, se compartió dicha información con los actores interesados e involucrado

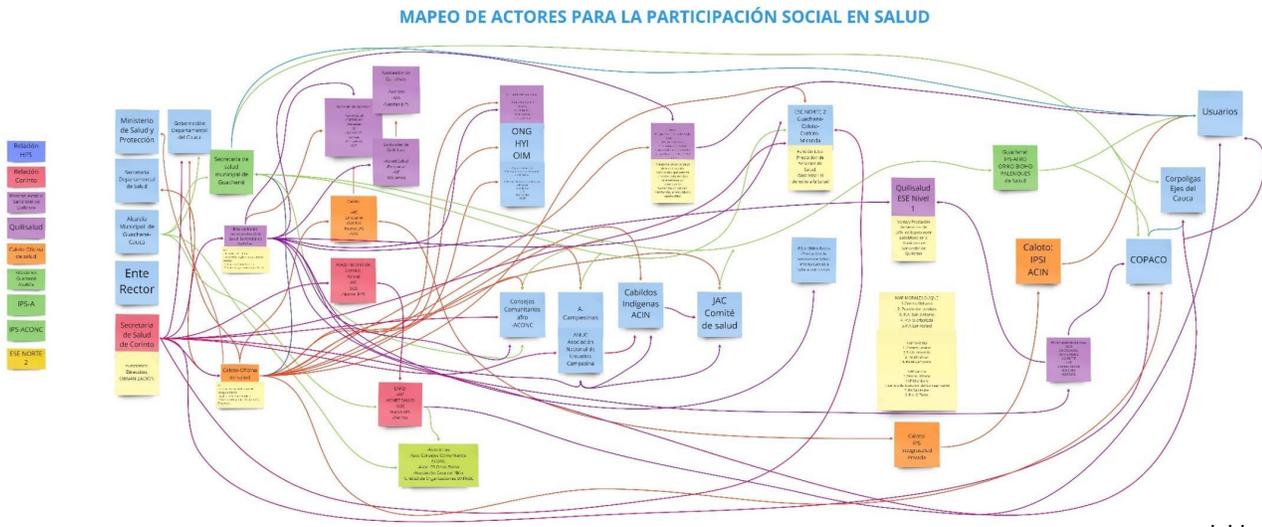
# Resultados

## Fase 1. conceptualización de la salud e identificación de recursos disponibles

### Actividad #1: Identificación de actores

En estos territorios rurales dispersos, el reconocimiento de los actores disponibles es fundamental para la articulación de soluciones que tengan un impacto significativo. Por lo tanto, uno de los primeros ejercicios llevados a cabo con representantes de las instituciones, fue la identificación de los actores relacionados con la Atención Primaria en Salud y la política de participación social en salud. En esta actividad, los habitantes de los municipios elaboraron listas de actores, estableciendo flujos para comprender las relaciones existentes (ver imagen xx). Además, Los actores identificados durante el ejercicio se clasificaron meticulosamente según sus roles y funciones, agrupándolos en las siguientes categorías clave: **ACTORES POLÍTICOS - GOBIERNO, ONGs / ACTORES SOCIALES, ACTORES DE SALUD y ACTORES COMUNITARIOS**. Esta clasificación estratégica proporciona una visión organizada de los diversos participantes en el ámbito de la atención primaria en salud y la participación social en salud en los territorios (Figura 1, Tabla 1).

FA continuación, se presenta la distribución de los actores en cada categoría:



## Figura 1. Mapa de actores

Tabla 1. Matriz de actores

Actores políticos - gobierno:	ONGS / actores sociales:	Actores de salud:	Actores comunitarios:
Ministerio de Salud Gobernación del Cauca Secretaría de Salud Departamental Alcaldía Municipal Asociación de Municipios Partidos Políticos Concejo Municipal Entes Descentralizados Agencia de Renovación de Territorio Congreso de la República	Tierra de Paz Buemont Usaid OIM Asociación Consejo Comunitarios (ACONC) Asociación Casa del Niño UAFROC CONTROL PLAN ONU BLUEMONT FUNDAMOR TIERRA DE PAZ Universidad del Valle Universidad del Cauca	ESE Norte 2 ACN Integrasalud Hospital Francisco de Paula Santander Secretaría de Salud Departamental Secretaría de Salud Municipal EAPB IPS IPS Orika Bioho Médicos tradicionales Parteras Sabedores Ancestrales Fundación Propal IPS Privada Guachené Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud Supersalud TAPB Sindicatos en salud Quilisalud ESE	Asociación Campesinas Corpoligas Juntas de Acción Comunal COPACO Juntas Indígenas Usuarios CORPOLIGAN Comunidad Consejo Regional Indígena del Cauca Asociación de Cabildos Indígenas Norte Autoridades de Territorio Indígena Plataforma juvenil Mesa de Víctimas Mesa de Discapacidad Asociación Nacional de Usuarios Campesinos

Con base en la información anterior, se ha logrado identificar una diversidad de actores a distintos niveles: local, municipal, regional y nacional. Esta amplia red de participantes refleja la complejidad y la interconexión de las acciones relacionadas con la salud

Es notable que existen diferentes tipos de actores, cada uno desempeñando un papel fundamental para impulsar y dinamizar acciones en el ámbito de la salud. Entre los municipios, se observa una presencia compartida de actores clave. Por ejemplo, la Asociación Consejo Comunitarios (ACONC) se destaca como un actor recurrente en los municipios del norte del Cauca. Además, instituciones como el Hospital de Segundo Nivel Francisco de Paula Santander y la Secretaría Departamental de Salud son actores comunes que desempeñan roles esenciales.

---

Es relevante subrayar que la presencia de actores compartidos entre los municipios crea oportunidades para la colaboración y el intercambio de información. Esta sinergia puede facilitar la gestión de acciones conjuntas, promoviendo un enfoque unificado para el desarrollo de rutas y estrategias que beneficien a la salud de la población en estos territorios. La identificación y reconocimiento de estos actores en común permiten fortalecer la coordinación y la cooperación entre municipios, optimizando así los recursos y maximizando el impacto de las intervenciones en el ámbito de la salud.

### **Actividad #2: Ubicación en el Mapa del municipio**

Cuando consultamos a las personas acerca de su ubicación dentro del municipio, algunos podían proporcionar claramente detalles precisos sobre su posición geográfica. A partir de esta información, se llevó a cabo un proceso reflexivo que permitió identificar puntos clave en las distintas zonas, como por ejemplo puestos de salud. Estos centros de atención médica se convierten en lugares estratégicos, facilitando la asistencia de comunidades de veredas cercanas, fortaleciendo así la accesibilidad a servicios de salud para un conjunto más amplio de habitantes. Este ejercicio no solo permitió cartografiar físicamente el municipio, sino que también generó una comprensión más profunda de la interconexión y la importancia de estos puntos clave en la red de servicios para la comunidad.

A su vez, se puso de manifiesto la clara presencia de diversos puntos clave que desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo de actividades destinadas a mantener la salud en el territorio. Entre estos, se destacaron iglesias, escuelas, zonas deportivas y otros espacios relevantes.

Las iglesias no solo cumplieron una función espiritual, sino que también se erigieron como centros comunitarios, donde se llevaron a cabo actividades sociales y eventos que fortalecieron los lazos comunitarios y contribuyeron al bienestar emocional de los habitantes.

Las escuelas se erigieron como pilares educativos esenciales, proporcionando no solo conocimientos académicos, sino también siendo el escenario para promover prácticas saludables entre los estudiantes. Programas de educación física, charlas sobre nutrición y

---

actividades deportivas fueron parte de las iniciativas que impulsan un estilo de vida activo y saludable.

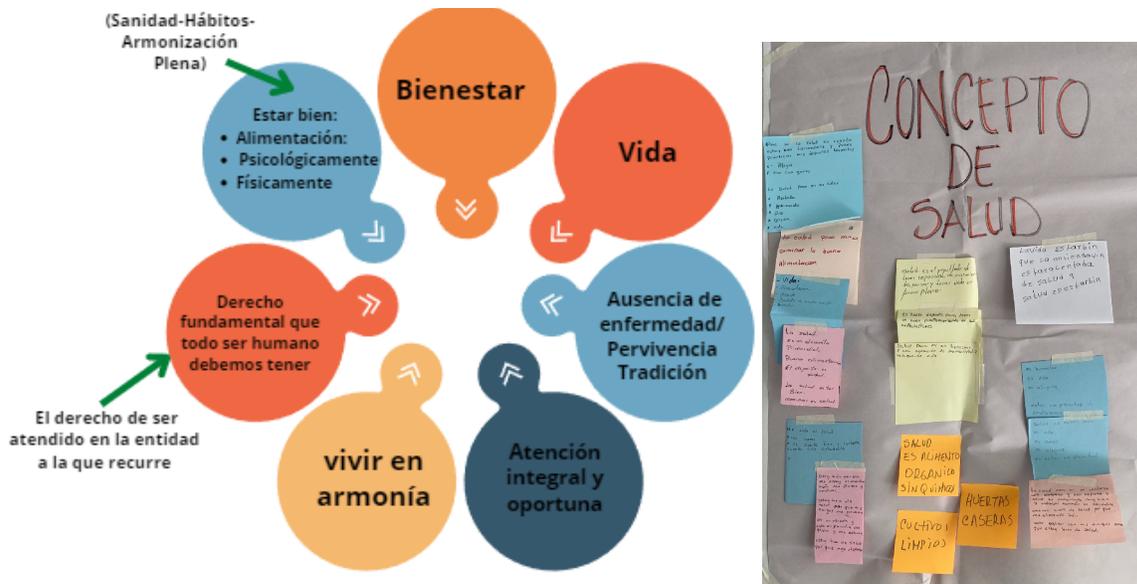
Las zonas deportivas, ya fueran parques, campos de juego o instalaciones recreativas, representaron lugares clave donde la comunidad pudo participar en actividades físicas, fomentando así hábitos que promovieron la salud y el bienestar general.

Otros espacios, como centros culturales, plazas públicas y áreas verdes, contribuyeron a la creación de entornos propicios para eventos, actividades recreativas y la promoción de un sentido de pertenencia y comunidad.

Este mapeo reveló una red interconectada de recursos que no solo fueron infraestructuras físicas, sino también elementos esenciales que trabajaron de manera conjunta para impulsar prácticas y actividades que promovieron la salud y el bienestar en el territorio. Este enfoque integral nos permitió comprender y aprovechar de manera efectiva los recursos disponibles para el beneficio colectivo de la comunidad

### **Actividad #3: Concepto de salud y recursos de salud.**

Esta actividad centrada en el concepto de salud resultó sumamente valiosa, pues nos permitió evidenciar que, tanto para las instituciones de salud como para la comunidad, la salud trasciende la mera ausencia de enfermedad (Figura 2 y 3). Fue revelador observar cómo la comunidad concebía la salud no solo como la ausencia de malestares físicos, sino como un estado integral de bienestar que abarcaba aspectos físicos, mentales, espirituales y sociales.



**Figura 2. Concepto de salud desde el punto de vista de la comunidad**

A través de las respuestas proporcionadas durante la actividad, se destacó que, para la comunidad la salud se asociaba con el bienestar en todos los ámbitos de la vida. Se mencionó la importancia de la actividad física, la relación con el entorno medioambiental, el sentirse bien tanto física como espiritualmente, y la conexión con conceptos como prosperidad y amor.

Las expresiones compartidas, como "cultivos limpios", "la vida es estar bien", "estar alentado" y "la salud es hacer deporte", revelaron una comprensión amplia y holística de la salud. Se enfatizó la importancia de alimentarse adecuadamente, tener la capacidad de realizar actividades cotidianas y mantener relaciones sociales positivas.

La comunidad expresó la noción de que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad, vinculándola con la alegría, el amor, la plenitud de condiciones y la capacidad de cuidarse a sí mismos y a los demás. Estas percepciones diversificadas subrayan la riqueza y complejidad de cómo se entiende y valora la salud en la comunidad, proporcionando una base sólida para futuras acciones y programas centrados en el bienestar integral.



---

evidente por la salud en términos del entorno natural, destacando el cuidado del medio ambiente y sus recursos como elementos cruciales para el bienestar general.

Estas diferencias subrayan la riqueza y diversidad de perspectivas en torno al concepto de salud, mostrando cómo las comunidades, a pesar de similitudes, pueden tener enfoques distintos que reflejan sus experiencias y valores específicos. Estas observaciones ofrecen una base valiosa para comprender y respetar las diversas visiones de la salud, proporcionando un contexto relevante para el diseño de intervenciones y programas de salud culturalmente sensibles.

Las respuestas de la comunidad destacaron la importancia de la actividad física, la conexión con el entorno medioambiental y el bienestar integral. Expresiones como "cultivos limpios", "la vida es estar bien" y "la salud es hacer deporte" resaltan una visión integradora de la salud, subrayando la relevancia de la alimentación adecuada, la capacidad para realizar actividades diarias y la importancia de relaciones sociales positivas.

Es significativo que la comunidad haya asociado la salud con conceptos como la alegría, el amor y la plenitud de condiciones. Estas percepciones diversas reflejan la riqueza y complejidad de la comprensión de la salud en la comunidad, proporcionando una base sólida para futuras acciones centradas en el bienestar.

Además, la identificación de similitudes y diferencias en la percepción de la salud entre la comunidad afrocolombiana y los cabildos indígenas resalta la diversidad de perspectivas en torno al concepto. Estas observaciones son esenciales para adaptar intervenciones y programas de salud culturalmente sensibles a las experiencias y valores específicos de cada comunidad.

En resumen, la actividad centrada en el concepto de salud ha proporcionado una perspectiva completa y enriquecedora sobre cómo la comunidad percibe el bienestar. Más allá de simplemente la ausencia de enfermedad, se ha revelado una comprensión holística que abarca lo físico, mental, espiritual y social.

---

En esta misma actividad se desarrolló el taller que buscaba identificar los **Recursos de salud**, esta actividad se destacó por la capacidad de reconocer no solo los recursos convencionales como IPS, EPS, puestos de salud, médicos y enfermeras, sino también otros elementos que contribuyen a promover y mantener la salud. Este ejercicio nos permitió enumerar los recursos disponibles en cada comunidad, y además, desencadenó un proceso reflexivo, tanto en la comunidad, como en las instituciones.

Entre los recursos mencionados, se evidenció la importancia de la medicina tradicional y prácticas ancestrales en territorios rurales dispersos. Se identificaron diversos elementos comunitarios, como la junta de acción comunal, el consejo comunitario, parteras y comités de salud. Además, se resaltaron recursos naturales y actividades, como huertos caseros, agua potable, espacios libres, canchas deportivas y piscinas, que contribuyen al bienestar general (Figura 4).



**Figura 4. Nube de palabras sobre los recursos de salud en las comunidades.**

---

La relación entre salud y aspectos como poseer vida, tener una buena escuela, una clínica eficiente, recursos naturales, espacios para el deporte y promoción de la convivencia, subrayó una visión amplia y conectada del bienestar.

La inclusión de recursos como plantas medicinales, yerbas naturales, prácticas de sobandero, y la mención de hierbas como la penicilina, el pronto alivio, el llantén, y el paico, resalta la valoración de las soluciones naturales y tradicionales para la salud.

En conclusión, este ejercicio resalta la riqueza de recursos y perspectivas en la comunidad, evidenciando la importancia de reconocer y aprovechar tanto los recursos convencionales como los tradicionales para promover una salud integral y sostenible. La comunidad, al reconocer y valorar sus propios recursos, fortalece la resiliencia y sostenibilidad en el cuidado de la salud en su entorno, demostrando una capacidad autónoma y colaborativa en la búsqueda del bienestar.

## **Fase 2. identificación y caracterización de problemas**

### **Actividad # 4: Lluvia de problemas**

Después de llevar a cabo un proceso reflexivo a partir de la lluvia de ideas sobre el concepto de salud y los recursos disponibles, se realizó una identificación de problemas de salud en el territorio, entre los cuales destacan (Figura 5):

- Escasez de agua potable.
- Impacto de los conflictos armados en el territorio.
- Ausencia de fuentes de empleo.
- Pérdida de las prácticas y saberes ancestrales, incluyendo el conocimiento sobre plantas medicinales.
- Deficiencias en los servicios de salud.
- Problemas con económicos y el transporte.

- Falta de promotores de salud.
- Ausencia de ambulancias.
- La afectación al medio ambiente debido a la contaminación y la falta de seguridad alimentaria.



**Figura 5. Lluvia de palabras sobre los problemas de salud listados por la comunidad.**

Los problemas identificados se centran en barreras de acceso comunes en territorios rurales, como la falta de infraestructuras adecuadas, acceso limitado a agua potable, conflictos armados, pérdida de prácticas y conocimientos ancestrales, deficiencias en la comunicación comunitaria, uso inadecuado del tiempo libre por parte de los jóvenes, dificultades económicas para acceder a las cabeceras municipales y preocupaciones ambientales como la contaminación de ríos o la fumigación de cultivos. Estos problemas

impactan negativamente en la seguridad alimentaria y representan desafíos significativos para la salud de la comunidad.

A partir de lo expuesto, se evidencia que los problemas de salud no se limitan únicamente a la falta de atención médica, sino que están estrechamente vinculados con otros aspectos sociales y económicos que tienen un impacto directo en la salud de la población en los territorios.

### Actividad # 5: Matriz de priorización de problemas

Después de identificar los problemas de salud en los territorios rurales mediante la participación activa de la comunidad y las instituciones, se procedió a agrupar problemas similares con su colaboración. A cada persona se le proporcionó una matriz con variables priorizadas para que calificaran, en una escala del 1 al 10, la incidencia de cada problema sobre esa variable. Luego, se sumaron los puntos de cada variable y se calculó el promedio. Los problemas con mayores porcentajes se priorizaron por territorio, seleccionando los cinco con mayor calificación, como se presenta a continuación (Figura 6).

UNIVERSIDAD ICESI											
CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA											
PROBLEMA	COMPLEJIDAD	GOBERNANZA	ENFOQUE DIFERENCIAL	INTERSECTORIALIDAD	PRESTACIÓN DE SERVICIO	LEGITIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS	EMPODERAMIENTO	CARACTERÍSTICAS COMUNITARIAS	IMPORTANCIA DE LA COMUNIDAD	REPERCUSIÓN SOCIAL	TOTAL
1 Problema hábito de vida saludable	18	4	14	6	12	4	17	15	12	4	1184440320.00
2 Desigualdad social	10	4	10	6	4	4	16	5	4	12	147.456.000
3 Problemas con la EPS	11	4	10	5	4	17	17	4	4	12	344.678.400
4 Problemas Gobernanza	12	4	9	4	4	12	14	4	9	12	520.224.768
5 Problemas de medio ambiente	10	4	6	4	4	12	16	5	8	12	353.894.400
6 Problemas de servicio de salud	11	12	8	6	4	12	14	4	9	12	1.839.366.144
7 Falta de respeto a Medicina	19	12	8	7	12	12	16	6	7	6	8.803.178.496
8 Modelo Extractivista	11	4	7	5	4	12	19	4	5	12	212.889.600
9 Afectación de actividades de integración y convivencia con la comunidad	19	4	11	4	4	12	12	16	4	10	808.980.480

UNIVERSIDAD ICESI											
CAPACIDADES TERRITORIALES PARA CONTRIBUIR A LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD EN CONTEXTOS INTERCULTURALES DEL CAUCA											
PROBLEMA	COMPLEJIDAD	GOBERNANZA	ENFOQUE DIFERENCIAL	INTERSECTORIALIDAD	PRESTACIÓN DE SERVICIO	LEGITIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS	EMPODERAMIENTO	CARACTERÍSTICAS COMUNITARIAS	IMPORTANCIA DE LA COMUNIDAD	REPERCUSIÓN SOCIAL	TOTAL
7 Falta de respeto a Medicina tradicional	19	12	8	7	12	12	16	6	7	6	8.803.178.496
6 Problemas de servicio de salud	11	12	8	6	4	12	14	4	9	12	1.839.366.144
1 Problema hábito de vida saludable	18	4	14	6	12	4	17	15	12	4	1.184.440.320
3 Afectación de actividades de integración y convivencia con la comunidad	19	4	11	4	4	12	12	16	4	10	808.980.480
4 Problemas Gobernanza	12	4	8	4	4	12	14	4	9	12	520.224.768
5 Problemas de medio ambiente	10	4	6	4	4	12	16	5	8	12	353.894.400
3 Problemas con la EPS	11	4	10	5	4	12	17	4	4	12	344.678.400
8 Modelo Extractivista	11	4	7	5	4	12	19	4	5	12	212.889.600
2 Desigualdad social	10	4	10	6	4	4	16	5	4	12	147.456.000

## Figura 6. Matriz de priorización de problemas

Posteriormente, se llevó a cabo una matriz de consenso para determinar los dos principales problemas desde la perspectiva de cada actor (institución, comunidad y proyecto), como se muestra a continuación (Tabla 2).

**Tabla 2. Prioridades para la implementación de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud: Materno infantil, mujer, jóvenes (Salud mental), Salud oral y crónicas (adulto, adulto mayor)**

Municipio	Prioridad 1	Responsable	Prioridad 2	Responsable
Guapi	Acceso a servicios de salud por débiles procesos de comunicación intercultural		Falta de comunicación y orientación a la comunidad Falta de información para el cuidado y prevención en salud Acceso a actividades de prevención	
Timbiquí	Acceso a servicios Inoportunidad en DX	EPSs	Falta de un modelo-Rutas	Secretaria de salud y las IPSs
Caloto	Falta de comunicación con los territorios (Jornadas, actividades)	Secretaria de salud y las IPSs	Mal uso del tiempo libre-jóvenes	Secretaria de salud
Corinto	Falta de apoyo estatal para programas diferenciales		Mala atención en salud (Tiempo y calidad)	
Guachené	Pérdida progresiva de la medicina tradicional		Prácticas que confrontan a la autoridad y de los consejos comunitarios	
Santander de Quilichao	Inseguridad alimentaria	Secretaria de salud	Falta de información y comunicación con la comunidad	Secretaria de salud y las IPSs

Esto nos permitió evidenciar que, aunque existen problemas similares en los territorios rurales, cada uno tiene una prioridad única para abordar una necesidad que afecta la salud. Se constató que los problemas no solo eran de naturaleza institucional, sino que también involucraban aspectos sociales y ambientales.

---

Además, se destacó la importancia de no solo integrar a los actores de salud, sino también incluir a otros actores relacionados con el medio ambiente, educación, juventud y otros ámbitos. Este enfoque holístico subraya la necesidad de colaboración interdisciplinaria para abordar los desafíos de salud de manera integral, reconociendo la interconexión entre la salud, el entorno y otros aspectos sociales que influyen en el bienestar de la comunidad. En consecuencia, se reafirma la importancia de adaptar los modelos de salud a las complejidades y prioridades específicas de cada territorio.

### **Actividad # 6: Árbol de problemas**

Se llevó a cabo el análisis del árbol de problemas, centrándonos en los dos problemas prioritarios identificados durante los talleres (Figura 5).

Durante este proceso exhaustivo, se realizaron evaluaciones detalladas de las causas y los efectos asociados, encontrando que, entre las causas comunes de diversos problemas, se encuentran la falta de conocimiento, la falta de capacitación, la falta de involucramiento de la comunidad, la falta de calidad en los servicios de salud, la falta de personal, la falta de comunicación, la contaminación de los ríos, así como la falta de articulación entre los diferentes actores comunitarios e institucionales, entre otros.

Es importante resaltar que estas causas no solo son recurrentes, sino que también tienen consecuencias significativas, como la posibilidad de causar muertes y complicaciones en los pacientes. Este análisis subraya la necesidad urgente de abordar estos problemas de manera integral, involucrando tanto a la comunidad como a las instituciones pertinentes (ver árbol de problemas).



Figura 5. Árbol de problemas

---

### Fase 3. visión del futuro

#### Actividad #7: ¿A dónde se quiere llegar y cómo se puede lograr?

Después de haber transitado por las fases anteriores, se les consultó a los participantes de las actividades acerca de sus aspiraciones en términos de salud y cómo visualizaban el futuro. Muchos coincidieron en la necesidad de recibir mejores atenciones, contar con un mayor número de especialistas, mejorar el entorno ambiental en sus territorios, capacitarse, empoderarse en acciones de salud, activar las rutas de atención, conocer detalladamente dichas rutas, optimizar los convenios, contar con profesionales capacitados, una comunidad instruida en temas de salud, reducir los tiempos de espera para la asignación de citas, garantizar la llegada de medicamentos a los territorios, entre otros aspectos.

Esta visión de futuro se reveló como una herramienta valiosa para que los participantes puedan plantearse retos significativos y proponer soluciones concretas (Figura 6 y 7).



Figura 6. Ejercicio de la visión de futuro

## Visión de Futuro

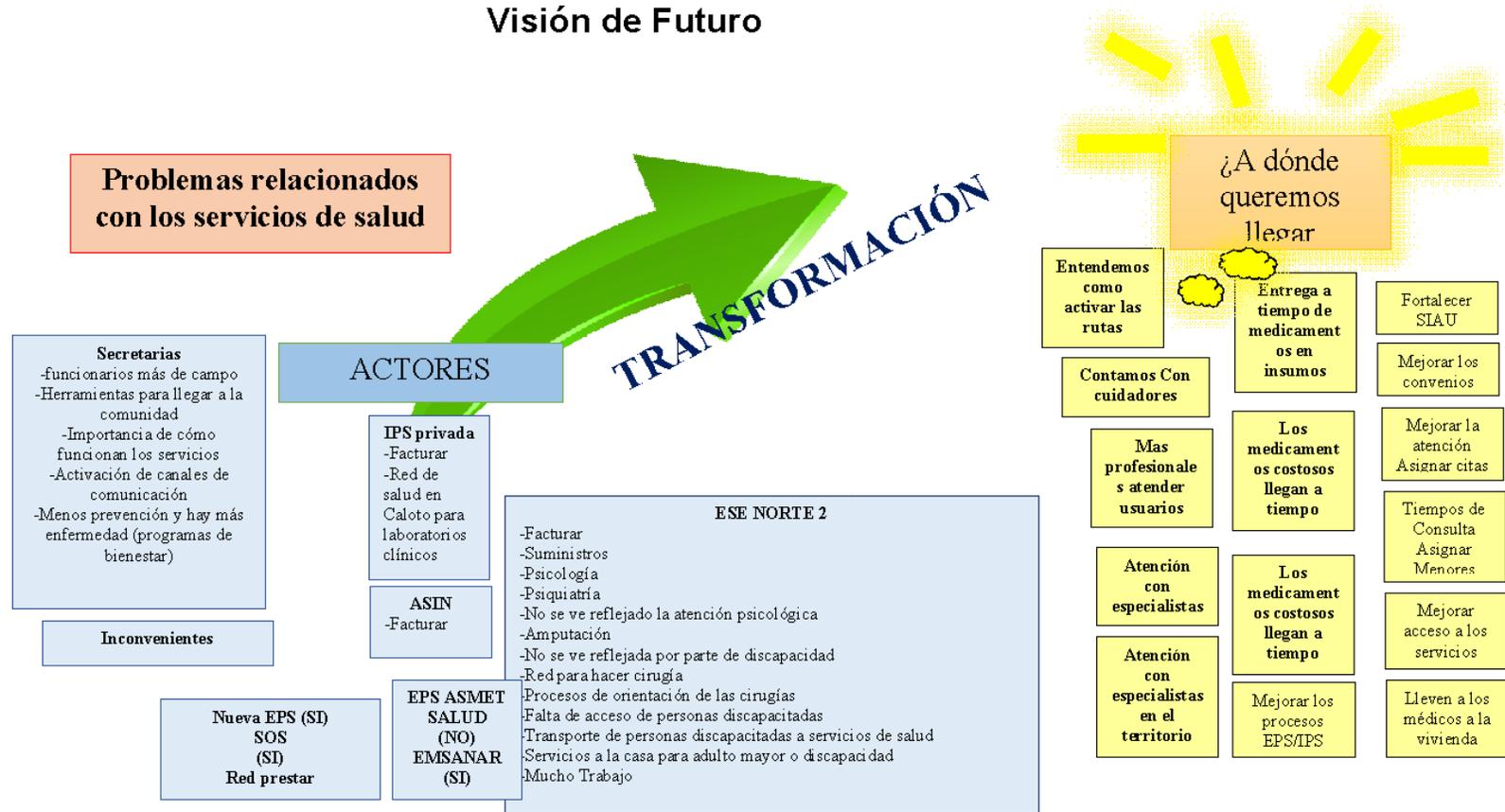


Figura 7. Visión de futuro, preguntas Reto

---

La comunidad, al pensar de manera más integral, consideró aspectos como la educación, el empoderamiento, el cuidado del medio ambiente, la seguridad alimentaria y la colaboración intersectorial e interdisciplinaria. Esta perspectiva holística no solo fortalece la atención médica, sino que también contribuye al desarrollo sostenible y al bienestar general de la comunidad. Al integrar estas dimensiones, se generan sinergias que permiten abordar de manera más efectiva los desafíos de salud, promoviendo un enfoque intersectorial e intercultural, para mejorar la calidad de vida en todos los aspectos.

#### **FASE 4. Retos**

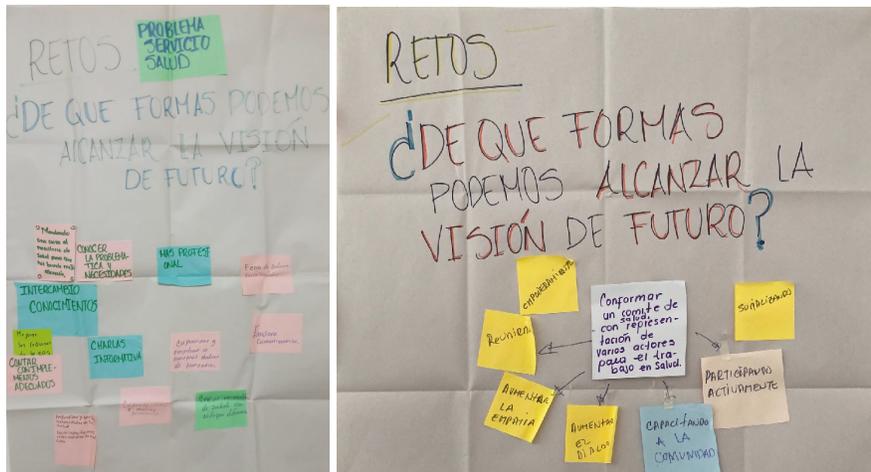
##### **Actividad #8: Pregunta reto. ¿De qué formas podemos alcanzar la visión de futuro?**

En la fase de la pregunta reto, se consultó a las personas sobre las diversas formas de alcanzar la visión de futuro. Surgieron diversas ideas que reflejan la creatividad y el compromiso de la comunidad con la mejora de su salud y entorno. Algunas de las propuestas incluyeron:

- Emprendimientos verdes.
- Concientización de la comunidad.
- Propuesta de un modelo diferencial de salud.
- Alianzas con empresas.
- Apoyo al conocimiento comunitario.
- Siembra de árboles.
- Creación de incentivos para la gestión adecuada de residuos.
- Involucramiento de diferentes actores en la búsqueda de soluciones.
- Capacitación de gestores ambientales en los ríos.
- Realización de jornadas de limpieza.

- 
- Supervisión del uso correcto de las canecas.
  - Trabajo con el reciclaje y emprendimientos relacionados.
  - Colaboración con empresas y la alcaldía para obtener resultados.
  - Separación de residuos en la cocina escolar.
  - Iniciativas como enviar cartas al Ministerio de Salud para mejorar la atención.
  - Conocimiento profundo de la problemática y necesidades de la comunidad.
  - Intercambio de conocimientos.
  - Mejora de los recursos de las EPS.
  - Realización de charlas informativas.
  - Identificación y atención de las necesidades específicas de la salud.
  - Capacitaciones e intercambios en el ámbito médico.
  - Formación de médicos ancestrales.
  - Capacitación y empleo de médicos locales.
  - Feria de saberes ancestrales y creación de una emisora comunitaria.

Este proceso fue especialmente valioso, puesto que, después de las fases anteriores que abordaron conceptos de salud, recursos y problemas, los participantes lograron plasmar cuál era el desafío y cómo podían contribuir con sus capacidades. Este ejercicio generó ideas novedosas y aplicadas al territorio, permitiendo que las personas se sintieran empoderadas e involucradas en un proceso tan importante como lo es la gestión de su salud. En lugar de solo percibir problemas o falta de acceso, la comunidad vislumbró oportunidades para generar un impacto positivo y tangible en su bienestar.



**Figura 8. Pregunta reto**

## Fase 5. Recursos Tradicionales para la salud de las comunidades

### Actividad #9: Saberes ancestrales

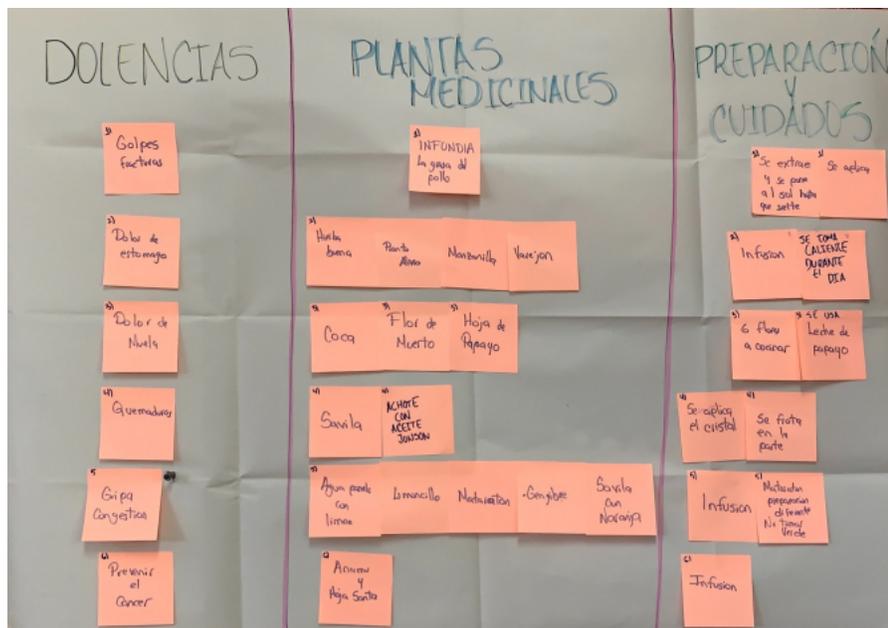
En estos territorios rurales dispersos, las prácticas y saberes ancestrales se revelan como recursos fundamentales para superar los problemas de salud y mantener el bienestar. Reconociendo la importancia de esta tradición, se llevó a cabo una investigación directa con la comunidad, indagando sobre el uso de plantas medicinales, las dolencias para las que eran empleadas, así como sus métodos de preparación y cuidado. Este enfoque resulta crucial para abordar la problemática identificada de la pérdida de la medicina tradicional, un aspecto profundamente arraigado en su cultura y considerado un problema de salud.

La información recopilada fue construida, presentada y socializada por los propios miembros de la comunidad (Tabla 3, Figura 9).

**Tabla 3. Utilidades de la medicina tradicional**

Dolencias	Plantas medicinales	Preparación y cuidado
Golpes fracturas	Infundía la grasa de pollo	Se extrae y se pone al sol hasta que suelta Se aplica
Dolor de estomago	Hierbabuena Pronto alivio Manzanilla Varejón	Infusión Se toma Caliente durante el día

Dolencias	Plantas medicinales	Preparación y cuidado
Dolor de Muela	Coca Flor de muerte Hoja de papaya	6 flores para cocinar Se usa la leche de papaya
Quemaduras	Sábila Achote con aceite Johnson	Se aplica el cristal Se frota en la parte
Gripa, congestión	Agua de panela con limón Limoncillo Matarratón Jengibre Sábila con naranja	Infusión Matarratón, la preparación es diferente porque no se utiliza la parte verde
Prevenir el cancer	Anamú y hoja santa	Infusión



**Figura 9. Recursos tradicionales para la salud**

A continuación, se detallan algunas de las plantas identificadas, sus usos y sus métodos de preparación y cuidado:

- Golpes y fracturas
- Planta: Infusión de grasa de pollo.
- Preparación y cuidado: Extracción y exposición al sol antes de aplicar.

- 
- Dolor de estómago:
    - Plantas: Hierbabuena, Pronto alivio, Manzanilla, Varejón.
    - Preparación y cuidado: Infusión y consumo caliente durante el día.
  - Dolor de muela:
    - Plantas: Coca, Flor de muerte, Hoja de papaya.
    - Preparación y cuidado: Cocinar 6 flores, usar leche de papaya.
  - Quemaduras:
    - Plantas: Sábila, Achote con aceite Johnson.
    - Preparación y cuidado: Aplicación del cristal, frotado en la zona afectada.
  - Gripe y congestión:
    - Plantas: Agua de panela con limón, Limoncillo, Matarratón, Jengibre, Sábila con naranja.
    - Preparación y cuidado: Infusión variada según la planta.
  - Prevención del cáncer:
    - Plantas: Anamú y hoja santa.
    - Preparación y cuidado: Infusión.

Además, se compartieron experiencias y conocimientos más amplios sobre medicinas tradicionales, incluyendo la moringa para fortalecer las defensas, la fiebre, para las lastimaduras, entre otros. Se destacó la importancia de agruparse para brindar apoyo y capacitación a quienes lo necesiten en la comunidad, para mantener sus saberes y transmitirlos a los más jóvenes.

---

Cabe mencionar que esta información se profundiza en el capítulo 5 sobre saberes ancestrales, donde se exploran relatos contados por los sabedores y las mayores. A través de este proceso, los participantes compartieron experiencias comunes y descubrieron nuevas facetas de las plantas, fortaleciendo la conexión con su herencia cultural y promoviendo el intercambio de sabiduría en los territorios.

## CONCLUSIONES

Es importante destacar las apreciaciones expresadas por los participantes durante la actividad:

- **Deseo de Aprender:** Hubo un interés evidente entre los participantes por aprender más sobre cómo empoderarse en cuestiones relacionadas con la salud. Este anhelo refleja la voluntad de la comunidad de adquirir conocimientos y habilidades que les permitan tomar un papel más activo en el cuidado de su bienestar.
- **Involucramiento intersectorial e intercultural:** Se manifestó el deseo de involucrar a personas de diferentes edades dentro de la comunidad. Esta aspiración destaca la importancia de crear conexiones sólidas entre las generaciones, reconociendo la relevancia de la experiencia y la perspectiva de cada grupo etario en el abordaje integral de los problemas de salud. A su vez, evidenciaron la importancia de trabajar con diferentes actores.
- **Reconocimiento de Fallos Institucionales:** Los participantes no solo señalaron las fallas existentes en las instituciones de salud, sino que también expresaron el deseo de construir y conocer las rutas para acceder a servicios de salud de calidad. Este reconocimiento y la voluntad de colaborar en la mejora de los servicios de salud resaltan la importancia de la participación comunitaria en la construcción de soluciones efectivas y adaptadas a sus necesidades específicas.

En resumen, a pesar de la limitación en la realización de ciertas actividades planificadas, la riqueza de las interacciones y las perspectivas expresadas por la comunidad, las instituciones y los

---

integrantes del proyecto durante las fases proporcionan valiosas pistas sobre las áreas de interés y necesidades prioritarias que deben abordarse en futuras intervenciones de salud.

---

# CAPÍTULO 5

## PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Abelardo Jimenez Carvajal<sup>11</sup>  
Victoria Andrea Gonzalez Hurtado<sup>12</sup>

### Introducción

La participación comunitaria se ha constituido como un objeto de estudio durante mucho tiempo, obteniendo diferentes análisis según el enfoque realizado. En cuanto a la participación comunitaria en salud Mira et al. (2018) determinaron que el concepto de participación puede relacionarse tanto al uso individual como colectivo de derechos civiles, la aprobación de políticas y planes de salud y la sostenibilidad de estos en los sistemas de salud.

Así mismo, Cerqueira y Mato (1998) establecen que las formas en que el sector de la salud ha abordado la participación ciudadana son:

---

<sup>11</sup> Universidad San Martín, Universidad Icesi. abelardo65@gmail.com

<sup>12</sup> Universidad Icesi

---

1) Como una contribución voluntaria de la comunidad en programas de atención primaria de la salud;

2) llamando a la población a utilizar adecuadamente los servicios de salud y ampliar su cobertura; y

3) promoviendo diferentes acciones para poder fortalecer los sistemas locales de salud fomentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (citado en Sopransi, 2016).

Es entonces como la participación se podría definir como dice Montero (2004) en un proceso en el que diferentes personas trabajan juntas de manera organizada y abierta para poder alcanzar metas, y este proceso se da gracias a una variedad de actores y actividades.

El proceso de participación se establece entonces como aquel en el cual las comunidades logran obtener un papel activo en la toma de decisiones y en la planificación que tienen sobre los servicios de salud que afectan a su comunidad. Materializándose el ejercicio de participación de distintas formas, bien puede ser participando en grupos de discusión, expresando sus opiniones y preocupaciones, realizando análisis de las necesidades de los territorios, etc.

Así mismo Navas et al. (2004) cita a Martínez y Revilla para recalcar que en sociedad, tenemos la responsabilidad de asumir una conducta participativa y a su vez decisoria que nos pueda conducir a alcanzar metas sociales.

No obstante, se debe reconocer que los sujetos sociales también persiguen intereses individuales, así, comprendiendo la participación desde esta óptica se establece la necesidad de generar incentivos para garantizar la participación comunitaria.

En el caso de la participación comunitaria en salud, dichos incentivos deben estar estrictamente relacionados con la garantía y el acceso a los servicios de salud que presentan problemas o pretenden atender las problemáticas generalizadas de los territorios.

---

Para el Proyecto “Capacidades territoriales para contribuir a la garantía del derecho a la salud en contextos interculturales del Cauca” se trató de abordar la percepción sobre la participación comunitaria en salud a través de encuestas en comunidades rurales étnicas, dispersas. La muestra poblacional se compuso por 52 personas que pertenecían a distintos municipios y veredas del norte del Cauca, entre los que se destacan el Carmel y Crucero Gualí; de dicha población 42 personas eran mujeres y 10 hombres, y 34 entrevistados se identificaron como afrodescendiente, 3 como indígena y 2 como “Otro”. 13 no ofrecieron información sobre su identidad étnica.

Para el análisis de los resultados de la encuesta de percepción sobre participación comunitaria en salud, nos basamos en los enunciados de Ramírez (2015), quien establece la existencia de varios modelos de participación ciudadana. En este estudio específicamente se tuvieron en cuenta: el modelo cognitivo, el modelo de incentivos, el modelo de voluntarismo cívico, equidad y justicia, modelo de capital social. A continuación, se detallarán los modelos.

## Modelo Cognitivo

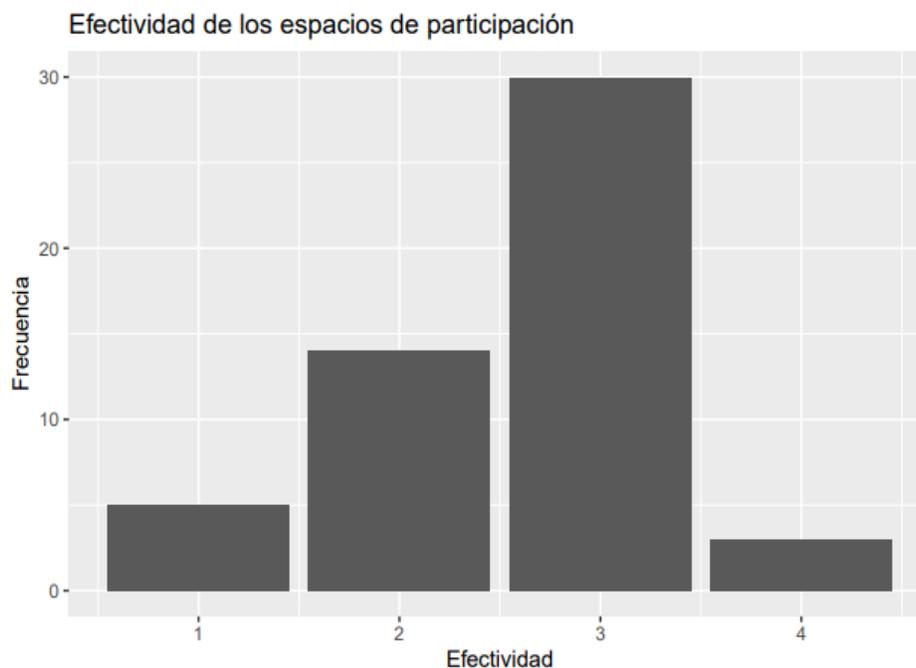
Derivado de lo que Ramírez (ibíd.) denomina teoría cognitiva de la participación, en esta según Daltón 2002 (citado en ibíd.) , la idea principal es que la participación está determinada por el nivel de información a la que el ciudadano puede acceder sobre el sistema político, y el deseo que este tiene para participar teniendo en cuenta esta información.

Entre los principales indicadores que se tienen en cuenta para esta teoría son: educación (el nivel educativo o de preparación con el que cuenta el individuo), conocimiento político, y el interés o la apatía política.

Realizando un análisis en R sobre las variables enfocadas específicamente en el nivel de educación de los entrevistados (pregunta 5 de la encuesta, ver anexo) y la percepción sobre la efectividad de los espacios de participación (pregunta 13.1) se halla que la mayoría de entrevistados, quienes manifestaron tener aunque sea un nivel básico de educación, conciben que mayormente los espacios de participación están en un nivel 3 que corresponde

---

a “algo efectivos”, seguido por el nivel 2 “poco efectivos”, el nivel 1 “nada efectivos” y terminando en el nivel 4 “muy efectivos” (Figura 1).



Fuente: elaboración propia.

**Figura 1. Percepción de la efectividad en los espacios de participación para entrevistados con un nivel educativo.**

Teniendo en cuenta la propuesta del modelo cognitivo, la población entrevistada que manifestó tener un nivel de educación (30 personas) consideran que la efectividad de los espacios de participación es “algo efectivos”, es decir que pueden mejorar, concibiéndose a sí mismos como actores relevantes en el proceso de fortalecimiento de la participación comunitaria en salud.

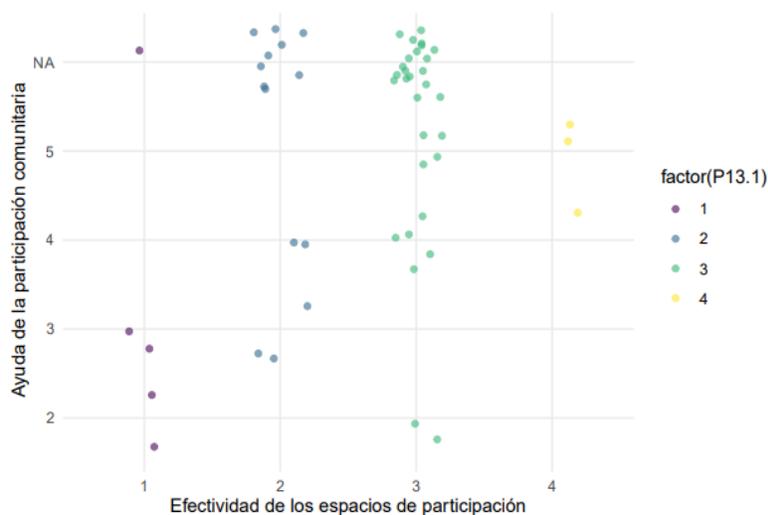
## Modelo de incentivos

---

Derivado de la teoría general de los incentivos, la cual habla de que un individuo participará activamente si cuenta con distintos incentivos que pueden ser el real cambio en la comunidad, el reconocimiento de esta, o la garantía permanente de participación.

En este modelo la percepción que tiene el ciudadano sobre la eficacia de su participación tiene gran importancia. Esto dado que, si el cree que el sistema tiene cosas por mejorar, pero reconoce que su participación influye positivamente logrando mejora o avance en aquellas falencias, este estará incentivado en participar.

En el análisis realizado para ver la relación entre la variable “Efectividad de los espacios de participación” (pregunta 13.1) y “la participación comunitaria ayuda a resolver los problemas de la gente” (pregunta 20.1), variables que se consideran explican el modelo de incentivos, se obtuvieron los siguientes resultados (Figura 2).



Fuente: elaboración propia.

**Figura 2. Relación entre la efectividad de los espacios de participación y la resolución de los problemas en la comunidad.**

Se observa que hay una parte de N/as., esto se debe a que hay unas encuestas que se encuentran incompletas. No obstante, al eliminar estas encuestas para realizar un análisis del coeficiente de correlación de Pearson, este arroja un 0.63 (63%); lo que indica una correlación positiva moderadamente fuerte entre las variables.

---

Esto sugiere que a medida que la efectividad percibida de los espacios de participación aumenta, también lo hace el grado de acuerdo con que la participación comunitaria ayuda a resolver los problemas de la gente.

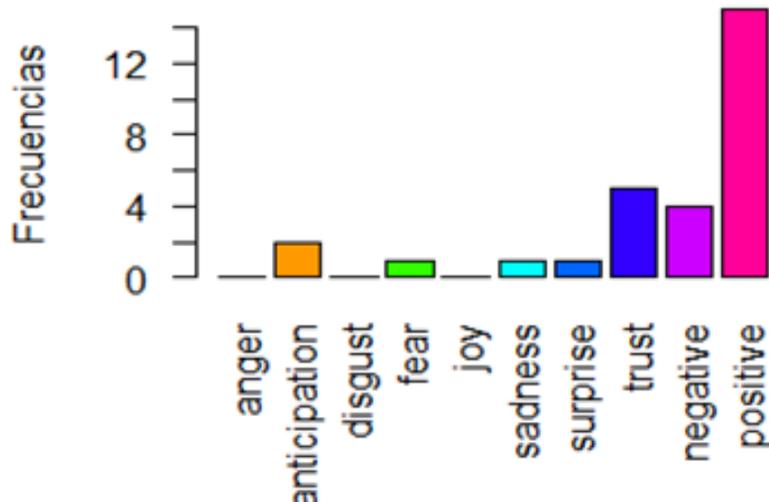
## Modelo del voluntarismo cívico, equidad y justicia.

Este modelo se puede resumir en que los ciudadanos no participan porque no se les ha pedido, porque no pueden o porque no quieren (Ibíd., pág. 112).

De acuerdo con este modelo, los recursos que se posean serán un determinante para la participación de los ciudadanos. Es decir, el estatus en la comunidad, el trabajo que desempeña, su nivel de educación e ingresos determinarán su capacidad de participación.

Este modelo, además, sostiene la idea de que la sociedad se encuentra compuesta por grupos diferentes que compiten entre sí por recursos. Desde esta perspectiva, los ciudadanos comparan su situación con la de otros individuos y si esa comparación les resulta desfavorable, se puede generar frustración, lo que lleva al individuo a movilizarse para que pueda mejorar su situación social.

Este es un modelo determinado en el análisis de las emociones respecto a los temas de participación, por ello, se agruparon las variables contenidas en las preguntas 17, 24 y 27 de la encuesta (ver anexo) para realizar un análisis en R que permitiera identificar las emociones contenidas en relación con la participación comunitaria en salud, el resultado obtenido fue el siguiente (Figura 3).



Fuente: elaboración propia.

**Figura 3. Análisis de las emociones en variables relacionadas con voluntarismo cívico, equidad y justicia.**

Como se puede observar, predomina una emoción positiva y de confianza en torno a mecanismos de participación definidos dentro de la misma comunidad, al dialogo con las instituciones, la formación en salud para los ciudadanos y la asignación de recursos locales para ejecutar planes. No obstante, también existe una participación significativa de emociones negativas asociadas con la anticipación, el miedo, la tristeza y la sorpresa, las cuales obedecen a la capacidad de influir o tomar decisiones, el control a las instituciones y las estrategias de atención al ciudadano.

## Modelo de capital social

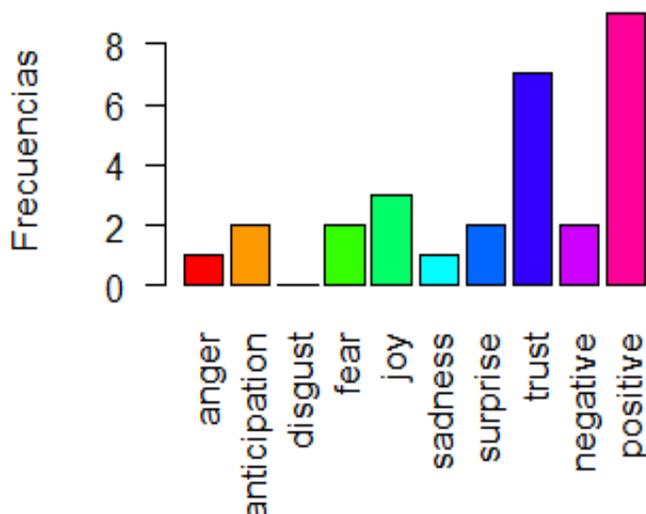
Determina que la confianza entre los individuos es esencial para poder trabajar juntos y así encontrar soluciones a problemas existentes en la comunidad. Ramírez (2015) quien cita a Putnam (pág. 58) nos habla de que la confianza es el principal factor para el capital social ya que permite a los ciudadanos participar en actividades dentro de su comunidad sin la necesidad de conocer a todos los demás miembros.

---

Así mismo, las comunidades con unos niveles altos de capital social tienen mejores servicios en salud, así como altos niveles de participación.

Este modelo está determinado por las emociones que existen dentro de la comunidad, por la percepción del “vecino”, y la caracterización y bases comunitarias. Es por ello que para el análisis del mismo se utilizaron las variables contenidas en las preguntas 13.1, 20.1, 21.1, 22.1, 27.2, 27.4 y 27.5; obteniendo los siguientes resultados.

En la Figura 4 se observa que predominan los sentimientos positivos, la confianza y la felicidad; permitiendo establecer que los lazos existentes entre la comunidad son fuertes y actúan en pro de un interés común, lo que lleva a considerar que para la población entrevistada la participación comunitaria en salud es una herramienta, desde y para la comunidad, que contribuye a la garantía del derecho a la salud. Sin embargo, también se evidencia sentimientos negativos tales como la anticipación, característico de la incertidumbre que se vive en los territorios rurales por su dispersión, miedo y tristeza.



Fuente: elaboración propia.

**Figura 4. Análisis de emociones en relación con variables asociadas al capital social.**

---

## Conclusión.

A modo de conclusión, el análisis de las diversas variables teniendo en cuenta los modelos propuestos por Ramírez (2015), permite establecer que el fortalecimiento de la participación comunitaria en salud es un objetivo que se considera de gran relevancia para la garantía en el derecho a la salud en los municipios del Norte del Cauca, la ciudadanía lo reconoce como un mecanismo efectivo en la solución de los problemas. No obstante, actualmente existe una percepción negativa sobre su efectividad y alcance.

Es decir que garantizar la participación comunitaria en salud debe enfocarse en la garantía de incentivos porque se reconoce que la participación comunitaria en salud ayuda en la solución de problemas, además del fortalecimiento del capital social puesto que se reconoce la importancia de la unión y se tiene una percepción positiva de la comunidad, facilitando los procesos comunitarios.

Por otro lado, se debe reforzar el civismo voluntario, la equidad y justicia, puesto que existe una percepción negativa de las instituciones, el desempeño de sus funciones y como garantizan la participación de la ciudadanía; así como del componente cognitivo, puesto que se evidencia una apatía política por quienes pueden poseer mayor conocimiento sobre la garantía de mecanismos de participación y cómo se pueden integrar los ciudadanos en estos.

## Bibliografía

Mira, J.J., Carrillo, I., Navarro, I.M., Guilabert, M., Vitaller, J., Pérez-Jover, V., & Aguado, H.. (2018). La participación ciudadana en salud. Revisión de revisiones. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 91-106. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0172>}

---

Montero, M. (2004) . El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. Psychosocial Intervention [en línea]. 2004, 13(1), 5-19[fecha de Consulta 10 de febrero de 2023]. ISSN: 1132-0559. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817825001>

Navas Perozo, R., Rojas de Morales, T., Álvarez, C., Fox Delgado, M. (2010) Participación comunitaria en los servicios de salud. Revista de Ciencias Sociales (Ve) [en línea]. 2010, XVI(2), 329-342. ISSN: 1315-9518. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28016298013>

Ramírez Viveros, J. M. (2015). Modelos de participación ciudadana. Una propuesta integradora. Tesis Doctoral. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10016/22095>

Sopransi, M. (2016). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. En G. Zaldúa (coord.), Intervención en psicología social comunitaria: Territorios, actores y políticas sociales. Recuperado de <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>

---

PAGINA TÍTULO DEL CAPÍTULO 5

---

Página en blanco

---

# CAPÍTULO 5

## SEGURIDAD ALIMENTARIA

Luis Felipe Guzmán Reyes<sup>13</sup>  
Helena María Cancelado\*<sup>14</sup>  
Andrés López Astudillo\*

*“Dinámicas alimentarias para garantizar la soberanía alimentaria en municipios de alta dispersión rural del norte del Cauca.”. Una visión del problema desde los sistemas agroalimentarios”*

### Introducción

La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) por parte de las Naciones Unidas en 2015, marcó un hito significativo en la historia de la cooperación internacional. Estos 17 objetivos ambiciosos delinearon una visión compartida de un mundo más sostenible, equitativo y próspero para todos. Entre estos objetivos, la seguridad alimentaria se erige como un pilar fundamental para alcanzar un futuro más justo y sostenible. (United Nations Population Fund, 2015).

---

<sup>13</sup> Universidad Libre

<sup>14</sup> Universidad Libre, [hcancela@icesi.edu.co](mailto:hcancela@icesi.edu.co)

---

Colombia, una nación caracterizada por su diversidad geográfica y cultural, ha abrazado con fervor la agenda de los ODS. Sin embargo, enfrenta desafíos significativos en su camino hacia el cumplimiento de estos objetivos. En particular, la seguridad alimentaria es un tema apremiante en el país, donde aproximadamente el 30% de la población experimenta inseguridad alimentaria. Este problema afecta de manera desproporcionada a las comunidades dispersas, donde el acceso a alimentos es esquivo y se correlaciona con preocupantes tasas de crecimiento infantil, en regiones con indicadores de seguridad alimentaria deficientes. (United Nations Population Fund, 2015).

Esta investigación se alinea estrechamente con los ODS y, más específicamente, con el Objetivo 2: "Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible". Nos centramos en la creación de ecosistemas de abastecimiento sostenible que garanticen la soberanía alimentaria de las comunidades locales en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. Nuestra misión es avanzar hacia el cumplimiento de los ODS mediante la colaboración activa con estas comunidades. (United Nations Population Fund, 2015).

A través de una metodología de investigación acción-participativa, trabajamos en conjunto con la comunidad, para diagnosticar la situación, identificar áreas de mejora y diseñar estrategias innovadoras que fomenten la seguridad alimentaria. En este proceso, se emplearon conceptos clave como la dinámica de sistemas, la gestión de la cadena de abastecimiento y el equilibrio en los flujos logísticos. Estos enfoques nos permitieron abordar la disponibilidad y el acceso a alimentos de manera integral.

Este capítulo hace parte de la investigación, que no solo busca transformar la realidad de las comunidades locales, sino también contribuir de manera significativa al cumplimiento de los ODS en Colombia. A través del compromiso con la seguridad alimentaria y el desarrollo sostenible, aspiraremos a construir un futuro más prometedor, equitativo y sostenible, tanto en Colombia como en el ámbito global, con un enfoque integral. En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo principal realizar un diagnóstico exhaustivo de la situación actual en comunidades ubicadas en los alrededores de Santander de Quilichao, Cauca. Estos territorios enfrentan serios desafíos en lo que respecta a la seguridad

---

alimentaria, lo que nos lleva a la conclusión de que es fundamental intervenir en las dinámicas alimentarias que operan en estas poblaciones.

Durante el desarrollo de esta investigación, se van a capacitar los agricultores locales y mejorar su conocimiento agrario, además, nos enfocaremos en transformar las prácticas productivas inadecuadas que prevalecen en la región. Buscaremos con esto fomentar el espíritu emprendedor en las comunidades dispersas de Santander de Quilichao, Cauca.

Como resultado del esfuerzo colaborativo, se espera la creación de un modelo completo de dinámicas alimentarias diseñado específicamente para esta región. Este modelo buscará equilibrar cuidadosamente aspectos como el mercado local, los agentes involucrados, los modelos de producción, la calidad de los alimentos y la logística de distribución. Este enfoque holístico permitirá también, fortalecer cada componente de la seguridad alimentaria en el territorio del norte del Cauca.

Sin embargo, antes de adentrarnos en los detalles de este modelo, es fundamental comprender a fondo la problemática en cuestión. Por lo tanto, en las páginas que siguen, exploraremos el diagnóstico de la seguridad alimentaria en estas comunidades y los desafíos específicos que enfrentan. A partir de esta comprensión, podremos diseñar estrategias efectivas que impulsen la seguridad alimentaria y, en última instancia, contribuyan a la consecución de los ODS en Colombia.

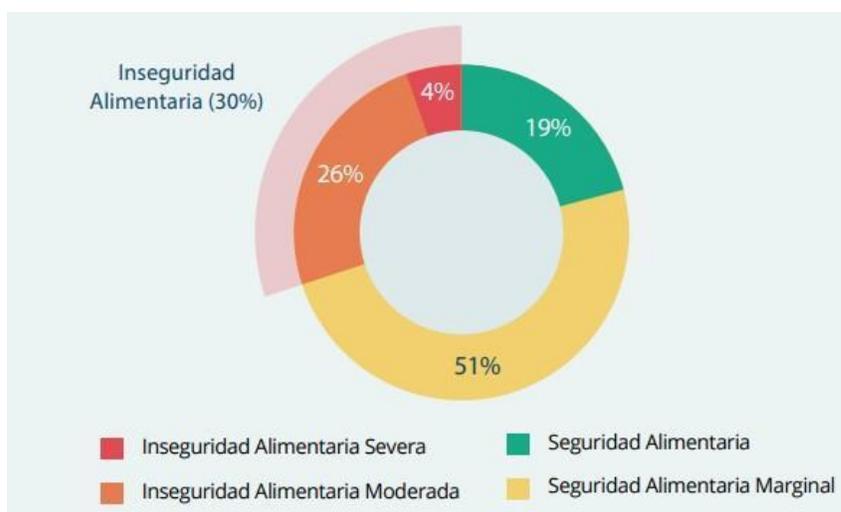
## Análisis del contexto

En Colombia aún se denotan graves situaciones en materia de seguridad alimentaria para algunos grupos poblacionales, en donde en la mayoría de los casos son los habitantes más pobres y vulnerables de territorios que cuentan con un alto grado de dispersión rural. Cifras que despiertan cierto nivel de alarma, como entender que, el 33% de la población colombiana, es decir, cerca de 15,5 millones de personas se encuentran en un estado de inseguridad alimentaria moderada y severa. De esos 15,5 millones de colombianos en estado de inseguridad alimentaria, unos 2,1 millones se encuentran en una situación de **inseguridad**

---

**alimentaria severa** y un 13,4 millones en situación de **inseguridad alimentaria moderada**. (WFP Programa Mundial de Alimentos, 2023).

Al mismo tiempo, como se evidencia en la Figura 1, es de considerar que solo el 19% de la población colombiana se encuentra en un nivel de seguridad alimentaria, frente a un 51% que se encuentra en **seguridad alimentaria marginal**, es decir, que podría verse directamente afectado frente a cualquier coyuntura de un corto-mediano plazo, como lo pueden ser la inflación, pandemias, entre otras. De esta forma, nos encontramos estudiando el estado y posibles causales de 30% de la población colombiana que se encuentra en estado de inseguridad alimentaria, analizando las dinámicas de producción, dinámicas sociales, culturales y económicas que influyen y afectan directa o indirectamente el desarrollo económico y social de los territorios.



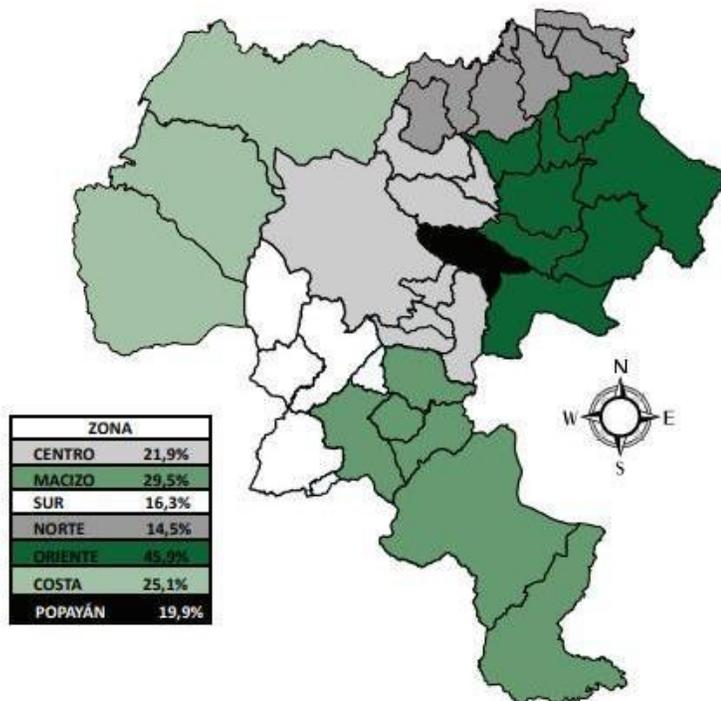
Fuente: Adaptado de Programa Mundial Alimentos WFP, 2023)

### Figura 1. Niveles de Seguridad Alimentaria %

Para el departamento del Cauca, la situación no presenta resultados optimistas, pues se encuentra en el rango de regiones inseguras alimentaria y nutricional de Colombia, donde cerca del 58,9% de los hogares del litoral pacífico caucano y cerca del 47,7% en la zona andina del Cauca, como se puede ilustrar en el Mapa 1, donde se caracteriza la tasa de desnutrición crónica por zona, del Departamento del Cauca.

---

## Mapa 1. Tasa de desnutrición crónica por zonas del Departamento del Cauca



Fuente: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Familiar, 2008)

Como se afirmó arriba, es preocupante encontrar zonas en el departamento del Cauca, como Oriente, con un 45,9%, zona Macizo con un 29,5%, zona costa con un 25,1%, zona centro con el 21,9%, Popayán con el 19,9%, zona sur con un 16,3% y la zona Norte con un 14,5% de tasa de desnutrición crónica. La desnutrición crónica es una de las consecuencias más visibles de la situación, logra afectar al 13,5% de niños y niñas de 0 a 4 años de edad (Mapa 2), al 14,5% de niños y niñas de 5 a 9 años de edad (Mapa 3) y a un 21% de jóvenes entre los 10 y 17 años de edad en el Departamento del Cauca (ENSIN, 2005).

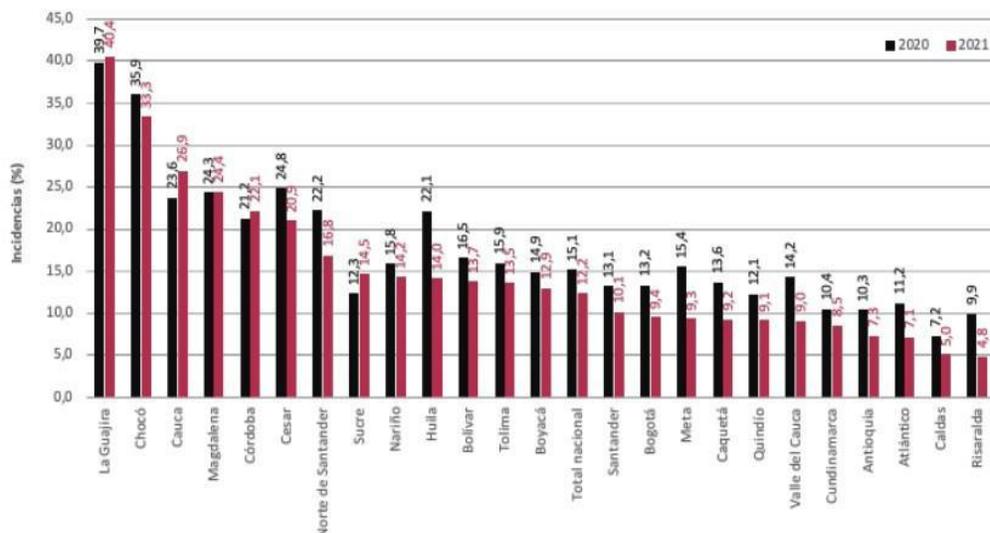
De forma similar, se conoce que la zona rural del territorio colombiano tiene una prevalencia del 17,1% y la zona urbana de 9,5%, en donde se identifica que la desnutrición crónica severa para los niños y niñas de 0 a 4 años es de un 2,1% de esta población, determinando que en el área rural es cerca de tres veces más (3,7%) que frente al área urbana (1,4%).





De esta forma, se puede denotar que el departamento del Cauca, además de enfrentar cifras inadecuadas en materia de seguridad alimentaria, presenta también un elevado índice de Incidencia de la Pobreza monetaria extrema (Figura 2), es decir personas que viven con menos de un dólar diario. El DANE, en su encuesta integrada de hogares entre los años 2012 y 2020 muestra al departamento del Cauca con cifras alarmantes, donde 152.125 familias, el 61,1% de la población, se encuentra bajo la línea de pobreza y cerca de 69.219 familias (27,4%) están ubicadas bajo la línea de extrema pobreza. (SEGURIDAD, 2009)

**Incidencia de la Pobreza monetaria extrema (porcentaje)**  
**Departamentos**  
**2020-2021**



Fuente: DANE

## Figura 2. Incidencia de la Pobreza monetaria extrema

Dicho lo anterior, se puede evidenciar que, aunque los índices de pobreza a nivel nacional han disminuido significativamente para el promedio de los colombianos, entre 2010 y 2013, cerca de 1,7 millones de colombianos superaron la pobreza, y cerca de 700.000 personas salieron del estado de extrema pobreza, los esfuerzos y resultados no se han visto del todo reflejados para los grupos más afectados como las poblaciones dispersas, las mujeres, los indígenas, los afrodescendientes, los jóvenes y las víctimas del conflicto armado en el país los cuales siguen teniendo grandes dificultades económicas y sociales, donde se

---

limita el goce de sus derechos básicos y el acceso a los beneficios que el desarrollo genera para las comunidades. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2015)

La problemática que emerge del contexto anterior radica en la interacción de factores estructurales y coyunturales, que impactan negativamente en la eficiencia de las dinámicas alimentarias de las regiones con alta dispersión rural en el norte del Cauca. Este problema se traduce en la generación de inseguridad alimentaria, que a su vez conlleva la imposibilidad de acceder a los alimentos esenciales en estas áreas, lo que tiene repercusiones directas en la salud de la población.

En otras palabras, si no se logra una mejora significativa en los factores coyunturales y estructurales que influyen en el territorio, existe el riesgo de que la situación de más de la mitad de la población colombiana que se encuentra en un estado de seguridad alimentaria marginal se deteriore aún más, tanto desde el punto de vista económico como social.

El departamento del Cauca refleja estas preocupantes tendencias, presenta uno de los niveles más elevados de desnutrición global a nivel nacional, afectando al 23% de su población. Además, el 46% de los caucanos se encuentra en estado de sobrepeso u obesidad, lo que indica una compleja paradoja en términos de seguridad alimentaria y nutrición. Estas cifras alarmantes plantean la urgencia de abordar la problemática y encontrar soluciones efectivas que no solo reviertan estas tendencias negativas, sino que también mejoren la calidad de vida de la población en el departamento del Cauca y, en última instancia, a nivel nacional, como se evidencia en la Tabla 1.

---

**Tabla 1. Indicadores de seguridad alimentaria y Nutricional**

Canasta básica alimentaria		
INDICADORES SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Cauca (%)	Colombia (%)
Hogares en inseguridad alimentaria litoral pacifico	58,9	40,8
Hogares en inseguridad alimentaria resto departamento	47,7	
Retraso en el crecimiento en menores de 5 años	13,5	12
Retraso en el crecimiento en niños y niñas de edad escolar	14,7	12,6
Retraso en el crecimiento en adolescentes	21,7	16,2
Menores de 5 años con anemia	33,7	33,0
Población con deficiencia en el consumo de zinc	81	62,3
Población con deficiencia en el consumo de calcio	96,1	86
Población con deficiencia en el consumo de proteínas	58	36

Fuente: ENDS 2005

En definitiva, es importante comprender y entender como la inseguridad alimentaria y nutricional originada por múltiples y diversos factores estructurales y coyunturales pueden tener un gran impacto en la salud y calidad de vida de los habitantes del territorio.

Entender como la pobreza monetaria, el desempleo, la informalidad y la violencia o conflicto son los factores estructurales y además, los factores coyunturales son el efecto de implicaciones ajenas o de corto periodo de tiempo, como lo puede ser las crisis mundiales, la inflación, los desastres naturales y el COVID-19 pueden afectar directa y rotundamente a la población colombiana.

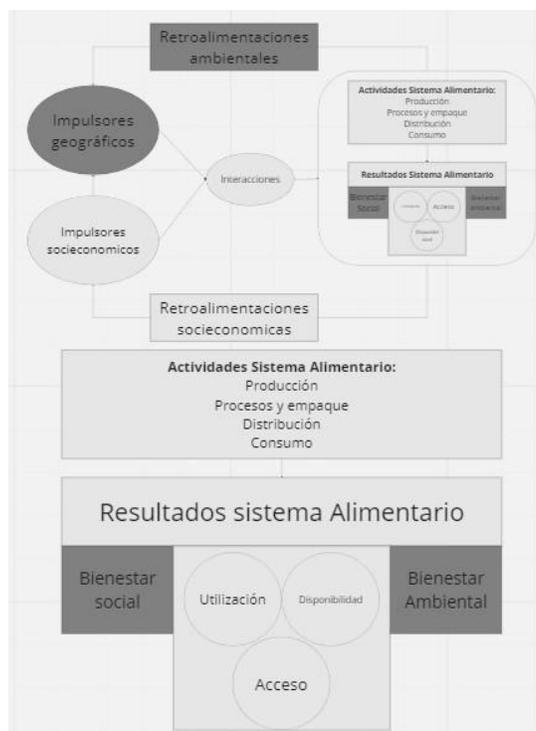
Encontrarse con indicadores o niveles de desnutrición en la primera infancia, sin lugar a dudas, es una situación que tendría impacto en su ciclo de vida, en este ciclo de vida es donde se estructuran y moldean los pilares fundamentales para el desarrollo de las habilidades y capacidades físicas, cognitivas y psicológicas de los niños y niñas del territorio. Contar con niños o niñas que hayan tenido desnutrición en los primeros años de su vida, serán niños expuestos a mayores riesgos de muerte durante sus diferentes etapas, estableciendo límites de desarrollo físico e intelectual, limitando su capacidad de aprender y

---

desarrollar nuevas habilidades profesionales, obteniendo limitaciones en su desarrollo social y económico afectando la dignidad humana de las personas. (SEGURIDAD, 2009)

# Abordaje de la problemática desde los sistemas agroalimentarios

La seguridad alimentaria bajo un enfoque de sistema socio-ecológico, se puede definir como el resultado o conjunto de diferentes actividades, como la producción, el procesamiento, la distribución y el consumo. De igual manera considera importante incluir todo determinante ambiental, social, político y/o económico que se pueda encontrar en el territorio de trabajo, como se puede evidenciar en la Figura 3. (Ericksen, 2007)



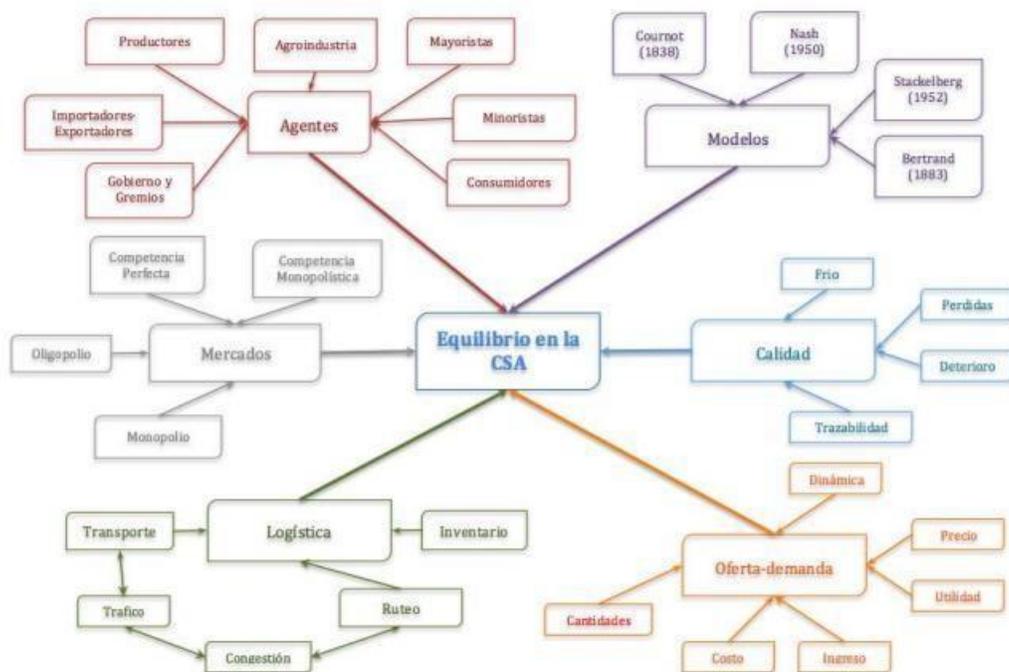
Fuente: Adaptado de Conceptualizing food systems for global environmental change research Pag 3 (2007)

---

### Figura 3. Dinámica de sistema alimentario

Del modelo anterior, se puede comprender como intervenciones socioeconómicas de un territorio, sumado a impulsos geográficos y ambientales, pueden influir directamente en las principales actividades de cualquier sistema alimentario. De esta forma, los componentes sociales y ambientales pueden fortalecer la utilización, la disponibilidad y el acceso de los alimentos demandados por la población.

Dicho de esta manera, es de vital importancia llegar a encontrar ese equilibrio en la cadena de suministro de alimentos, comprender cada uno de los componentes que la Figura 4 plantea, donde se encuentran dentro de los más importantes, los agentes, los modelos, la calidad, el análisis entre oferta y demanda, la logística y sus respectivos mercados.



Fuente: Adaptado de incidencia del diseño de la cadena de suministro alimentaria en el equilibrio de flujos logísticos ((2018)

### Gráfica 4. Equilibrio en la Cadena de Seguridad Alimentaria

Por lo tanto, para abordar la problemática desde los sistemas alimentarios es necesario partir de la seguridad alimentaria, que se define como el estado en el cual todas las personas de un territorio tienen acceso oportuno y constante a los alimentos básicos que demanda la población, tanto desde una perspectiva física como económica y social. Esto tiene como fin satisfacer las necesidades alimenticias y las preferencias individuales, permitiendo una vida activa y saludable.

Este concepto de seguridad alimentaria se divide en cuatro dimensiones fundamentales, como se ilustra en la Figura 5. Sin embargo, en muchas regiones, como el norte del Cauca, estas dimensiones se ven amenazadas por factores estructurales y coyunturales que obstaculizan la eficiencia de las dinámicas alimentarias. Esta situación da lugar a la inseguridad alimentaria, la cual afecta negativamente el acceso a los alimentos esenciales, con repercusiones directas en la salud de la población. En el contexto del departamento del Cauca, estas tendencias son particularmente alarmantes, con altos índices de desnutrición y sobrepeso u obesidad, lo que subraya la urgencia de abordar esta problemática de manera efectiva y encontrar soluciones que reviertan estas tendencias adversas y mejoren la calidad de vida de la población



Fuente: FAO 2021

**Figura 5. Componentes del sistema alimentario.**

---

La seguridad alimentaria abarca cuatro dimensiones esenciales, cada una de las cuales contribuye a garantizar un acceso adecuado a los alimentos y, en última instancia, a una vida saludable en el territorio. Estas dimensiones son la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad.

En términos de disponibilidad, se refiere a la oferta de alimentos a nivel nacional o local, que puede originarse a través de la producción agrícola doméstica o el comercio. La disponibilidad se puede ampliar mediante intervenciones destinadas a aumentar la producción en distintos niveles geográficos.

El acceso, por otro lado, se relaciona con los recursos disponibles para los hogares, tanto en términos financieros como físicos, que les permiten adquirir una cantidad suficiente de alimentos para satisfacer la demanda de la población. El acceso mejora a medida que se desarrollan intervenciones que aumentan los ingresos, promueven la producción agrícola y fomentan el autoconsumo, generando empleos de calidad.

La utilización se enfoca en la calidad de los alimentos necesarios para mantener un estado nutricional adecuado y una vida saludable en la comunidad. A través de la mejora de la inocuidad de los alimentos, la ampliación del acceso al agua potable, la promoción de una dieta de mayor calidad y la reducción de la obesidad, se puede mejorar la utilización de los alimentos.

Por último, la estabilidad se refiere a la capacidad de mantener un acceso constante a cantidades adecuadas de alimentos de calidad. Esta dimensión puede fortalecerse reduciendo la vulnerabilidad de los sistemas alimentarios frente a factores como desastres naturales, el cambio climático y las fluctuaciones de los precios.

En el contexto del norte del Cauca y otras regiones con alta dispersión rural en Colombia, la seguridad alimentaria se ve amenazada debido a factores estructurales y coyunturales que afectan negativamente estas dimensiones. Como resultado, surge la problemática de la inseguridad alimentaria, que impacta directamente en el acceso a los alimentos esenciales y en última instancia, en la salud de la población, tal como se ha evidenciado en las altas tasas de desnutrición y sobrepeso u obesidad, en el departamento del

---

Cauca. La comprensión de estas dimensiones y su relación con la seguridad alimentaria es esencial para abordar eficazmente este desafío crítico.

---

# Discusión, conclusiones y recomendaciones

El desafío de la seguridad alimentaria en Colombia se manifiesta de manera aguda en territorios caracterizados por una alta dispersión rural. Estas áreas presentan una diversidad económica, social, geográfica y cultural, que difiere significativamente de las zonas urbanas, lo que genera una necesidad imperante de desarrollar sistemas alimentarios específicos para estas comunidades.

La importancia radica en la creación de un sistema alimentario diferencial, en colaboración con pequeños agricultores, campesinos, habitantes locales, empresas del sector y la administración local. Estos sistemas buscan establecer modelos alimentarios óptimos para asegurar la disponibilidad de alimentos esenciales en la región. Estos alimentos no solo satisfacen las necesidades básicas, sino que también están arraigados en las costumbres y la cultura alimentaria de estas comunidades, que perduran a lo largo de los años.

Para lograr la soberanía alimentaria en estos territorios, es crucial transmitir conocimientos a través de capacitaciones que aborden conceptos claves y buenas prácticas de cultivo, que se adapten a las condiciones de terreno, temperatura, economía y costumbres sociales específicas de la comunidad. La participación activa de la comunidad es esencial para que estas prácticas se desarrollen de manera autónoma y no sean impuestas por el sector productivo. Este enfoque garantiza un modelo integral en el que los principales actores en la producción de alimentos trabajan de manera colaborativa para el beneficio de la región o territorio en cuestión.

Dentro de este modelo integral de abastecimiento, se destaca la importancia de involucrar a los niños y niñas del territorio. Esto tiene como objetivo transmitir conocimientos de generación en generación, fortaleciendo así los saberes ancestrales del territorio. Este enfoque contribuye a preservar estos conocimientos a lo largo del tiempo y a

---

mitigar la pérdida de saberes que son de gran importancia para la salud de las personas, especialmente en lo que respecta al cuidado de dolencias y enfermedades.

En conclusión, Colombia enfrenta un desafío significativo en el ámbito de la seguridad alimentaria, con una alarmante cifra de aproximadamente el 33% de su población experimentando inseguridad alimentaria, especialmente en las áreas rurales dispersas. Esta problemática tiene repercusiones directas en la salud pública, como lo evidencian las altas tasas de desnutrición y obesidad en regiones como el Cauca, subrayando la urgencia de abordarla de manera efectiva.

La seguridad alimentaria se compone de cuatro dimensiones interrelacionadas: disponibilidad, acceso, utilización y estabilidad, todas fundamentales para garantizar un acceso adecuado a los alimentos y mejorar la calidad de vida de la población. Sin embargo, en las regiones con alta dispersión rural, la eficiencia de las dinámicas alimentarias se ve afectada por factores estructurales y coyunturales, lo que genera inseguridad alimentaria y obstaculiza el acceso a alimentos esenciales.

Para abordar esta compleja problemática, se plantean una serie de recomendaciones. En primer lugar, es esencial fomentar la producción agrícola a nivel local y nacional, respaldando a los agricultores locales y promoviendo prácticas sostenibles. Además, es necesario incrementar los ingresos de la población a través de intervenciones que fomenten el desarrollo económico y la producción agrícola para el autoconsumo.

Mejorar la calidad nutricional de la dieta de la población es otro aspecto crucial, que se logra promoviendo alimentos más saludables y ofreciendo educación nutricional. Asimismo, reducir la vulnerabilidad de los sistemas alimentarios frente a desastres naturales, el cambio climático y las fluctuaciones de precios es esencial para garantizar la estabilidad en el acceso a los alimentos.

Se destaca la importancia de prestar atención especial a las comunidades dispersas, donde la inseguridad alimentaria es más pronunciada, implementando estrategias adaptadas a sus necesidades específicas. La investigación continua y el monitoreo son herramientas

---

esenciales para comprender mejor la dinámica de la seguridad alimentaria y evaluar el impacto de las intervenciones a lo largo del tiempo.

En resumen, abordar el desafío de la seguridad alimentaria en territorios con alta dispersión rural implica desarrollar sistemas alimentarios adaptados a las particularidades de cada comunidad. Esto se logra a través de la transmisión de conocimientos, la participación activa de la comunidad y la preservación de saberes ancestrales, todo ello en armonía con los actores locales y el sector productivo. Este enfoque holístico es esencial para promover la soberanía alimentaria y mejorar la calidad de vida en estas regiones.

Finalmente, la colaboración interinstitucional entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil, es fundamental para abordar de manera efectiva la seguridad alimentaria y promover un enfoque integral que mejore la calidad de vida, en estas regiones vulnerables.

## Bibliografía

Altieri, M. A, Nicholls, C (2010). Agroecología: Potenciando la agricultura campesina para revertir el hambre y la inseguridad alimentaria en el mundo. Revista de economía crítica. Universidad de California, Berkeley y sociedad científica Latino Americana de Agroecología. <http://agroeco.org/wpcontent/uploads/2011/02/20110210093926617.pdf>

Bautista - Robles, K. R. (2020). El papel de la agricultura en la seguridad alimentaria de las comunidades rurales de quintana roo. Estudios Sociales.30. <https://doi.org/10.24836/es.v30i56.987>

Barrera, V. M. (2009). La memoria Biocultural. (ed.1). Icaria editorial. <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libreria/364.pdf>

Bruera, H. G. (2013). Desafíos para garantizar el derecho a la alimentación: Las experiencias contrastantes entre México y Brasil. CEPAL. Naciones Unidas. <https://archivo.cepal.org/pdfs/Mexico/2013/M20130027.pdf>

---

Castillo-melgarejo, Daniel et al. (2021). Seguridad alimentaria y nutricional. Estud. soc. Rev. aliment. contemp. desarro. vol.31, n.57. <https://doi.org/10.24836/es.v31i57.1049>.

Castro, J. A. (2018). Incidencia del diseño de la cadena de suministro alimentaria en el equilibrio de flujos logísticos. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Colombia. Repositorio Unal. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68779> Ericksen, P. J. (2007). Conceptualizing food systems for global environmental change research. *Global Environmental Change*, Vol 18. Pag 234-245. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2007.09.002>

Gómez, M. C. (2015). Metodología de investigación en pedagogía social . *Pedagogía Social revista Interuniversitaria*, (26) 21-34. <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135043653001.pdf>

Obusinga. (2015). Una sensación de salud, bienestar y paz, acompañada de un sentimiento de esperanza y optimismo. <https://obusinga.com/sobre-nosotros/>

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). (2015). Colombia en una mirada. *Fao en Colombia*. <https://www.fao.org/colombia/fao-en-colombia/colombia-en-una-mirada/es/>

PESA. (2011). *Conceptos básicos Seguridad Alimentaria y Nutricional*. (3 ed) <https://www.fao.org/3/at772s/at772s.pdf>

Comité intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional del cauca. (2009). *Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Departamento del Cauca*. [http://anterior.cauca.gov.co/sites/default/files/informacion/cartilla\\_20cauca\\_20sin\\_20hambre\\_0.pdf](http://anterior.cauca.gov.co/sites/default/files/informacion/cartilla_20cauca_20sin_20hambre_0.pdf)

United Nations Population Fund. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations Population Fund. <https://www.unfpa.org/resources/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development>

---

WFP Programa Mundial de Alimentos. (2023). Evaluación de la seguridad alimentaria para la población de Colombia. <https://es.wfp.org/publicaciones/evaluacion-de-seguridad-alimentaria-de-la-población-colombiana>

---

PAGINA TÍTULO DEL CAPÍTULO

---

Página en blanco

---

---