



**Ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con
desnutrición aguda**

Tesis de maestría en salud pública

Zaran Nawiku Robles Izquierdo

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina

Nabusimake

2026



Ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con desnutrición aguda.

Tesis de maestría en salud pública

Zaran Nawiku Robles Izquierdo

Tutora:

Angela María Pinzón Rondón, MD, MPH, PhD

Profesora Titular Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

Facultad de Medicina

Maestría en salud pública

Nabusímake

2026

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia: a mi esposa, hijos e hija; por su acompañamiento constante en este proceso; así como a mi padre, madre y hermanos por su perseverancia, apoyo incondicional y ejemplo de vida que han sido fundamentales para sacar adelante este propósito académico, comunitario, familiar y personal.

De manera especial quiero mencionar a la comunidad de Nabusimake y al pueblo arhuaco por su confianza, por creer en el ejercicio de una medicina integral e intercultural, construida desde el respeto por los distintos saberes y el ejercicio diario.

Agradecimientos.

En primer lugar quiero expresar mi agradecimiento a los padres y madres espirituales por brindarme la oportunidad de ser, nacer, crecer y desarrollarme como sujeto dentro de la comunidad y por orientarme en el camino de aportar desde el conocimiento del cuidado y preservación de la vida de los niños arhuacos, en coherencia con nuestra identidad cultural.

Al pueblo arhuaco como poseedor del conocimiento ancestral, que a través de su gente me ha permitido conocer el territorio, adentrándome en su sabiduría.

A la tutora de esta tesis, la doctora Ángela María Pinzón, por su acompañamiento, disposición y capacidad de comprensión, fundamentales para orientar y dar sentido esta ruta de atención integral e intercultural para los niños arhuacos, asumida como un verdadero desafío académico y humano.

Finalmente, agradezco a la Universidad del Rosario, que ha sido siempre mi casa, el lugar donde pude realizar mi pregrado y ahora de posgrado. Siempre agradecido por el respaldo brindado en mi proceso de formación profesional

Tabla de contenido

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introducción. | 14 |
| Justificación. | 15 |
| Problema. | 18 |
| Antecedentes. | 19 |
| Marco Teórico. | 25 |
| Comunidad Arhuaca. | 25 |
| Interculturalidad. | 25 |
| Enfoque de integración. | 26 |
| Enfoque de complementariedad intercultural | 26 |
| Interculturalidad, autonomía y autoridad del territorio. | 27 |
| Autonomía. | 28 |
| Percepción de la comunidad Arhuaca de Nabusimake sobre servicios de salud y la salud intercultural | 29 |
| Normas. | 30 |
| Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) | 34 |
| Desnutrición. | 36 |
| Marco Normativo. | 41 |
| Abordaje de la desnutrición desde la medicina occidental | 44 |
| Análisis de necesidades. | 47 |
| Objetivos. | 48 |
| Metodología. | 48 |
| Tipo y enfoque. | 48 |
| Población objetivo. | 49 |
| Ámbito o área de intervención. | 50 |
| Estrategias y actividades. | 51 |
| Matriz de Marco Lógico. | 52 |
| Presupuesto. | 53 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Recursos humanos. | 53 |
| Recursos materiales. | 53 |
| Recursos financieros. | 53 |
| Cronograma. | 54 |
| Consideraciones éticas. | 54 |
| Resultados. | 55 |
| Comprender el rol del autor del proyecto como parte del sistema de conocimiento. y del sistema de salud en el territorio. | 55 |
| Analizar el concepto de salud y desnutrición desde la vivencia actual, la cosmovisión del pueblo Arhuaco y la biomedicina. | 57 |
| Concepto de salud para el pueblo Arhuaco. | 55 |
| Concepto Buen vivir desde el pueblo Arhuaco- Wintukwa de la Sierra Nevada de Santa Marta | 58 |
| Ciclo de la vida y su relación con desnutrición. | 58 |
| Actores en salud. | 60 |
| Concepto de desnutrición. | 63 |
| Visión de la biomedicina desde el pueblo Arhuaco. | 65 |
| Realización de espacios de diálogo y concertación con Mamus y autoridades indígenas en salud de la Sierra Nevada de Santa Marta, orientados a la validación del enfoque del proyecto. | 64 |
| Participación en el diplomado de salud intercultural | 66 |
| Integración del conocimiento para desarrollar la ruta. | 67 |
| Articulación con el SISPI – Modelo de salud del pueblo Arhuaco. | 67 |
| Ruta de atención integral e intercultural para niños Arhuacos con desnutrición aguda. | 68 |
| Principios orientadores. | 72 |
| Prevención. | 72 |
| Abordaje técnico.. | 73 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| Casa de medicina tradicional | 75 |
| Centro de salud. | 76 |
| Manejo | 76 |
| Rol de las autoridades en la Junta. | 76 |
| Sectores o comunidades. | 79 |
| Manejo integral e intercultural en casa de medicina tradicional | 79 |
| Manejo ambulatorio. | 81 |
| Retos para el desarrollo de la propuesta. | 82 |
| Ejemplo de caso clínico de desnutrición severa. | 87 |
| Conclusiones. | 90 |
| Recomendaciones. | 90 |
| Referencias Bibliográficas. | 91 |

Lista de Tablas

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tabla 1. Constitución Política de Colombia. | 31 |
| Tabla 2. Leyes, Decretos y Resoluciones (Normas y políticas específicas) para las comunidades aborígenes) | 32 |
| Tabla 3. Leyes, Decretos y Resoluciones (Plan Nacional de Salud Aborigen) | 33 |
| Tabla 4. Estrategias, programas u organizaciones para las comunidades aborígenes) | 34 |
| Tabla 5. Retraso en la talla de población. | 38 |
| Tabla 6. Casos de desnutrición EPS Dusakawi | 40 |
| Tabla 7. Casos de desnutrición, vigencia 2024. | 40 |

Lista de figuras

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Figura 1. Modelo Mesa Permanente de Concertación. | 36 |
| Figura 2. Modelo conceptual de experiencias de inseguridad alimentaria y niveles de gravedad | 39 |
| Figura 3. Preguntas de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (cuestionario Encuesta Nacional de Calidad de Vida) | 39 |
| Figura 4. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte. | 42 |
| Figura 5. Signos clínicos en desnutrición aguda. | 44 |
| Figura 6. Criterios para la evaluación de la prueba de apetito. | 45 |
| Figura 7. Criterios de buen manejo ambulatorio (niños) | 46 |
| Figura 8. Criterios para dar manejo intrahospitalario. | 46 |
| Figura 9. Matriz de marco lógico. | 52 |
| Figura 10. Abordaje técnico. | 79 |
| Figura 11. Manejo integral e intercultural ambulatorio. | 81 |
| Figura 12. Conductas a partir de junta médica integral e intercultural | 82 |
| Figura 13. Evidencia fotográfica. | 83 |

Siglas

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- INS: Instituto Nacional de Salud
- ENSIN: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
- DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- FIES: Food Insecurity Experience Scale
- FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con desnutrición aguda

Resumen

Introducción: La desnutrición aguda en menores de cinco años es un problema de salud pública en el pueblo Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta. Según datos propios de la EPS Dusakawi, durante los seis primeros meses del 2025, se reportaron 80 nuevos casos de desnutrición aguda en menores de 5 años en el territorio.

Problema: Los modelos convencionales de atención a la desnutrición infantil en el territorio Arhuaco han mostrado limitaciones significativas, privilegiando intervenciones individuales y descontextualizadas que generan desarraigo de madre e hijo del hogar y altas tasas de recaída. Estas estrategias no reconocen la cosmovisión del pueblo Arhuaco ni respetan los principios de la Ley de Origen, resultando en intervenciones poco efectivas y culturalmente inapropiadas.

Objetivo general: Desarrollar una ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con desnutrición aguda que reconozca y valore el conocimiento ancestral como

eje fundamental del proceso de sanación, complementado con los aportes pertinentes de la medicina occidental.

Metodología: Mediante un enfoque etnográfico desarrollado desde la perspectiva de un observador interno—médico occidental y miembro del pueblo Arhuaco—se exploran los conceptos de salud, enfermedad y desnutrición desde la cosmovisión Arhuaca, donde el buen vivir representa el equilibrio físico y espiritual del ser humano con todos los elementos del universo, en cumplimiento de la Ley de Origen. Se analizan las recomendaciones de las guías nacionales en manejo de desnutrición y las experiencias previas de recuperación nutricional en la comunidad de Nabusimake y se propone el funcionamiento de un modelo intercultural que ha comenzado a funcionar en la Casa de Medicina Tradicional de Nabusimake.

Componentes del modelo propuesto: La ruta de atención se estructura en torno a tres ejes fundamentales: (1) las juntas médicas interculturales como espacios de diálogo y toma de decisiones compartidas, con participación de sabedores tradicionales, personal de salud intercultural, autoridades comunitarias y familias; (2) la Casa de Medicina Tradicional como espacio de sanación colectiva y familiar, donde se desarrollan procesos de enseñanza-aprendizaje en el marco de la vida cotidiana; y (3) el abordaje integral que considera aspectos nutricionales, biomédicos, espirituales, culturales y territoriales que inciden en la salud infantil.

Resultados esperados: El modelo busca tratar efectivamente la desnutrición infantil fortaleciendo las capacidades de las familias para prevenir y manejar la desnutrición desde su propio contexto cultural, reduciendo las tasas de recaída mediante la sanación familiar y comunitaria, y garantizando que las intervenciones respeten la autonomía territorial y los ciclos de vida establecidos en la Ley de Origen. Se espera que la ruta propuesta sirva como referente para la construcción de políticas públicas con pertinencia cultural, contribuya al fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y contribuya a que occidente conozca buenas prácticas interculturales para el manejo de patologías a nivel nacional

Conclusiones: El documento evidencia que la efectividad en el manejo de la desnutrición infantil en comunidades indígenas requiere el reconocimiento de la autonomía territorial, el respeto por los ciclos de vida establecidos en la Ley de Origen, y la articulación respetuosa entre sistemas de conocimiento. Se plantea que el éxito de las intervenciones

depende de la capacidad de las instituciones externas para comprender y apoyar las estrategias propias del pueblo Arhuaco, evitando la imposición de modelos ajenos que no responden a las realidades culturales y espirituales del territorio.

Esta propuesta contribuye al fortalecimiento del SISPI y busca orientar la construcción de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud con pertinencia cultural. Más allá de presentar un modelo técnico de atención, el documento representa un ejercicio de reivindicación del conocimiento ancestral y un llamado a transformar las relaciones entre los sistemas de salud, priorizando la complementariedad de saberes, la pervivencia cultural y el bienestar integral de las comunidades indígenas, sin dejar atrás el conocimiento biomédico.

Palabras clave

Desnutrición infantil, pueblo Arhuaco, interculturalidad en salud, medicina tradicional, Sierra Nevada de Santa Marta, salud indígena, SISPI, Ley de Origen.

Abstract

Introduction: Acute malnutrition in children under five years of age is a public health problem among the Arhuaco people of the Sierra Nevada de Santa Marta. According to internal data from the Dusakawi EPS, during the first six months of 2025, 80 new cases of acute malnutrition in children under five were reported in the territory.

Problem: Conventional models for the management of childhood malnutrition in Arhuaco territory have shown significant limitations, prioritizing individual and decontextualized interventions that lead to the separation of mother and child from the household and high relapse rates. These strategies fail to recognize the Arhuaco worldview or respect the principles of the Law of Origin, resulting in interventions that are both ineffective and culturally inappropriate.

General Objective: To develop an integral and intercultural care pathway for Arhuaco children with acute malnutrition that recognizes and values ancestral knowledge as a fundamental axis of the healing process, complemented by the relevant contributions of Western medicine.

Methodology: Using an ethnographic approach developed from the perspective of an internal observer—a Western-trained physician and member of the Arhuaco people—the concepts of health, disease, and malnutrition are explored from the Arhuaco worldview, in which Buen Vivir (Good Living) represents the physical and spiritual balance of human beings with all elements of the universe, in fulfillment of the Law of Origin. National clinical guidelines for the management of malnutrition and previous nutritional recovery experiences in the community of Nabusimake are analyzed, and the functioning of an intercultural model that has begun to operate at the Traditional Medicine House of Nabusimake is proposed.

Components of the Proposed Model: The care pathway is structured around three fundamental pillars: (1) Intercultural medical councils as spaces for dialogue and shared decision-making, with the participation of traditional knowledge holders, intercultural health personnel, community authorities, and families; (2) The Traditional Medicine House as a space for collective and family healing, where teaching–learning processes are developed within the framework of everyday life; and (3) An integral approach that considers nutritional, biomedical, spiritual, cultural, and territorial aspects influencing child health.

Expected Results: The model seeks to effectively address childhood malnutrition by strengthening families' capacities to prevent and manage malnutrition within their own cultural context, reducing relapse rates through family and community healing, and ensuring that interventions respect territorial autonomy and the life cycles established in the Law of Origin. It is expected that the proposed pathway will serve as a reference for the development of culturally appropriate public policies, contribute to the strengthening of the Indigenous System of Intercultural and Self-Determined Health (SISPI), and allow Western health systems to learn from intercultural best practices for the management of disease at the national level.

Conclusions: This document demonstrates that effective management of childhood malnutrition in Indigenous communities requires recognition of territorial autonomy, respect for life cycles established in the Law of Origin, and a respectful articulation between different knowledge systems. The success of interventions depends on the ability of external institutions to understand and support the Arhuaco people's own strategies, avoiding the imposition of external models that do not respond to the cultural and spiritual realities of the territory.

This proposal contributes to strengthening the SISPI and aims to guide the development of public policies that guarantee the right to health with cultural relevance. Beyond presenting a technical model of care, the document represents an exercise in the reaffirmation of ancestral knowledge and a call to transform relationships between health systems, prioritizing the complementarity of knowledge, cultural continuity, and the holistic well-being of Indigenous communities, without disregarding biomedical knowledge.

Keywords

Child malnutrition; Arhuaco people; intercultural health; traditional medicine; Sierra Nevada de Santa Marta; Indigenous health; SISPI; Law of Origin.

Introducción

La desnutrición infantil en comunidades indígenas trasciende la dimensión biológica y se entrelaza profundamente con aspectos espirituales, culturales y sociales (1,2,3), que son fundamentales para comprender el concepto de salud desde la cosmovisión Arhuaca. Para el pueblo Arhuaco, la salud se entiende como el buen vivir, que implica el equilibrio físico y espiritual del ser humano con todos los elementos que lo rodean, en cumplimiento de la Ley de Origen (4). En contraste, la enfermedad surge como consecuencia del desequilibrio o incumplimiento de este mandato ancestral (4,5).

El pueblo Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta enfrenta desafíos significativos en salud infantil, siendo la desnutrición aguda en menores de cinco años una de las problemáticas más críticas que afectan el bienestar de los niños de la comunidad (6). Esta situación refleja la complejidad de factores estructurales, culturales y territoriales que inciden en la salud de los pueblos indígenas en Colombia (7).

El sistema de salud occidental, ha intentado integrarse en los territorios indígenas a través de diferentes estrategias institucionales. Sin embargo, estas aproximaciones han enfrentado limitaciones importantes debido a la falta de pertinencia cultural, la imposición de modelos ajenos a las dinámicas comunitarias y la ausencia de espacios genuinos de diálogo intercultural (8,9). Como resultado, muchas intervenciones han fracasado en

lograr impactos sostenibles, evidenciándose en la persistencia y recurrencia de casos de desnutrición infantil (6,10).

En este contexto, surge la necesidad de construir rutas de atención que reconozcan y valoren el conocimiento ancestral del pueblo Arhuaco, respetando su autonomía, identidad cultural y relación sagrada con el territorio. La interculturalidad en salud no debe entenderse como la simple coexistencia de dos sistemas médicos, sino como un proceso de complementariedad en el que la medicina tradicional lidera las decisiones y la medicina occidental actúa como aliada, siempre bajo el direccionamiento de los Mamus, Akumamas y autoridades tradicionales (8,11).

Este documento presenta una propuesta de ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con desnutrición aguda, desarrollada desde una perspectiva etnográfica y vivencial (12). La propuesta parte del reconocimiento de que quien escribe es miembro del pueblo Arhuaco, médico formado en medicina occidental, y observador interno del sistema de salud comunitario. Esta posición única permite tender puentes entre los saberes ancestrales y los conocimientos biomédicos (12,13), con el propósito de fortalecer la pervivencia cultural y mejorar la salud infantil desde una mirada respetuosa y contextualizada.

A lo largo del documento se exploran los conceptos de salud, enfermedad y desnutrición desde la cosmovisión Arhuaca, se repasan las guías de práctica clínica de nutrición infantil, se describen las experiencias previas de recuperación nutricional en la comunidad de Nabusimake, y se plantea un modelo de atención basado en la complementariedad de saberes, donde la Casa de Medicina Tradicional se constituye como espacio fundamental para la sanación colectiva y familiar.

Esta propuesta busca contribuir a mejorar la nutrición infantil mediante el reconocimiento de los derechos fundamentales de los pueblos indígenas, al fortalecimiento del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), los saberes occidentales existentes y la construcción de políticas públicas que respeten la autonomía territorial y cultural del pueblo Arhuaco. Más allá de ser un documento técnico, representa un acto de reivindicación del conocimiento ancestral y un llamado a transformar las relaciones entre los sistemas de salud, priorizando el bienestar integral de las comunidades y la preservación de la vida en todas sus dimensiones.

Justificación

La desnutrición aguda en la primera infancia constituye un problema prioritario de salud pública en Colombia, con una afectación desproporcionada en las comunidades indígenas, particularmente en territorios con alta inseguridad alimentaria y barreras estructurales de acceso a los servicios de salud, como ocurre en la Sierra Nevada de Santa Marta (3,6,14). En el pueblo Arhuaco, esta problemática no solo compromete la supervivencia y el desarrollo integral de los niños y niñas menores de cinco años, sino que impacta directamente la pervivencia cultural, el equilibrio comunitario y el Buen Vivir, entendido desde su cosmovisión propia (3,7).

Desde el año 2014, el pueblo Arhuaco ha impulsado diversas iniciativas para enfrentar la desnutrición infantil, incluso algunas de ellas en articulación con entidades internacionales, ONGs y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); sin embargo, estas experiencias no han logrado resultados sostenibles en el tiempo (15). Ante el incremento de casos de desnutrición en la comunidad de Nabusimake en el año 2014, se estableció una cooperación entre la CIT (Confederación Indígena Tayrona) y un ente internacional para construir un Centro de Recuperación Nutricional en el territorio, el mismo fue dotada por las autoridades indígenas Arhuacas, la Red de Seguridad Alimentaria, Soy Doy y el ICBF. A este Centro ingresaron inicialmente 15 niños.

Aunque se alcanzó la recuperación clínica de los menores, el proceso se vio limitado por la imposición de guías nutricionales externas por parte del ICBF. Estas guías estaban centradas en el uso de Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC) y alimentación complementaria proveniente de Valledupar. No hubo una adecuada articulación con la medicina tradicional, el acompañamiento espiritual de los mamus y akumamas, ni la participación activa de las familias. Esta ruptura del abordaje integral derivó en la falta de sostenibilidad del proceso, que tuvo una duración aproximada de seis meses y no consolidó una alianza intercultural efectiva.

Posteriormente, en enero de 2020, se abrió un nuevo centro de recuperación nutricional en Nabusimake bajo el direccionamiento de los Mamus y la operación de la IPSI Wintukwa; no obstante, la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 interrumpió su continuidad. Durante los últimos años, se han utilizado centros de recuperación nutricional ubicados en Pueblo Bello y Valledupar, los cuales, al encontrarse

fuera del territorio y responder a modelos institucionales no propios, han presentado grandes limitaciones en términos de pertinencia cultural, participación comunitaria y continuidad del cuidado. Desde el año 2024 no se cuenta con centros de recuperación nutricional afiliados a la comunidad.

En este contexto, resulta fundamental diseñar una ruta de atención que trascienda el enfoque biomédico convencional e integre de manera efectiva la interculturalidad, reconociendo y valorando los saberes ancestrales, las prácticas tradicionales de cuidado y los sistemas propios de salud del pueblo Arhuaco. La evidencia demuestra que los modelos de atención que desconocen la identidad cultural, el idioma, la organización social y la cosmovisión indígena generan barreras de acceso, baja adherencia a los tratamientos y altos índices de recaída, como se ha observado en experiencias previas de recuperación nutricional en el territorio (8,16).

Desde una perspectiva académica, social y ética, este trabajo es pertinente porque contribuye a la construcción de conocimiento situado, basado en el análisis de las condiciones reales de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud para la población infantil Arhuaca, así como en las percepciones de los actores del sistema de salud propio y occidental. Asimismo, aporta insumos técnicos y culturales para fortalecer la articulación entre el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en concordancia con el marco normativo vigente y el enfoque diferencial (11,17).

Finalmente, el diseño de una ruta de atención integral e intercultural permitirá orientar la toma de decisiones de las autoridades propias y de las instituciones del sector salud, promoviendo un modelo de atención centrado en la autonomía, el territorio y la complementariedad de saberes. De esta manera, el proyecto no solo busca mejorar los resultados en salud y nutrición infantil, sino también garantizar el derecho fundamental a una atención en salud culturalmente pertinente, sostenible y coherente con la ley de origen del pueblo Arhuaco.

Implementar un programa que integre la pertinencia cultural contribuye a la promoción del respeto y la equidad en el sistema de salud. asegura que todas las comunidades, independientemente de sus prácticas culturales, reciban un trato justo y respetuoso en la atención médica.

En complemento, el proyecto es pertinente dado que hace un aporte para que se logre en el sistema de salud de las comunidades, un reconocimiento de saberes ancestrales en especial en la comunidad Arhuaca la cual tiene un conocimiento profundo y tradicional sobre salud y medicinas complementarias. Y dicha pertenencia se logra dado que la investigación parte del análisis de la situación actual del acceso a los servicios públicos de salud en la comunidad Arhuaca, con un enfoque en la desnutrición infantil, para la identificación de barreras y deficiencias en la cobertura y calidad de los servicios disponibles.

Desde una perspectiva académica contribuye a reconocer y valorar estos saberes no solo es una forma de respetar la cultura indígena, sino que también puede enriquecer el sistema de salud al integrar prácticas que han demostrado ser efectivas dentro del contexto cultural de la comunidad. Tiene alto impacto dado que contempla las percepciones de los actores del sistema de salud Arhuaca sobre la atribución de competencias en salud y la asignación de recursos, mediante entrevistas semiestructuradas que faciliten la comprensión de cómo estos actores perciben la capacidad del sistema, identificando desafíos y áreas de mejora en la operación.

Este proyecto, da las bases para que líderes locales analicen documentos para luego proponer iniciativas que mejoren el aseguramiento de que el sistema de salud sea culturalmente pertinente contribuye a la garantía de derechos fundamentales, como el derecho a recibir atención de salud que respete la identidad cultural. Luego, los lineamientos del programa para la gestión del acceso a servicios públicos de salud con pertinencia de la comunidad Arhuaca, será una guía para la toma de decisiones.

Problema

El modelo de atención indígena en salud Arhuaca enfrenta una serie de problemas y brechas que afectan su eficiencia y capacidad para brindar una atención de salud adecuada a las comunidades indígenas. Estas brechas pueden variar según las circunstancias específicas de cada comunidad (17), pero algunos desafíos comunes incluyen: recursos financieros limitados, financiamiento insuficiente y, a veces, los SISPI enfrentan desafíos de financiamiento que limitan su capacidad para brindar servicios de salud adecuados. Los fondos asignados no siempre satisfacen las necesidades de la sociedad, especialmente en las regiones remotas y las zonas rurales (11).

La desnutrición aguda en niños y niñas menores de cinco años constituye una de las principales causas de morbilidad infantil en Colombia y representa un problema especialmente crítico en las comunidades indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta (5,6). En el pueblo Arhuaco, esta situación se ve agravada por la inseguridad alimentaria, las condiciones geográficas del territorio, las limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud y la persistencia de modelos de atención que no responden de manera integral a su cosmovisión, organización social y sistemas propios de cuidado (7,14).

A pesar de los avances normativos en el reconocimiento del enfoque diferencial e intercultural en salud, el modelo de atención vigente continúa presentando brechas significativas en la articulación entre la biomedicina y la medicina tradicional Arhuaca. Estas brechas se manifiestan en la insuficiente integración de los saberes ancestrales en los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la desnutrición infantil, en la falta de protocolos interculturales claros y en la limitada participación de las autoridades tradicionales, mamos, akumamas y sabedores en la toma de decisiones en salud (8,11).

Las experiencias previas de recuperación nutricional implementadas en el territorio han evidenciado resultados parciales y poco sostenibles. Si bien se han logrado recuperaciones clínicas individuales, estas han estado acompañadas de altas tasas de recaída en periodos cortos de tiempo, lo que sugiere que las intervenciones han priorizado el abordaje biomédico del niño sin considerar de manera suficiente los determinantes espirituales, familiares, comunitarios y territoriales que, desde la ley de origen, influyen en el estado de salud y nutrición. Esta situación pone en evidencia la ausencia de un modelo de atención integral que incorpore el enfoque colectivo y preventivo propio del pueblo Arhuaco.

Adicionalmente, persisten barreras culturales, lingüísticas, administrativas y logísticas que dificultan el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, así como una limitada apropiación comunitaria de las estrategias institucionales de prevención y manejo de la desnutrición. Esto debilita la continuidad del cuidado, la adherencia a las recomendaciones y la construcción de confianza entre la comunidad y el sistema de salud.

En consecuencia, se identifica la necesidad de diseñar una ruta de atención integral e intercultural para niños Arhuacos con desnutrición aguda, que articule de manera efectiva la medicina tradicional y la biomedicina, fortalezca la autonomía y el

gobierno propio en salud, y permita abordar la desnutrición desde una perspectiva holística que incluya los niveles individual, familiar, comunitario y como pueblo. La ausencia de dicha ruta limita la efectividad de las acciones actuales y perpetúa un problema de salud que afecta de manera profunda el Buen Vivir y la pervivencia del pueblo Arhuaco.

Antecedentes

Llegada de los españoles al territorio y desplazamiento a la parte alta de la Sierra Nevada

Para el pueblo Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta, desde la creación, el territorio fue designado para mantener el equilibrio del universo. No obstante, a partir del descubrimiento de América en 1492, los pueblos indígenas de la Sierra Nevada —Arhuaco, Kogui, Wiwa y Kankuamo— no estuvieron exentos de los procesos de ocupación, despojo y reorganización territorial impuestos por la colonización (18).

La llegada de los españoles dio lugar a la fundación de grandes centros urbanos como Santa Marta, Valledupar y Riohacha, lo que implicó la apropiación de las zonas planas y productivas del territorio ancestral. Como consecuencia, los pueblos indígenas fueron desplazados progresivamente hacia las partes altas de la Sierra, limitando su acceso a tierras fértiles y alterando sus sistemas tradicionales de producción y subsistencia (18).

Este desplazamiento forzado ocasionó la pérdida de territorios estratégicos, de espacios sagrados y de la Línea Negra, entendida como el sistema de ordenamiento espiritual del territorio. Desde su punto de vista, esta ruptura causó un daño al equilibrio espiritual y a la conexión con el universo, lo que afectó directamente la salud de la comunidad, reflejado, entre otras cosas, en problemas de malnutrición de la población (18).

Campañas evangelizadoras y cambios en los usos y costumbres

Entre 1916 y 1982, los pueblos de la Sierra Nevada, y en particular el pueblo Arhuaco, fueron objeto de intensas campañas de evangelización lideradas por la Iglesia

Católica, especialmente por la misión capuchina. Este proceso no solo buscó transformar la espiritualidad ancestral, sino también modificar los usos, costumbres y formas propias de organización social y productiva.

La imposición de modelos externos cambió mucho la forma tradicional de vivir en el entorno. Introdujo estrategias de producción nuevas que no entendían la conexión espiritual con la tierra y los ciclos de la naturaleza. Estos cambios afectaron la autonomía alimentaria y debilitaron las prácticas ancestrales de cuidado del equilibrio entre naturaleza, espiritualidad y salud. Los misioneros capuchinos fueron los encargados de evangelizar el territorio de la Sierra Nevada (19), quienes tuvieron particular injerencia en el pueblo Arhuaco de Nabusimake hasta su expulsión en 1982. (20).

Cambios culturales y nacimiento de la interculturalidad: educación y consumo

Con el fin de garantizar condiciones más justas de intercambio comercial, el pueblo Arhuaco diseñó y presentó en 1916 una estrategia educativa al Gobierno nacional, orientada al aprendizaje de las cuatro operaciones básicas de matemáticas y al uso del idioma español. El objetivo era poder establecer relaciones comerciales más equitativas con los pueblos no indígenas de las zonas bajas (21).

Sin embargo, la educación formal estuvo históricamente bajo el control de la Iglesia Católica, lo que profundizó los procesos de aculturación. Esto dio lugar a transformaciones en los estilos de vida, en las prácticas alimentarias y en los patrones de consumo, incluyendo la compra de productos externos, configurando un escenario de interculturalidad marcado por tensiones y desequilibrios estructurales (21).

Cerro Inarwa

El cerro Inarwa constituye un pilar fundamental para la nutrición del pueblo Arhuaco, no solo como espacio de origen de las semillas, sino como centro espiritual que sostiene el equilibrio entre el cuerpo, el alimento y el territorio. Su afectación ha tenido consecuencias profundas en la salud, la alimentación y la identidad del pueblo Iku (22).

Desde la cosmovisión Iku, la nutrición no se limita a la ingesta de alimentos, sino que constituye un proceso integral que articula el cuerpo, el pensamiento, las semillas, los ciclos naturales y el cumplimiento de la Ley de Origen (Seyn zare)(22).

Para los Mamu jina (autoridades espirituales), Inarwa es concebido como el lugar donde nacen las semillas, el “útero de los alimentos”, y por tanto un punto esencial para garantizar la continuidad de la vida del pueblo Iku. Allí se realizan trabajos tradicionales de saneamiento espiritual (aburu) orientados a armonizar el alimento material e inmaterial que sostiene a la comunidad. Estos trabajos aseguran que las semillas propias (Zajuna jina kia) mantengan su fuerza, equilibrio energético (Anugwe) y coherencia con las leyes espirituales (Kunsamu) (22).

Desde esta perspectiva, el alimento no es un recurso aislado ni un objeto de consumo, sino un ser vivo con padre y madre espiritual, cuya siembra, preparación y consumo requieren autorización ritual y espiritual. La imposibilidad de realizar estos trabajos en Inarwa afecta directamente la producción agrícola tradicional, especialmente de alimentos base como el maíz, y se traduce en desequilibrios que impactan la salud individual y colectiva, incluyendo la aparición de enfermedades, desnutrición infantil, alteraciones climáticas y pérdida de cohesión social (22).

Existe un vínculo claro entre el deterioro del territorio sagrado y el aumento de problemáticas nutricionales. Cuando se rompe la comunicación espiritual con lugares como Inarwa, se debilita el tejido que conecta la tierra, las semillas y el cuerpo humano. Esta ruptura se ve agravada por la introducción de alimentos externos, el abandono progresivo de prácticas alimentarias propias y la interrupción de los ciclos de saneamiento espiritual (22).

Los Mamu señalan que muchas de las enfermedades actuales —incluida la desnutrición en niños— no pueden comprenderse únicamente desde una perspectiva biomédica, sino como consecuencia de la imposibilidad de cumplir con los trabajos tradicionales en sitios sagrados estratégicos. Inarwa, al ser un nodo central dentro de la red energética del territorio, cumple una función irremplazable en el equilibrio nutricional del pueblo Iku, no sólo en términos de disponibilidad de alimentos, sino de su calidad espiritual y simbólica (22).

A pesar de su importancia espiritual y cultural, el cerro Inarwa ha sido afectado históricamente por intereses externos asociados a la extracción de recursos naturales, ocupación por actores no indígenas y ausencia de consulta previa. Desde 1962, el ejército nacional comenzó la ocupación del cerro y en 1988 se formalizó una base militar en el mismo.

Estas intervenciones han limitado el acceso del pueblo Arhuaco a este lugar sagrado e interrumpido la realización de trabajos tradicionales fundamentales para la nutrición y el equilibrio territorial. Cercamientos, desvíos de fuentes de agua y proyectos promovidos bajo discursos de conservación ambiental o turismo han generado nuevas formas de despojo, muchas veces legitimadas por figuras legales ajenas a la cosmovisión indígena. Estas acciones han profundizado la desconexión entre el pueblo Iku y sus prácticas ancestrales, afectando de manera directa su soberanía alimentaria y su salud integral (22).

En respuesta a las demandas de los pueblos indígenas de la Sierra Nevada, el Estado colombiano ha avanzado parcialmente en el reconocimiento jurídico de sitios sagrados. Un hito central es la Sentencia T-005 de 2016 de la Corte Constitucional, que reconoce la Línea Negra y los lugares sagrados asociados a los cuatro pueblos indígenas de la Sierra Nevada de Santa Marta, incluyendo Inarwa. Posteriormente, el Decreto 1500 de 2018 formalizó este reconocimiento, estableciendo la obligación del Estado de proteger estos espacios y garantizar el ejercicio de los derechos territoriales, culturales y espirituales de los pueblos indígenas (22).

Existe una brecha significativa entre el reconocimiento normativo y su implementación efectiva. Aunque Inarwa es reconocido legalmente como sitio sagrado, en la práctica persisten restricciones de acceso y continuas vulneraciones que impiden al pueblo Arhuaco ejercer plenamente su derecho al cuidado del territorio y, por ende, a la reproducción de su sistema alimentario propio (22).

La recuperación de Inarwa forma parte de un proceso más amplio de defensa del territorio ancestral en la Sierra Nevada de Santa Marta, que incluye la consolidación de resguardos indígenas y la exigencia de respeto por la autonomía y el gobierno propio. Sin embargo, el modelo de legalización territorial promovido por el Estado entra en tensión con la forma indígena de concebir el territorio como un cuerpo vivo e interconectado, más allá de los límites administrativos (22).

Aunque el Estado colombiano ha reconocido su carácter sagrado mediante decisiones judiciales y normativas, los desafíos para su recuperación efectiva persisten (22).

La nutrición del pueblo Arhuaco no puede abordarse sin la recuperación integral de lugares sagrados como Inarwa, y que cualquier estrategia de salud pública o seguridad alimentaria debe partir del respeto a la Ley de Origen, la autonomía territorial y los saberes ancestrales. Recuperar Inarwa es, en esencia, recuperar la posibilidad de que el pueblo Iku se siga nutriendo —material y espiritualmente— por su territorio (22).

Centros de recuperación nutricional

Las alteraciones nutricionales en el pueblo Arhuaco, y en particular en la comunidad de Nabusímake, han sido una preocupación abordada de manera colectiva en distintos momentos históricos. Existen registros de actas de asambleas desde el año 1982 en Nabusímake, donde ya se analizaba el aumento de casos de desnutrición aguda en niños y se proponían acciones de manejo desde una perspectiva cultural y comunitaria.

En 2014, ante un incremento significativo de casos de desnutrición infantil, la Confederación Indígena Tayrona, con apoyo de cooperación internacional, impulsó la creación de un centro de recuperación nutricional en Nabusímake. Este centro buscaba no solo la recuperación nutricional individual, sino un abordaje integral, intercultural y colectivo dirigido a las familias de la Sierra Nevada de Santa Marta.

La dotación del centro se realizó con aportes del ICBF, la Red de Seguridad Alimentaria, Soy Doy y Wintukwa IPSI, quienes suministraron insumos para su funcionamiento. Aunque se obtuvieron resultados positivos a nivel individual, con el tiempo se evidenció que el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos por el ICBF limitaba acciones consideradas trascendentales desde la cosmovisión Arhuaca. Por esta razón, se decidió dar por terminado el acuerdo de cooperación interinstitucional.

En 2020, el pueblo Arhuaco y la comunidad de Nabusimake reabrieron el centro de recuperación nutricional bajo el manejo técnico de Wintukwa IPSI, optando por no vincular instituciones externas. Esta experiencia mostró resultados favorables; sin embargo, el centro debió cerrar en 2021 debido a la pandemia por COVID-19.

Durante la pandemia, las restricciones de movilidad y contacto entre pueblos, así como la interrupción de programas asistencialistas propiciaron el retorno a los trabajos espirituales y a las formas propias de producción y alimentación. Según el análisis de la Asamblea comunitaria de Nabusimake, este periodo se asoció con una disminución de los casos de alteraciones nutricionales, los cuales se abordaron principalmente mediante la medicina tradicional. En contraste, los centros de recuperación nutricional ubicados en cascos urbanos como Pueblo Bello y Valledupar, aunque lograban recuperaciones individuales, no solucionaban las causas estructurales del problema.

En 2025, a partir de las experiencias acumuladas y del reconocimiento de que la salud y la recuperación son procesos colectivos, el pueblo Arhuaco planteó un modelo de recuperación nutricional familiar y comunitaria en las casas de salud y de medicina tradicional. En este enfoque, los sabedores y sabedoras actúan como tutores del proceso, enmarcado en la Ley de Origen y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Desde esta perspectiva, se concluye que la construcción de centros o puestos de salud convencionales resulta obsoleta si no refleja el diario vivir, la cultura y la organización propia de las familias y comunidades del pueblo Arhuaco. La sanación y la recuperación deben partir del territorio, la espiritualidad y el conocimiento ancestral como ejes fundamentales del bienestar integral.

Marco Teórico

Comunidad Arhuaca:

La comunidad Arhuaca es un pueblo indígena que habita principalmente en la Sierra Nevada de Santa Marta, ubicada en la región nororiental de Colombia. Este macizo montañoso constituye uno de los sistemas montañosos costeros más altos del mundo y es reconocido por su relevancia ecológica, cultural y espiritual, al albergar diversas comunidades indígenas que conservan una profunda herencia cultural, lingüística y cosmogónica.

De acuerdo con la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), los territorios del pueblo Arhuaco se localizan predominantemente en zonas de alta

montaña, lo cual supone importantes limitaciones en términos de acceso, conectividad y transporte (23). En este contexto, las condiciones geográficas adversas influyen de manera directa en la disponibilidad y oportunidad de servicios básicos, particularmente en el acceso a los servicios de salud, educación y otros recursos esenciales, profundizando las desigualdades estructurales que históricamente han afectado a estas comunidades.

Interculturalidad:

La interculturalidad se ve como un proceso activo de interacción, diálogo y colaboración entre diferentes culturas, basado en el reconocimiento, el respeto y la dignidad de las personas. Este enfoque va más allá de la idea de solo convivir o tener contacto entre culturas, al fomentar relaciones equilibradas donde ningún sistema de conocimiento domina a otro.

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, la interculturalidad no implica homogeneización ni asimilación cultural, sino la posibilidad de coexistir y relacionarse con otros sistemas sin perder la identidad, la autonomía ni los fundamentos espirituales, culturales y territoriales propios (24). En este sentido, la interculturalidad debe entenderse como un proceso de comunicación y aprendizaje recíproco, en el cual cada cultura aporta desde su propio marco de referencia, sin jerarquías epistémicas.

Asimismo, la interculturalidad parte del reconocimiento de que cada territorio posee un orden propio, sustentado en conocimientos, normas y autoridades establecidas desde la Ley de Origen. Por lo tanto, cualquier relación entre culturas debe respetar la autonomía del territorio y entender que son las autoridades tradicionales y espirituales las que deben dirigir las acciones. Ellas son las responsables de guiar los procesos de cuidado, sanación y equilibrio en el territorio.

Enfoque de integración

El enfoque de integración se fundamenta en la incorporación de los pueblos indígenas a sistemas externos (educativos, sanitarios, productivos o institucionales) diseñados desde lógicas occidentales. Aunque se presenta como una forma de inclusión social, en la práctica suele mantener relaciones desiguales de poder. En este contexto, el conocimiento dominante establece las reglas, tiempos y métodos, dejando los conocimientos locales en un lugar secundario o solo como apoyo.

Con este enfoque, la interculturalidad se ve como un proceso donde la persona indígena se adapta al sistema principal, lo que históricamente ha causado pérdida cultural, debilitamiento de costumbres antiguas y ruptura de la conexión entre territorio, cuerpo y espiritualidad. En este modelo, el territorio se concibe como un espacio físico-administrativo, desprovisto de su carácter vivo, simbólico y espiritual (25).

Enfoque de complementariedad intercultural

En contraposición, el enfoque de complementariedad intercultural reconoce la coexistencia de múltiples sistemas de conocimiento con igual valor, legitimidad y capacidad de orientar la vida colectiva. Este enfoque parte del principio de que el saber propio del territorio es prioritario y que las acciones externas sólo pueden incorporarse en la medida en que respeten, fortalezcan y no sustituyan el conocimiento ancestral.

La complementariedad no implica una simple suma de saberes, sino una articulación crítica desde el orden propio del territorio, donde cada sistema de conocimiento cumple una función específica. En este marco, el sistema occidental puede acompañar, apoyar o dialogar, pero no dirigir ni imponer. La conducción de los procesos debe estar determinada por las autoridades tradicionales, quienes poseen el conocimiento sobre los tiempos, el equilibrio y las necesidades del territorio (25).

Este enfoque reconoce la autonomía territorial como un principio fundamental, entendiendo el territorio no como un escenario neutro de intervención, sino como una entidad viva con memoria, normas y autoridad propias. Por lo tanto, la interculturalidad complementaria requiere que cualquier acción (ya sea en salud, educación o nutrición) se ajuste a las decisiones colectivas y espirituales de la comunidad que vive en el territorio (25).

Interculturalidad, autonomía y autoridad del territorio

Desde esta perspectiva, la interculturalidad no puede reducirse a una política técnica o instrumental, sino que debe asumirse como un principio ético y político. Definir la interculturalidad desde la complementariedad implica reconocer que la autoridad del territorio es la que establece la pauta de acción y que la autonomía territorial constituye un principio no negociable.

En este sentido, los procesos de sanación, educación y bienestar solo son viables cuando respetan el conocimiento ancestral y el orden espiritual que sostiene la vida en el territorio. La imposición de modelos externos sin este reconocimiento no sólo resulta ineficaz, sino que puede generar desequilibrios profundos en las dinámicas comunitarias y territoriales (25).

En resumen, la interculturalidad que se basa en la complementariedad ayuda a que los pueblos indígenas puedan decidir por sí mismos, protege sus conocimientos y permite crear relaciones más justas y equilibradas con otros tipos de conocimiento, sin afectar su identidad, espiritualidad ni cultura.

Desde una perspectiva institucional, la Ley Estatutaria de Salud reconoce la existencia de múltiples formas de concebir y materializar la salud, así como el valor del conocimiento ancestral de los pueblos indígenas, afrocolombianos, palenqueros, raizales y del pueblo Rom, el cual complementa las acciones desarrolladas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (26).

En relación con el estado actual del proceso de interculturalidad en salud en Colombia, el país ha logrado avances significativos, particularmente en la formulación de un modelo de salud propia e intercultural para los pueblos indígenas y en el establecimiento de espacios de diálogo con el Espacio Nacional de Consulta Previa. Estos esfuerzos han permitido definir compromisos orientados a la incorporación del enfoque diferencial e intercultural en el sistema de salud y de protección social (27).

Luego, se hace uso de la interculturalidad como puente entre la cultura occidental y la cultura indígena. Desde la visión de la comunidad Arhuaca, la salud y tratar la enfermedad, debe estar bajo un modelo organizado jerárquicamente en el que la salud del individuo depende además de sus hábitos, de la armonía con la naturaleza, el espíritu, los dioses y su comunidad.

La interculturalidad juega un papel crucial en la coordinación y provisión de servicios de salud adaptados a las necesidades y prácticas de las comunidades indígenas. Una interculturalidad apropiada resulta en una mayor eficiencia y efectividad en la atención médica, mejorando los resultados en salud y reduciendo las barreras que puedan existir para el acceso a los servicios.

En cuanto a las necesidades de la comunidad Arhuaca en su territorio, la interculturalidad en salud es un reto de equilibrar la teórica y práctica médica reclamado por las comunidades indígenas Arhuaco, el cual como derecho no está garantizado en forma continua, en todas las regiones de Colombia.

Desde la perspectiva de la salud pública, la interculturalidad es un enfoque que reconoce y valora la diversidad cultural en la sociedad, promoviendo el respeto mutuo y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Se basa en el reconocimiento de las diferencias culturales, históricas y sociales de las comunidades, especialmente de los pueblos indígenas, y busca construir puentes entre los sistemas de salud tradicionales y los modernos.

Autonomía

Desde la perspectiva de los ejes transversales del pueblo Arhuaco -Territorio, Identidad o Cultura, Gobierno Propio y Autonomía-, los líderes de la comunidad requieren tomar decisiones acerca de la estructura, organización y debilidades que se tiene en la situación de salud del pueblo indígena Arhuaco, garantizando la preservación de los conocimientos, saberes, prácticas, rituales, recursos y procesos de salud integral, que ancestralmente han desarrollado como modelo de vida colectivo, considerando que estos son esenciales para prevenir directa e indirectamente las enfermedades.

Percepción de la comunidad Arhuaca de Nabusimake sobre servicios de salud y la salud intercultural

Los indicadores de éxito en la salud intercultural definen los criterios mediante los cuales es posible evaluar la implementación de servicios de salud con pertinencia cultural en comunidades indígenas. En este sentido, dichos indicadores deben analizarse a partir de metodologías de evaluación participativa, incorporando herramientas y enfoques que permitan valorar la percepción, aceptación y apropiación de los servicios de salud interculturales desde la perspectiva de la propia comunidad Arhuaca (28).

Al analizar de manera general la percepción de una muestra de usuarios respecto a los elementos asociados a la satisfacción con los servicios de salud, se identificó que el 92,3% de los entrevistados manifestó la disponibilidad de servicios de salud en su idioma

materno. No obstante, el 61,5% refirió la existencia de barreras para acceder a los servicios de salud relacionadas con el reconocimiento de su identidad cultural (29).

En relación con el respeto y la sensibilidad cultural durante la atención, el 23,1% de los usuarios indicó que no percibe que los profesionales de la salud respeten sus prácticas y creencias culturales. De manera equivalente, el mismo porcentaje manifestó haber tenido experiencias en las que sus prácticas culturales o tradicionales sí fueron consideradas durante el proceso de atención médica (29).

Respecto a la atención humanizada, el 61,5% de los usuarios entrevistados consideró que el trato recibido por parte del personal de salud fue adecuado, aunque susceptible de mejora. Adicionalmente, el 30,8% señaló que solo en algunas ocasiones se siente tratado con dignidad y respeto durante las visitas a los servicios de salud (29).

En complemento, al analizar las respuestas relacionadas con la oportunidad en la asignación de citas, el 53,8% de los participantes manifestó haber enfrentado dificultades para obtener una cita en el momento requerido. Asimismo, en cuanto a la integración de la medicina tradicional en la atención en salud, el 46,2% indicó que no se le permite combinar tratamientos tradicionales con tratamientos médicos convencionales. De igual forma, el 23,7% señaló la ausencia de un diálogo abierto entre los proveedores de salud convencionales y los practicantes de la medicina tradicional de la comunidad, mientras que un 7,7% prefirió no responder a este aspecto (29).

Es importante resaltar que el 46,2% de los usuarios manifestó que no existen protocolos claros para la integración de las prácticas tradicionales dentro de la atención médica. En cuanto a la satisfacción global, el 38,3% expresó no estar satisfecho con la atención recibida por parte del profesional de salud durante su última consulta (29).

Al profundizar en los aspectos de la atención que no cumplieron con las expectativas de los usuarios, se destacaron principalmente el tiempo insuficiente dedicado a la consulta, la comunicación poco clara y la falta de respuestas asertivas a las inquietudes planteadas (29).

No obstante, al considerar las respuestas relacionadas con el cumplimiento de las citas programadas, el 38,3% de los usuarios señaló que no ha experimentado situaciones en las que una cita haya sido cancelada o no atendida sin previo aviso (29).

Finalmente, en relación con la participación y la consulta en la toma de decisiones, el 15,4% manifestó no ser involucrado en las decisiones relacionadas con su tratamiento médico, mientras que el 30,8% no respondió a este cuestionamiento. De manera complementaria, el 7,7% indicó no haber tenido la oportunidad de expresar sus necesidades culturales durante la atención médica, y el mismo porcentaje consideró que no existen mecanismos de consulta y participación para los representantes de su comunidad en la toma de decisiones sobre los servicios de salud (29)

Normas

Las siguientes tablas presentan la información sobre salud indígena disponibles en la Constitución Política de Colombia, las normas, decretos y resoluciones, y las estrategias y programas disponibles.

La Tabla 1 sintetiza los principales artículos y leyes de rango constitucional que sustentan el derecho a la salud en Colombia y su aplicación en contextos de diversidad cultural. En particular, el artículo 49 establece la salud como un derecho fundamental y asigna al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud.

De manera complementaria, el artículo 286 reconoce la autonomía de las entidades territoriales, lo cual resulta clave para la implementación de modelos de atención diferenciados en territorios indígenas.

Asimismo, la Ley 100 de 1993 organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mientras que la Ley 1751 de 2015 fortalece el enfoque de derecho, incorporando criterios de calidad, disponibilidad y pertinencia cultural. Finalmente, la Ley 21 de 1991 reconoce la diversidad cultural y el autogobierno de los pueblos indígenas, estableciendo un marco constitucional que respalda la formulación de políticas de salud con enfoque intercultural.

Tabla 1.

Constitución Política de Colombia

| Ley o norma | Año | Resumen |
|------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artículo 49 | 1991 | Define el derecho a la salud y la obligación del Estado de garantizar la disponibilidad de servicios médicos. |
| Artículo 286 | 1991 | Reconocimiento de la autonomía de las unidades territoriales en la prestación de servicios públicos |
| Ley de 1993 Núm.100 | 1993 | Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): regula el acceso y prestación de los servicios de salud y establece el sistema de salud y sus componentes |
| Ley No. 1751 | 2015 | Normativa sanitaria, fortalecimiento del derecho a la salud y la responsabilidad del Estado de garantizar la disponibilidad, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud. |
| Ley de 1991 Núm.21 | 1991 | Ley de Autogobierno Aborígen, reconocimiento de la diversidad cultural y la necesidad de respetar y promover los derechos de los aborígenes. |

La Tabla 2 presenta normas y políticas específicas orientadas a garantizar una atención en salud con enfoque diferencial para las comunidades indígenas.

En este sentido, la Decisión N.º 3797 del Ministerio de Salud constituye un avance relevante al establecer lineamientos para la prestación de servicios de salud que reconozcan las particularidades culturales, sociales y territoriales de los pueblos indígenas.

Esta normativa busca superar modelos homogéneos de atención, promoviendo prácticas acordes con las cosmovisiones y necesidades propias de estas comunidades, y fortaleciendo la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Tabla 2.

Leyes, Decretos y Resoluciones (Normas y políticas específicas para las comunidades aborígenes)

| Ley o norma | Año | Resumen |
|------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Decisión N° 3797 del Ministerio de Salud | 2010 | Política de atención médica aborígen: establece pautas para la prestación de servicios de salud utilizando un enfoque diferenciado que satisfaga las necesidades culturales de las comunidades aborígenes. |

La Tabla 3 reúne disposiciones normativas que sustentan el Plan Nacional de Salud Indígena, enfatizando el derecho a la consulta previa, libre e informada como un principio transversal en la formulación e implementación de políticas públicas.

La articulación entre la Decisión N.º 3797 del Ministerio de Salud y la Ley 21 de 1991, en concordancia con el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, establece la obligación del Estado de garantizar la participación efectiva de los pueblos indígenas en todas aquellas decisiones que puedan afectar su bienestar y su territorio.

Este marco normativo refuerza la necesidad de diseñar estrategias y acciones específicas que aseguren el acceso a servicios de salud culturalmente apropiados y socialmente legitimados.

Tabla 3.

Leyes, Decretos y Resoluciones (Plan Nacional de Salud Aborígen)

| Ley o norma | Año | Resumen |
|------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Decisión N° 3797 del Ministerio de Salud | 2010 | Política de atención médica aborígen: establece pautas para la prestación de servicios de salud utilizando un enfoque diferenciado que satisfaga las necesidades culturales de las comunidades aborígenes. |

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ley de 1991 núm. 21 y el convenio no. 21 de la organización internacional del trabajo | 199 1 | Se requiere consulta previa, libre e informada sobre todas las medidas que puedan afectar a los pueblos indígenas. |
| Esto incluye estrategias y acciones específicas para garantizar el acceso a servicios de salud culturalmente apropiados. | | |

La Tabla 4 describe las principales estrategias, programas y actores institucionales y comunitarios involucrados en la atención en salud de las comunidades indígenas.

Destaca la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como un enfoque fundamental para promover la participación comunitaria y la adaptación cultural de los servicios.

Asimismo, se resalta el rol del Ministerio de Salud y Protección Social en la formulación y coordinación de políticas públicas, así como el aporte de las agencias de promoción y prevención en el desarrollo de acciones orientadas a mejorar los determinantes de la salud. Finalmente, se reconoce el papel central de las organizaciones indígenas y de los conocimientos ancestrales, cuya integración con las prácticas de salud modernas resulta esencial para garantizar una atención pertinente, efectiva y culturalmente respetuosa.

Tabla 4.

Estrategias, programas u organizaciones para las comunidades aborígenes)

| Estrategia, programa u organización | Descripción |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estrategia de Salud Primaria (APS). | Diseñado para promover la participación comunitaria y la adaptación cultural de los servicios de salud. |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estructura organizativa y gestión, Ministerio de Salud y Seguridad Social | Responsable del desarrollo, coordinación e implementación de políticas de salud, incluso para los pueblos aborígenes. |
| Agencia de Promoción y Prevención de la Salud | Desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluidos programas específicos para las comunidades aborígenes. |
| Agencias y organizaciones aborígenes | Las instituciones tradicionales y las organizaciones locales desempeñan un papel fundamental en la identificación de necesidades y la implementación de estrategias de salud culturalmente relevantes. |
| Integración de Conocimientos Ancestrales | Respetar el conocimiento tradicional e integrarlo con prácticas de salud modernas para brindar atención asequible y efectiva a la comunidad. |

Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)

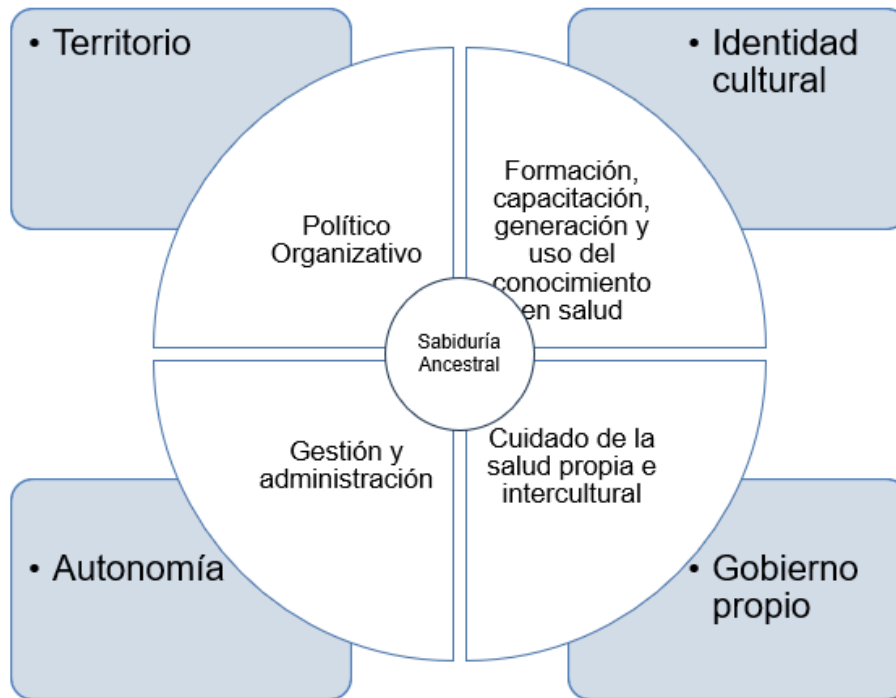
En mayo de 2010 se llevó a cabo en el municipio de Villeta la Asamblea Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, convocada por diversas organizaciones indígenas representativas del país, entre ellas la Confederación Indígena Tayrona. En el marco de esta asamblea se acordó la creación de un sistema de salud propio para los pueblos indígenas, como respuesta a la necesidad de garantizar el derecho a la salud desde un enfoque diferencial e intercultural, acorde con sus cosmovisiones y formas de organización social (30).

El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) se fundamenta en el concepto del Buen Vivir, el cual busca fortalecer y mantener el equilibrio de las relaciones entre los pueblos indígenas, la madre tierra, el territorio y todos los elementos que lo conforman. Su base conceptual se sustenta en la sabiduría ancestral y en la cosmovisión de los pueblos indígenas del país, en armonía con la naturaleza (31).

El SISPI comprende un conjunto articulado de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos, y debe coordinarse, complementarse y dialogar de manera permanente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sin que ello implique la subordinación de los sistemas propios de salud indígena (31).

Mediante el Decreto Ley 480 de 2025, el Estado colombiano establece e implementa el SISPI como una política pública de carácter estatal, definiendo los aspectos fundamentales para su desarrollo, operación e implementación en los territorios indígenas. En este marco normativo se reafirma que la finalidad principal del SISPI es garantizar el derecho fundamental a la salud de los pueblos indígenas, respetando su autonomía, su ordenamiento territorial y sus sistemas de conocimiento propios (32).

El SISPI se estructura en cinco componentes fundamentales: sabiduría ancestral; componente político-organizativo; formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud; administración y gestión; y cuidado de la salud propia e intercultural (8,10). No obstante, en el pueblo Arhuaco la sabiduría ancestral constituye el pilar fundamental de toda la vida comunitaria. Por esta razón, dentro de su concepción del sistema de salud indígena, y en coherencia con la protección de los saberes tradicionales, la sabiduría ancestral no es considerada un componente aislado, sino un eje transversal que orienta todos los procesos. Adicionalmente, este conocimiento no es susceptible de divulgación, dado que forma parte de la Ley de Origen y del orden espiritual propio del pueblo Arhuaco (33).



Tomado de: Presentación de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación

Desnutrición

La desnutrición en menores de cinco años constituye un problema de salud pública de gran relevancia tanto en Colombia como a nivel mundial. Esta condición es el resultado de un desequilibrio entre el consumo y los requerimientos de nutrientes, el cual puede originarse por un déficit en la ingesta, una alimentación inadecuada o la coexistencia de enfermedades que afectan los procesos de alimentación, absorción o aprovechamiento de los nutrientes (34).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la desnutrición se manifiesta de diferentes formas, entre las que se incluyen la desnutrición aguda —asociada al indicador peso para la talla—, el retraso en talla —definido mediante el indicador talla para la edad— y las deficiencias de micronutrientes. La desnutrición aguda representa la forma más grave, dado que compromete múltiples procesos vitales en la infancia y se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad hasta nueve veces mayor en comparación con niños sanos (34).

La desnutrición tiene un origen social y constituye un indicador de pobreza y desigualdad, con un marcado carácter intergeneracional. La desnutrición durante la primera infancia incrementa la mortalidad, la susceptibilidad a enfermedades y genera consecuencias negativas en la salud y el desarrollo cognitivo a lo largo del ciclo de vida (34).

Existe una relación estrecha entre la desnutrición y la inseguridad alimentaria, afectando de manera predominante a niños y niñas. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la seguridad alimentaria se alcanza cuando las personas tienen acceso permanente a alimentos suficientes, seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades y preferencias alimentarias, permitiéndoles llevar una vida sana y activa. Por el contrario, la inseguridad alimentaria se presenta cuando la ingesta de alimentos resulta insuficiente, ya sea de forma transitoria, estacional o crónica (35).

En Colombia, se ha documentado una mayor prevalencia de desnutrición en territorios con altos índices de inseguridad alimentaria, los cuales corresponden mayoritariamente a territorios con presencia de población indígena y otros grupos étnicos (36). De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN) 2015, la prevalencia de retraso en talla, desnutrición aguda y desnutrición global es significativamente mayor en la población indígena en comparación con el promedio nacional (37).

En el año 2023, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) evaluó la experiencia de inseguridad alimentaria y su gravedad en Colombia mediante la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria (FIES), una herramienta desarrollada por la FAO que mide el acceso a alimentos en términos de cantidad y calidad. Este instrumento concibe la inseguridad alimentaria como un proceso progresivo que inicia con la preocupación por el acceso a los alimentos, continúa con la reducción en la calidad y diversidad de la dieta, seguido de la disminución en la cantidad de alimentos consumidos y, finalmente, la experiencia del hambre (38).

Como resultado de esta medición, se evidenció que la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en los hogares colombianos fue del 28,1%, cifra que se incrementa de manera considerable en departamentos como Cesar (41,1%), Magdalena (45,3%) y La Guajira (59,7%). En cuanto a la inseguridad alimentaria grave, la prevalencia

nacional fue del 4,9%, mientras que en Cesar alcanzó el 9,4%, en La Guajira el 17,5% y en Magdalena el 10,4%. En la población indígena, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave fue del 46,3%, superando ampliamente el promedio nacional (38).

Tabla. 5

Retraso en la talla de población

| | Retraso en la talla | Desnutrición aguda | Desnutrición global |
|--------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Cesar | 11.4% | | |
| La Guajira | 26.1% | | |
| Magdalena | 12.9% | | |
| Población Indígena | 29.6% | 2.9%* | 7.2%** |
| Colombia | 10.8% | 1.6% | 3.1% |

Tomado de Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015 (39).

* Coeficiente de variación igual o mayor a 15 % y menor a 20 %, la precisión es aceptable

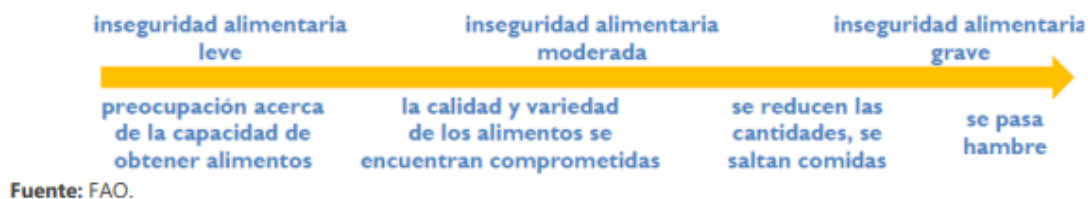
** Coeficiente de variación igual o mayor a 30 %, la precisión es muy baja y por lo tanto la estimación debe ser usada con precaución.

En el año 2023 el DANE midió la experiencia de Inseguridad alimentaria y su gravedad en Colombia a partir de la Escala FIES, que mide el acceso a alimentos en cuanto a cantidad y calidad, esta es una herramienta de la FAO (40).

La inseguridad alimentaria es un proceso, este empieza desde una inquietud por la consecución de alimentos suficientes, a lo cual prosigue una modificación de la dieta, en la cuál se disminuye la calidad y variedad de alimentos, una fase posterior implica la reducción de la cantidad de alimentos y por último las personas experimentan el hambre. (40).

Figura. 1.

Modelo conceptual de experiencias de inseguridad alimentaria y niveles de gravedad



Tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (40).

Esta conceptualización de la inseguridad alimentaria deriva en las 8 preguntas de las cuales se compone el cuestionario, las cuales se presentan a continuación (40).

Figura. 2

Preguntas de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (cuestionario encuesta nacional de calidad de vida)

| Durante los últimos 12 meses, DEBIDO A LA FALTA DE DINERO U OTROS RECURSOS hubo algún momento en que usted u otra persona del hogar: | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|---------------------|----------------------|
| Fraseo del ítem | Opciones de respuesta | | | Experiencia |
| 1. Se preocupó por no tener suficientes alimentos para comer | Sí | No | No sabe/ no informa | Preocupado |
| 2. No pudo comer alimentos saludables y nutritivos | Sí | No | No sabe/ no informa | Saludable |
| 3. Consumió poca variedad de alimentos | Sí | No | No sabe/ no informa | Poca variedad |
| 4. Tuvo que saltar una comida (desayuno, almuerzo, comida o cena) | Sí | No | No sabe/ no informa | Saltó comidas |
| 5. Comió menos de lo que pensaba que debía comer | Sí | No | No sabe/ no informa | Comió menos |
| 6. El hogar se quedó sin alimentos | Sí | No | No sabe/ no informa | Sin alimentos |
| 7. Tuvo hambre pero no comió | Sí | No | No sabe/ no informa | Sintió hambre |
| 8. No comió en un día entero | Sí | No | No sabe/ no informa | Día entero sin comer |

Fuente: FAO.

Tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] (40).

Como resultado de la aplicación de la encuesta, se encontró que en Colombia la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave en los hogares es del 28.1%, cifra que es considerablemente mayor en los departamentos de Cesar (41,1%), Magdalena (45,3%) y La Guajira (59,7%). En cuanto a la prevalencia de inseguridad alimentaria grave, a nivel nacional es de 4.9%, mientras que en Cesar es del 9.4%, en La Guajira del 17.5% y en Magdalena del 10.4%. Enfocando el indicador en la población indígena, la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave fue del 46.3%, porcentaje que excede considerablemente la cifra nacional (40).

La sierra Nevada de Santa Marta se ubica en los departamentos de Magdalena, Cesar y Guajira. El Pueblo Arhuaco se

En 2023 los hogares cuyo jefe se autoreconoce como indígena tuvieron mayor probabilidad de vivir inseguridad alimentaria moderada o grave (39,3%)

Dusakawi EPSI

Según datos propios de la EPS Dusakawi a 15 de Julio de 2025 se han reportado 80 casos de desnutrición en menores de 5 años, distribuidos a nivel territorial de la siguiente manera:

| Municipio | Casos reportados |
|--------------|------------------|
| Pueblo Bello | 53 |
| Valledupar | 27 |

En la vigencia 2024 se reportaron a SIVIGILA los siguientes casos

| Municipio | Casos reportados |
|--------------|------------------|
| Pueblo Bello | 113 |
| Valledupar | 45 |

Marco Teórico

Marco Normativo

La resolución 2465 de 2016 determina los patrones de crecimiento para el diagnóstico nutricional en menores de 5 años en concordancia con la OMS (41).

La resolución 2350 de 2020 establece los parámetros para el abordaje de la desnutrición aguda en el territorio nacional (41).

La circular 0014 de 2016 expedida por el INS reconoce la desnutrición como un evento de importancia en Colombia y por ende rescata la relevancia de su vigilancia. (41).

Estado Nutricional

El estado nutricional evidencia el desarrollo físico, intelectual y emocional de las personas, por lo que se entiende como un indicador de calidad de vida, así como guarda una relación estrecha con la salud, alimentación, y aspectos estructurales como el socioeconómico, ambiental, cultural, etc. (41).

La antropometría es una herramienta utilizada por la medicina occidental para el establecimiento del estado nutricional y se basa en las mediciones del cuerpo, sus partes y proporciones (42).

La valoración del estado nutricional desde el punto de vista occidental requiere la medición de ciertos parámetros antropométricos como el peso, la talla, el perímetro cefálico, el perímetro braquial que permiten construir una serie de indicadores que evidencian el estado nutricional. (42).

Estos indicadores se analizan de acuerdo a patrones de referencia definidos por la OMS en el 2006, los cuales se basan en un estudio multicéntrico realizado en Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y EE.UU. Estos patrones constituyen una aproximación a cómo debería ser el crecimiento óptimo siguiendo prácticas saludables (42).

En este sentido, los indicadores utilizados para hacer la clasificación antropométrica del estado nutricional en menores de 5 años en Colombia son (42).

- Peso para la talla

- Talla para la edad
- Perímetro cefálico
- Índice de masa corporal
- Peso para la edad

Con el uso de estas medidas se han constituido una serie de puntos de corte que contribuyen al diagnóstico de desviaciones en los patrones, como lo son la desnutrición y el exceso de peso, los cuales se ven reflejados en la siguiente cuadro.

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

| Indicador | Punto de corte (desviaciones estándar DE.) | Clasificación antropométrica | Tipo de Uso |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| Peso para la Talla (P/T) | > +3 | Obesidad | Individual y Poblacional |
| | > +2 a ≤ +3 | Sobrepeso | |
| | > +1 a ≤ +2 | Riesgo de Sobrepeso | |
| | ≥ -1 a ≤ +1 | Peso Adecuado para la Talla | |
| | ≥ -2 a < -1 | Riesgo de Desnutrición Aguda | |
| | < -2 a ≥ -3 | Desnutrición Aguda Moderada* | |
| | < -3 | Desnutrición Aguda Severa* | |
| Talla para la Edad (T/E) | ≥ -1 | Talla Adecuada para la Edad. | Individual y Poblacional |
| | ≥ -2 a < -1 | Riesgo de Talla Baja | |
| | < -2 | Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla | |
| Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E) | > +2 | Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo | Individual y Poblacional |
| | ≥ -2 a ≤ 2 | Normal | |
| | < -2 | Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo | |
| IMC para la Edad (IMC/E) | > +3 | Obesidad | Poblacional |
| | > +2 a ≤ +3 | Sobrepeso | |
| | > +1 a ≤ +2 | Riesgo de Sobrepeso | |
| | ≤ +1 | No Aplica (Verificar con P/T) | |
| Peso para la Edad (P/E) | > +1 | No Aplica (Verificar con IMC/E) | Poblacional |
| | ≥ -1 a ≤ +1 | Peso Adecuado para la Edad | |
| | ≥ -2 a < -1 | Riesgo de Desnutrición Global. | |
| | < -2 | Desnutrición Global | |

* El total de menores de cinco años con desnutrición aguda se obtiene al sumar la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda severa.

El perímetro del brazo es un indicador complementario que permite ver el riesgo de mortalidad por desnutrición, este se mide en los niños desde los 6 a los 59 meses. Cuando es menor a 11,5 cm se debe ingresar al niño en la ruta específica y seguir el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda que se describe en la resolución 5406 de 2015 (42).

El diagnóstico de desnutrición requiere una valoración clínica completa, que comprenda una historia clínica detallada, examen físico y valoración antropométrica, estos pasos deben tenerse en cuenta en cada una de las aproximaciones de los niños a los servicios de salud (43).

Dentro de la anamnesis es necesario consignar la evaluación nutricional, médica, familiar y social de los menores con el fin de hacer una aproximación integral a su estado de salud. Es indispensable calcular adecuadamente la edad, evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, y los posibles síntomas asociados con desnutrición. Adicionalmente, se debe hacer un registro de la totalidad de los antecedentes, dentro de los cuales es relevante conocer acerca de la lactancia materna y la alimentación complementaria, así como los hábitos alimenticios del menor. Por último, es relevante incluir factores socioeconómicos del menor y su familia (43). En el examen físico es importante identificar signos que sugieran alguna enfermedad y poder determinar el grado de desnutrición, por lo que este examen debe ser completo, es importante tomar los signos vitales, medidas antropométricas, hacer valoración por órganos y sistemas (43).

A continuación se muestran algunos de los signos clínicos presentes en menores con desnutrición severa.

Figura 5.

Signos clínicos en desnutrición aguda

| Segmento corporal | Marasmo | Kwashiorkor |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cara | • Lívida, delgada. | • Fascies lunar. |
| Ojos | • Secos, conjuntiva pálida, manchas de Bitot. | |
| Boca | • Estomatitis angular, queilitis, glositis, encías hipertróficas y sangrantes, aumento de tamaño de parótidas. | |
| Dientes | • Esmalte moteado, erupción tardía. | |
| Cabello | • Atrofia de cabello. | • Despigmentado, fino, seco, opaco, alopecia, quebradizo, bandas de color. |
| Piel | • Seca. • Plegadiza (le sobra piel). Sin dermatosis. | • Seca con hiper o hipopigmentación difusa. • Dermatitis pelagroide. • Lesiones intertriginosas. • Dermatitis escrotal y vulvar |
| Uñas | • Coiloniquia, placas de uñas finas y blandas, fisuras, líneas. | |

| Segmento corporal | Marasmo | Kwashiorkor |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Pérdida de Peso | • Marcada. | • Peso no confiable por presencia de edema. |
| Sistema muscular | • Hipotrofia o atrofia muscular generalizada. | • Hipotrofia muscular. |
| Edema | • Sin edema. | • Siempre hay presencia de edema nutricional, sea leve, moderado o severo. |
| Panículo adiposo | • Ausencia. | • Presente pero escaso. |
| Abdomen | • Ruidos intestinales disminuidos | • Hepatomegalia, esteatosis. |
| Neurológico | • Irritable, llora mucho. • Retraso global del desarrollo, pérdida de reflejos patetales y talares, compromiso de memoria. | • Adinamia, apatía, irritabilidad, indiferencia por el medio, tristeza. |
| Hematológico | • Palidez, petequias, diátesis sangrante. | |

La valoración clínica es herramienta para la confirmación del diagnóstico y la clasificación de la desnutrición aguda. Es indispensable establecer si al momento del diagnóstico si hay evidencia o riesgo de complicaciones. Las siguientes condiciones son consideradas una urgencia vital y requieren tratamiento inmediato: hipoglucemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, anemia severa, pérdida de continuidad, extensión y tipo de compromiso de la piel, infección respiratoria, sepsis, neuroinfección e infección urinaria, diarrea aguda o persistente, signos de enfermedad grave, o estado de choque (43).

Abordaje de la desnutrición desde la medicina occidental

La resolución 2350 de 2020 determina el lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en la primera infancia, niños y niñas con edades entre los 0 y 59 meses de edad (43).

El abordaje de la desnutrición, ya sea moderada o severa puede hacerse intrahospitalario o ambulatorio dependiendo de acuerdo a la valoración clínica y la prueba de apetito con Fórmula Terapéutica Lista para el Consumo (FTLC), ya que la pérdida de

apetito se constituye como un signo inicial de complicación en casos de desnutrición, además se asocia con procesos infecciosos y metabólicos e impide la recuperación nutricional (43).

La prueba de apetito se evalúa de acuerdo a la cantidad consumida por el menor, la cuál tiene unos mínimos esperados para su edad y peso, los cuales podrían contribuir a su recuperación ambulatoria y supervisada por el talento humano en salud, de lo contrario si no se cumplen los mínimos, será requerido manejo intrahospitalario (43).

A continuación se muestran los criterios de evaluación de la prueba de apetito.

Figura. 7.

Criterios para la evaluación de la prueba de apetito.

| Edad | Peso Kg | Consumo mínimo FTLC | POSITIVA | | NEGATIVA | |
|--------------|-----------|---------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| | | | Observación | Conducta a seguir | Observación durante 15 minutos | Conducta a seguir |
| 6 a 59 Meses | 4 - 6.9 | ¼ de sobre | Recibe con agrado la FTLC. | Manejo ambulatorio. | Come menos de lo esperado o se niega a consumir la FTLC a pesar del ayuno, el tiempo y el ambiente propicio para la prueba. | Manejo hospitalario. |
| | 7 - 9.9 | 1/3 de sobre | | | | |
| | 10 - 14.9 | ½ sobre | | | | |

Posterior a la realización de la prueba, se determina que el niño puede tener manejo ambulatorio si cumple con los siguientes criterios (43).

Figura 8

Criterios de buen manejo ambulatorio (niños)

Después de determinar previamente en TODOS los niños de 6 a 59 meses:

- Peso para la talla
- y
- Presencia de edema
- y
- Perímetro del brazo
- y
- Valoración clínica integral

Si encuentra UNO de los siguientes

- Puntaje Z de P/T menor de -2 DE.
- Edema grado 1 (+) o 2 (++)
- Perímetro del brazo menor de 11.5 cm

Y además presenta TODOS los siguientes:

- Activo, reactivo, consciente
- Sin complicaciones médicas o comorbilidad aguda
- Prueba de apetito positiva

Los criterios para dar manejo intrahospitalario son los siguientes: (43).

Después de determinar previamente en TODOS los niños de 6 a 59 meses:

- Peso para la talla
- y
- Presencia de edema
- y
- Perímetro del brazo
- y
- Valoración clínica integral

Si encuentra UNO de los siguientes

- Puntaje Z de P/T menor de -2 DE.
- Algún grado de edema
- Perímetro del brazo menor de 11.5 cm

Si el niño presenta UNA de las siguientes condiciones que aumentan la morbimortalidad:

- Niño menor de 6 meses de edad
- Niño mayor de 6 meses de edad y que pese menos de 4 kilos.
- Está inconsciente, letárgico, hipoactivo o convulsiona
- Edema nutricional severo(+++)
- Diarrea, vómito persistente rechazo de la vía oral con riesgo de deshidratación.
- Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad.
- Niño menor de 2 meses: 60 respiraciones por minuto
 - Niño de 2 a 11 meses: 50 respiraciones por minuto
 - Niño de 12 meses a 5 años: 40 respiraciones por minuto
- Temperatura axilar menor 35.5°C o mayor 38°C
- Lesiones ulcerativas y liquenoides en más del 30 % de la superficie cutánea
- Hemoglobina menos de 4 g/dl
- Hemoglobina menos de 6 g/dl con signos de esfuerzo respiratorio o aumento en la frecuencia cardíaca
- Prueba de apetito negativa o no puede beber o tomar el pecho
- Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.

En concordancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este lineamiento propone usar la FTLC en el manejo ambulatorio de desnutrición aguda moderada o severa en niños de 6 a 59 meses sin complicaciones y aquellos en proceso de rehabilitación posterior al egreso hospitalario. Esta es considerada una buena

fuerza de proteínas, micronutrientes y energía acorde a los requerimientos de los niños con desnutrición (43).

Por su parte la Fórmula Terapéutica F-75 está indicada para el manejo hospitalario de niños de 0 a 59 meses de edad con desnutrición aguda. esta aporta 75 kcal por cada 100 ml de fórmula (43).

Posterior a la definición del escenario de manejo el tratamiento se realiza en 3 fases. Los casos tratados hospitalariamente se debe iniciar con la fase de estabilización, en caso de manejo ambulatorio se inicia en rehabilitación

Análisis de necesidades

A continuación se presentan un resumen de las necesidades percibidas, expresadas, normativas y relativas del pueblo Arhuaco frente a la desnutrición infantil.

Necesidades percibidas: Para la comunidad de nabusimake del pueblo arhuaca, diseñar una ruta de atención de niños con alteraciones nutricionales donde se tenga en cuenta el sentir de la comunidad es una necesidad. si bien muchas de las conclusiones dadas en el documento parten del diario vivir y diálogo comunitario pero retroalimentado del ejercicio diario de la atención. Para la comunidad es necesario el diseño de la ruta de atención intercultural que de alguna manera corresponda al sentir del pueblo.

Necesidades expresadas: Según datos propios de la EPS Dusakawi, durante los seis primeros meses del 2025, se reportaron 80 nuevos casos de desnutrición aguda en menores de 5 años en el territorio. La secretaria municipal de pueblo bello con datos epidemiológicos a corte de semana 30 del año 2025 es de 54 casos notificados al SIVIGILA como evento 113, desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años. de la cuales, el 97% pertenece a la etnia arhuaca.

Necesidades normativas: Aparecen en la Constitución Política de Colombia en sus artículos 7 que reconoce la diversidad étnica y cultural, 49 del derecho fundamental a la salud y 330 autonomía de los pueblos indígenas para gestión de sus asuntos propios. En el cumplimiento del convenio 169 de la OIT donde se debe contar con la participación de mamus, autoridades y gunamus en las decisiones del pueblo Arhuaco. En el Decreto 1953 que normatiza el SISPI. En la Circular 011 del 2018 que promueve la construcción del

SISPI y en los lineamientos nacionales de ICBF sobre recuperación nutricional con enfoque comunitario.

Necesidades relativas: Varias fuentes han reportado la prevalencia de desnutrición desproporcionada en poblaciones indígenas y las estadísticas nacionales muestran esta realidad para el pueblo Arhuaco.

Objetivos

General

Diseñar una ruta de atención integral e intercultural para niños arhuacos con desnutrición aguda

Específicos

Comprender el concepto de salud y desnutrición desde la cosmovisión del pueblo arhuaco

Describir el abordaje en salud intercultural de la desnutrición en el pueblo arhuaco

Identificar los puntos de encuentro y divergencias entre la salud propia y la salud occidental en el abordaje de la desnutrición.

Metodología

Tipo y enfoque

El presente proyecto tiene un enfoque etnográfico e intercultural. Se desarrolla desde la perspectiva de un observador interno, dado que el autor es miembro del pueblo Arhuaco y médico formado en el sistema de salud occidental, lo que permite un análisis situado y reflexivo de los procesos de salud, enfermedad y desnutrición en el territorio.

El enfoque etnográfico posibilita comprender la desnutrición infantil no solo como un evento biomédico, sino como una expresión de desequilibrios espirituales, territoriales, familiares y comunitarios, enmarcados en la Ley de Origen del pueblo Arhuaco. Asimismo, el enfoque intercultural se fundamenta en la complementariedad de saberes, reconociendo que el conocimiento ancestral prima en el territorio y que la biomedicina

actúa como un saber que acompaña, sin imponer ni sustituir los sistemas propios de cuidado.

El proyecto se orienta a la construcción de una propuesta aplicada —una ruta de atención integral e intercultural— que surge del diálogo entre la medicina tradicional Arhuaca, la experiencia comunitaria y los lineamientos técnicos del sistema de salud occidental.

Población objetivo

El Pueblo Arhuaco se asienta en los departamentos de Cesar, La Guajira y Magdalena, en la Sierra Nevada de Santa Marta, en un espacio delimitado entre las cuencas altas de los ríos Aracataca, Fundación y Ariguaní. (Identificación del estado de alcance).

Según datos del 2018, el pueblo Arhuaco contaba con una población de 34.711. La población objetivo está constituida por niños y niñas del pueblo Arhuaco menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición aguda, pertenecientes principalmente a la comunidad de Nabusímake y otros asentamientos del territorio Arhuaco en la Sierra Nevada de Santa Marta.

De manera complementaria, el proyecto involucra como actores clave a:

- Madres, padres y cuidadores de los niños y niñas.
- Mamus, akumamas y sabedores tradicionales.
- Autoridades indígenas y líderes comunitarios.
- Personal de salud intercultural vinculado a la IPSI Wintukwa, Dusakawi, y al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

La inclusión de estos actores responde a la concepción colectiva de la salud del pueblo Arhuaco, donde el bienestar infantil es inseparable del equilibrio familiar, comunitario, espiritual y territorial.

Ámbito o área de intervención

El ámbito de intervención del estudio es el territorio ancestral del pueblo Arhuaco en la Sierra Nevada de Santa Marta, con énfasis en la comunidad de Nabusímake, reconocida como centro político, espiritual y organizativo del pueblo Arhuaco.

La propuesta se desarrolla principalmente en espacios propios del territorio, tales como:

- La Casa de Medicina Tradicional de Nabusímake.
- Los kadukos y otros espacios de consulta y sanación espiritual.
- Escenarios comunitarios como asambleas, reuniones de autoridades y juntas médicas interculturales.
- Centro de salud

Este ámbito territorial no se concibe únicamente como un espacio geográfico, sino como un espacio vivo y sagrado, regido por la Ley de Origen, donde el territorio ejerce autoridad y define las pautas para los procesos de salud, nutrición y sanación.

En consecuencia, la intervención se plantea desde el respeto a la autonomía territorial y al gobierno propio, evitando la deslocalización de los procesos de atención y privilegiando el cuidado desde el lugar donde se produce la vida.

Estrategias y actividades

1. Comprender el rol del autor del proyecto como parte del sistema de conocimiento y del sistema de salud en territorio.

Actividad orientada a identificar y reflexionar sobre el rol del autor como sujeto situado dentro del proyecto, reconociendo que su experiencia, trayectoria y

perspectiva inciden en el análisis, la interpretación de la información y los resultados del proyecto.

2. Analizar el concepto de salud y desnutrición desde la cosmovisión del pueblo Arhuaco y desde la biomedicina.

Actividad dirigida al análisis del concepto de salud y desnutrición desde la vivencia actual, la cosmovisión del pueblo Arhuaco y desde la biomedicina, con el fin de identificar puntos de convergencia, tensiones y posibilidades de complementariedad entre ambos enfoques.

3. Realización de espacios de diálogo y concertación con Mamus y autoridades indígenas en salud de la Sierra Nevada de Santa Marta, orientados a la validación del enfoque del proyecto.

Realización de espacios de diálogo y concertación con Mamus y autoridades indígenas en salud de la Sierra Nevada de Santa Marta, orientados a validar el enfoque del proyecto, garantizar su pertinencia cultural y asegurar el respeto por la autonomía y el orden propio del territorio.

4. Participación en el diplomado de salud intercultural

Participación activa en el diplomado de salud intercultural como espacio de formación y fortalecimiento conceptual, metodológico y normativo, que contribuye a la cualificación del enfoque intercultural del proyecto y a la articulación entre sistemas de conocimiento.

5. Integración del conocimiento para desarrollar la ruta

Actividad orientada a integrar los aprendizajes, saberes ancestrales, aportes biomédicos y resultados del diálogo intercultural, con el propósito de diseñar y estructurar una ruta de atención integral e intercultural coherente con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Matriz de Marco Lógico

Figura. 8.

Matriz de marco logico

| Proyecto: Construcción de una ruta intercultural de atención en salud y nutrición para el pueblo Arhuaco | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Fin | | | |
| Resumen narrativo | Indicadores verificables | Medios de verificación | Supuestos |
| Contribuir al fortalecimiento de la salud y la nutrición infantil del pueblo Arhuaco desde un enfoque intercultural, en armonía con la Ley de Origen y el SISPL. | • Ruta intercultural formulada | • Documento final del proyecto. | • Voluntad institucional de respetar el enfoque intercultural. |
| | • Reconocimiento del enfoque propio en el abordaje nutricional. | • Actas de validación comunitaria. | • Continuidad del gobierno propio. |
| Propósito | | | |
| Resumen narrativo | Indicadores verificables | Medios de verificación | Supuestos |
| Diseñar una ruta de atención integral e intercultural para la desnutrición infantil en el territorio Arhuaco, construida desde el diálogo entre la cosmovisión indígena y la biomedicina. | • Ruta diseñada con participación de autoridades indígenas. | • Documento de la ruta. | • Participación activa de Mamus y autoridades. |
| | • Incorporación explícita del saber territorial. | • Actas de concertación con autoridades. | • Reconocimiento del saber propio como eje del proceso. |
| Componentes / Resultados | | | |
| Componentes | Indicadores | Medios de verificación | Supuestos |
| 1. Marco conceptual intercultural consolidado | • Documento conceptual elaborado. | • Marco teórico del proyecto. | • Acceso a fuentes y saberes tradicionales. |
| 2. Enfoque del proyecto validado por autoridades indígenas. | • Jornadas de diálogo realizadas. | • Actas de reuniones. | • Disponibilidad de autoridades y sabedores. |
| | • Aprobación comunitaria. | • Registros de participación. | |
| 3. Ruta intercultural de atención estructurada | • Ruta definida y documentada. | • Documento técnico de la ruta. | • Articulación efectiva entre saberes. |
| Actividades | | | |
| Actividades | Indicadores | Medios de verificación | Supuestos |
| 1. Reconocimiento del rol del autor como sujeto situado. | • Análisis reflexivo elaborado. | • Apartado metodológico del documento. | • Apertura a la reflexividad crítica. |
| 2. Análisis del concepto de salud y desnutrición desde la cosmovisión Arhuaca y la biomedicina. | • Documento comparativo elaborado. | • Marco teórico y analítico. | • Disponibilidad de fuentes y saberes. |
| 3. Realización de espacios de diálogo y concertación con Mamus y autoridades indígenas en salud. | • Número de encuentros realizados. | • Actas, listas de asistencia. | • Condiciones de seguridad y logística. |
| | • Aportes incorporados. | | |
| 4. Participación en el diplomado de salud intercultural. | • Certificación obtenida. | • Certificado y notas de campo. | • Acceso al proceso formativo. |
| | • Contenidos integrados. | | |
| 5. Integración de conocimientos para desarrollar la ruta. | • Ruta construida colectivamente. | • Documento final del proyecto. | • Coherencia entre saberes y consenso comunitario. |

Supuestos generales

- Respeto por la autonomía del territorio y las decisiones de las autoridades indígenas.
- Reconocimiento de la primacía del saber del territorio.

- Estabilidad social y política en el territorio durante el desarrollo del proyecto.

Presupuesto

Recursos humanos

El desarrollo del proyecto se realizó principalmente con la participación directa del autor, quien asumió las funciones de diseño metodológico, revisión documental, análisis de información, participación en espacios de diálogo intercultural y sistematización de resultados, guiado por su tutora de tesis.

Además, participaron autoridades indígenas, Mamus, expertos y miembros de la comunidad como guías y validadores del enfoque del proyecto. Esto no significó que establecieran contratos ni recibieran pagos, de acuerdo con los principios de autonomía y reciprocidad de la región.

Recursos materiales

Los recursos materiales utilizados correspondieron a herramientas básicas para el desarrollo académico del proyecto, tales como equipos de cómputo personal, software de procesamiento de texto, acceso a bibliografía digital, conectividad a internet y materiales de apoyo para el registro y sistematización de la información.

Estos recursos fueron provistos directamente por el autor, la Universidad del Rosario y la tutora del proyecto.

Recursos financieros

El proyecto no contó con financiación externa ni con recursos económicos provenientes de entidades públicas, privadas o de cooperación internacional. Todos los costos asociados a su desarrollo fueron asumidos directamente por el autor, sin que se generaran gastos significativos adicionales, dado el carácter académico, reflexivo y participativo del proceso.

Cronograma

El proyecto se desarrolló de manera progresiva y flexible, acorde con los tiempos académicos y los ritmos propios del diálogo intercultural y comunitario. Las actividades incluyeron la revisión bibliográfica, el análisis conceptual, la participación en espacios de formación en salud intercultural, el diálogo con autoridades indígenas en salud y la integración de conocimientos para la formulación de la ruta propuesta.

El cronograma fue ajustado de acuerdo con la disponibilidad de los actores involucrados y las condiciones territoriales, priorizando la calidad del proceso sobre el cumplimiento rígido de plazos.

Consideraciones éticas

El proyecto se desarrolló bajo principios éticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Siempre se basó en el profundo respeto y reconocimiento hacia el pueblo Arhuaco. Se respetó la autonomía del territorio, la autoridad propia y los sistemas de conocimiento ancestrales, evitando cualquier forma de imposición conceptual o metodológica.

El diálogo con autoridades indígenas, Mamus y sabedores se realizó desde el consentimiento informado colectivo, la escucha activa y el reconocimiento del carácter sagrado del conocimiento compartido. La información obtenida fue utilizada exclusivamente con fines académicos, garantizando un uso responsable y respetuoso, sin descontextualizar ni instrumentalizar los saberes propios.

Asimismo, el proyecto reconoce la posición del autor como sujeto situado, asumiendo una postura reflexiva frente a su rol y a la influencia de su experiencia y trayectoria en el análisis y los resultados, en coherencia con los principios de la investigación intercultural y ética.

Resultados

1. Comprender el rol del autor del proyecto como parte del sistema de conocimiento y del sistema de salud en territorio.

Ser parte del pueblo Arhuaco, y que la naturaleza nos dé tal responsabilidad de hermano mayor, es lo que me identifica como Zarán Nawiku Robles Izquierdo, parte del pueblo Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta. Ser Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta y, al mismo tiempo, médico formado en la medicina occidental, me ha llevado a realizar muchas reflexiones profundas sobre mi misión de vida, tanto personal como colectiva.

Nací en Nabusímake, la tierra donde nació el sol y de donde son mis padres. Cumplí las etapas de la vida que dan identidad a una persona. De todo esto surge la misión de tal responsabilidad. Como miembro del pueblo Arhuaco, entiendo que cada persona tiene una misión designada por los padres y madres espirituales, guiada por la Ley de Origen, que orienta nuestros ciclos de vida y fortalece nuestra identidad.

Mi nombre, Zarán Nawiku Robles Izquierdo, fue designado por un Mamu y significa *“puente entre mundos”*. Este nombre no es casual. Zarán Nawiku Robles Izquierdo es la representación de un cerro en los picos nevados y simboliza, o representa, intérprete de conocimientos. Ser “puente” representa la responsabilidad de conectar los saberes ancestrales de mi pueblo con los conocimientos del hermanito menor. Es decir, en este caso, la medicina occidental. Esto abre caminos de comprensión mutua y cooperación entre dos visiones del mundo que, aunque diferentes, buscan el mismo fin: preservar la vida y el equilibrio.

Esta misión comenzó desde mi familia, que siempre ha vivido de acuerdo con los principios espirituales y culturales del pueblo Arhuaco. Durante todo el proceso de formación familiar, pero también colectiva, y de haber estudiado en la Escuela Piñumuke y en el Colegio CIED Büsingekun, donde de alguna manera se busca dar continuidad a esa misión de vida, se fueron sembrando las bases de mi compromiso con la salud y la interculturalidad. Con el apoyo de mi madre, quien desde siempre soñó este camino para mí, y la orientación de los Mamü, comprendí que estudiar medicina occidental era una forma de fortalecer nuestra pervivencia como pueblo, sin perder nuestra identidad.

Posteriormente tuvo la oportunidad de venir a la Universidad del Rosario e iniciar estudios de pregrado en la Facultad de Medicina, siendo beneficiario de una beca para minorías étnicas. Siento que fue uno de los escenarios más retadores, en el cual aprendimos la biomedicina, sustentada en los protocolos de investigación y en el cuidado de la vida dado por el hermanito menor. Estudiar en este espacio fue una experiencia profundamente desafiante y enriquecedora, donde comprendí la importancia del conocimiento científico y de los protocolos biomédicos, pero también viví los choques culturales que surgen cuando una medicina intenta imponerse sobre otra.

Durante los seis años de formación, fui compartiendo con los Mamü y las autoridades de mi comunidad los aprendizajes y reflexiones que surgían en cada etapa. Ser médico occidental me ha dado la posibilidad de conocer las bases de la medicina occidental, tanto en las políticas de promoción y mantenimiento como en la posibilidad de diseñar rutas de complementariedad en el marco del saber ancestral del pueblo Arhuaco. Así, aprendí cómo se realiza una consulta, cómo funcionan las dinámicas hospitalarias, y a la vez mantuve el pensamiento Arhuaco como guía espiritual y ética.

Siendo así, y llevando el cumplimiento de la Ley de Origen, pude ejercer en la comunidad de Nabusímake como médico general de la comunidad. Reafirmando la labor diaria, comenzamos a notar que tenemos una obligación de salvaguardar los conocimientos ancestrales, ya que el conocimiento foráneo busca o encuentra a cada momento la forma de sobreponerse al resto. También entramos en conocer y ver las problemáticas en salud más frecuentes que tiene la comunidad de Nabusímake, siendo la más importante la morbilidad de niños menores de cinco años con desnutrición aguda, y, a partir de la experiencia, poder sacar conclusiones sobre la efectividad en el abordaje y manejo de cada uno de ellos.

La problemática de la desnutrición no es un tema nuevo en la comunidad de Nabusímake. Se ha tenido la oportunidad de implementar múltiples estrategias dirigidas por nuestros Mamos, ayudadas por instituciones no indígenas, como las entidades prestadoras de servicios, entidades de aseguramiento y programas estatales a cargo del ICBF, a nivel municipal y departamental. Sin embargo, es necesario analizar los resultados obtenidos.

En el año 2014 se realizó una recuperación nutricional en el sector de Ati Arumake, de aproximadamente 80 niños, dados por los mismos padres y con el

direccionamiento de las autoridades. En ese momento se contó con el apoyo de las instituciones propias del pueblo Arhuaco, así como de instituciones externas, logrando una recuperación total de los niños; sin embargo, con recaídas o reincidencias de los cuadros en un tiempo menor de seis meses.

En el año 2019 se dio apertura al Centro de Recuperación Nutricional Uraku Gumusinu Igunamusuya, en el centro de salud de Nabusímake, donde se hicieron protocolos internos acerca del manejo y del comportamiento familiar, proceso a cargo de las autoridades, en complemento con la IPSI. ¿Qué podemos reflexionar de esta experiencia? Se desarrollaron recuperaciones individuales y no colectivas, por lo que se entregaban recuperados a los niños, pero, como no se hacía ni se enseñaba a los padres, el índice o la probabilidad de recaída fue muy alta en un tiempo muy corto. Es importante ver que durante este proceso la medicina tradicional hizo un apoyo en el manejo integral; sin embargo, no era el actor principal de manejo.

Este nuevo proceso se realiza teniendo en cuenta todas las experiencias anteriores de la comunidad. Se busca que en la Casa de Medicina Tradicional, que representa geográficamente las condiciones reales de vida del día a día de cada familia, se realice una recuperación no solo individual, sino colectiva. Allí, la medicina tradicional, con su ambiente, es la que toma las decisiones, la que lleva la batuta, y donde, posteriormente a toda esta organización, desde la convivencia y desde la alimentación, el proceso es colectivo. Por ejemplo, una familia de un niño trae una auyama y otra trae dos huevos; se hace una misma comida, en la cual se comparte y se realiza el proceso de compartir.

Este trabajo etnográfico que realizo en la comunidad de Nabusímake nace de esta convicción. Desde el ejercicio médico y espiritual, he aprendido que, cuando existe una verdadera articulación entre los dos saberes, la medicina occidental puede ingresar al territorio como aliada, ayudando al fortalecimiento de las prácticas tradicionales y contribuyendo al bienestar colectivo del pueblo Arhuaco y de otros pueblos originarios.

2. Analizar el concepto de salud y desnutrición desde la vivencia actual, la cosmovisión del pueblo Arhuaco y la biomedicina.

El concepto de salud para el pueblo arhuaco está dado por el equilibrio, que contempla el territorio, los elementos que lo conforman y el ser humano enmarcado en el cumplimiento de la ley de origen. La enfermedad surge a partir del incumplimiento de la ley origen desde antes del amanecer. Como tal, la desnutrición surge a partir del incumplimiento y la falta de retribuciones.

Concepto de salud para el pueblo Arhuaco

Para el pueblo arhuaco la salud es el buen vivir que radica en el equilibrio físico y espiritual del ser humano con todos los elementos que lo rodean. Para poder mantener la salud es realizar el cumplimiento tradicional ya establecido en la ley de origen que se imparte en la educación propia del pueblo arhuaco.

Concepto de enfermedad para el pueblo arhuaco: la enfermedad surge como proceso de incumplimiento de la ley de origen que va a repercutir en el buen vivir de todos los elementos que conforman la naturaleza,

La forma de abordaje de las enfermedades es realizar trabajos espirituales con el objetivo de restablecer el desequilibrio.

Concepto Buen vivir desde el pueblo Arhuaco- Wintukwa de la Sierra Nevada de Santa Marta

Dentro de la cosmovisión del pueblo Wintukwa, en el principio todo lo existente se encontraba en su forma espiritual Anugwe, este mundo espiritual fue plasmado de forma física de acuerdo a un orden determinado en la Sierra Nevada de Santa Marta, designada como el corazón del mundo en representación del universo.

La Sierra Nevada de Santa Marta - NIWI UMUKE - es un territorio sagrado que contiene todo el conocimiento y los códigos milenarios que constituyen a la ley de origen y por ende permite mantener una conexión entre el espacio espiritual y físico. Los padres y madres espirituales en el inicio de la creación dieron a luz a muchos hijos, los hermanos que tuvieron la posibilidad de adquirir más conocimientos fueron designados para vivir en la Sierra Nevada y se consideran los hermanos mayores.

Los pueblos que habitan la Sierra - kogis, wiwas, kankwamos y arhuacos- son los encargados de proteger el territorio que contiene el mandato universal para poder garantizar el equilibrio y el ciclo normal de la vida de todo lo que existe, lo cual asegura su pervivir en el tiempo.

El territorio recibe el nombre de NIWI UMUKE, está contenido en tres departamentos Magdalena, Cesar y La Guajira, delimitados por la Línea Negra -SEYKATUNUMAKU-, la cual marca los límites entre el territorio sagrado respecto a los territorios de los hermanos menores. Es un lugar único que contiene todos los elementos del universo, conecta desde el mar y llega hasta los picos nevados, tiene la posibilidad de tener todos los pisos térmicos, y una amplia biodiversidad.

En el territorio ancestral se encuentran los KADUKOS que son los portales universales entre la parte física y la parte espiritual. Se interconectan generando un flujo del conocimiento a lo largo de toda la Sierra en forma de red. Cada KADUKO tiene funciones diferentes y complementarias que contribuyen a la pervivencia del todo, por lo que se requiere mantener un equilibrio constante para poder conservar la vida. Los KADUKOS pueden ser cualquier elemento de la naturaleza (atinkunus, morundwa, wiachuna), constituyen la cartografía ancestral y albergan la palabra universal, denominada KUNSAMU o Ley de origen.

Para el fortalecimiento del Pueblo Arhuaco se consideran cuatro pilares fundamentales, Gobierno, Cultura, Autonomía, y Territorio. El territorio es la expresión del KUNSAMU que asegura el conocimiento milenario para la pervivencia de la cultura. La cultura o identidad implica el cumplimiento del conjunto de valores contenidos en la ley de origen que determinan ser Arhuaco-Wintukwa, como el cumplimiento de la lengua, la vestimenta, el porte de los elementos tradicionales, entre otros.

En tercer lugar, se encuentra el gobierno, que son las formas como la naturaleza se expresa, las fuerzas espirituales que tienen la obligación de poder direccionar el ciclo normal de la vida del todo; el gobierno se representa en el mundo físico (TINA NA`BA) en las acciones de cumplimiento y direccionamiento propias de cada uno de los momentos o ciclos de vida. Por último, se encuentra la autonomía, que es el reflejo del cumplimiento de los tres pilares que la preceden, asegurando de esta manera el cumplimiento de la ley de origen y la pervivencia del todo en su integralidad.

Los Mamu y Akumamas son los líderes espirituales del pueblo Arhuaco, poseen el conocimiento ancestral y la capacidad de interactuar con los KADUKOS para conocer la ley de origen. Los Mamus y Akumamas son designados por los Padres y madres Espirituales desde el nacimiento, y a lo largo de la vida reciben una formación y el reconocimiento de la comunidad para consolidarse como tal.

El cumplimiento de la ley de origen dada a conocer al pueblo Arhuaco por medio de los Mamus y Akumamas, determina el BUEN VIVIR, que engloba el concepto occidental de salud. El BUEN VIVIR implica el equilibrio espiritual y físico de las interacciones en cuatro niveles esenciales, personal, familiar, comunitario, y como pueblo, además de la relación con todos los componentes del universo.

La vida es un ciclo que debe ser cumplido por todos los elementos del universo. En el caso de los seres humanos el ciclo de vida se compone de 4 momentos Zayunkuna o fecundación, Munseukuna o desarrollo, Gunseymuke o Matrimonio y Eysa o muerte. Dentro de cada uno de los momentos de la vida debe seguirse el cumplimiento de la ley de Origen que incluye la realización de los trabajos espirituales (GA-UNGAWUN) que permiten a las personas interactuar y retribuir al todo.

El incumplimiento de la ley de origen conlleva el desbalance físico, espiritual y de interacción del hombre con todo lo que lo rodea, lo cual causa o crea las enfermedades. Estas deben ser abordadas desde los conocimientos de la ley de origen, teniendo en cuenta aspectos físicos y espirituales con el direccionamiento de los Mamus, Akumamas y sabedores.

Ciclo de la vida y su relación con desnutrición

La consulta se desarrolla a nivel familiar, las preguntas pretenden verificar el cumplimiento de la ley de origen en cada una de las etapas de la vida, y de cada uno de los miembros de la familia. A continuación, se describen las generalidades de los momentos de la vida y las posibles preguntas a realizar en el marco de una consulta de desnutrición

ZAYUNKUNA

Es el primer momento de la vida, que transcurre desde la fecundación hasta el nacimiento. A continuación, se describen algunas de las preguntas que se realizan en el

marco del abordaje de la desnutrición, de acuerdo con algunos de los momentos importantes durante esta etapa de la vida.

- Es de vital importancia haber nacido en el territorio y que el parto se desarrolle en casa.

Respecto a la placenta – KANUKWAMU – se pueden hacer preguntas cómo ¿En qué lugar está?, ¿Se realizaron los trabajos espirituales requeridos con la placenta? En el caso de la desnutrición, se pueden producir las desarmonías por cualquiera de los factores mencionados previamente, por ejemplo, desconocimiento del lugar dónde se encuentra la placenta

MUNSEYMUKE

Esta segunda etapa, comprende desde el nacimiento hasta completar las cuatro etapas del desarrollo. Se deben preguntar factores propios del desarrollo de los padres, ya que si hay un incumplimiento del mandato de la ley de origen esto genera desequilibrios causantes de alteraciones como por ejemplo la desnutrición en los hijos

- El Bautizo – JWAKUSI – representa el reconocimiento espiritual en el territorio, este debe realizarse en el primer mes de vida, como máximo a los 2 meses, durante este tiempo se le da a cada persona su nombre, el cual se relaciona con su propósito de vida. Las preguntas deben guiarse hacia el cumplimiento de este momento de la vida. Se entrega el primer elemento de reconocimiento que hace parte del ser Arhuaco – JWAWIKA

El incumplimiento puede causar problemas en términos de salud, por ejemplo, en el caso de niños con desnutrición se debe preguntar por personas de la familia no bautizadas (generalmente 2 generaciones, aunque podrían ser más), o familias en las que no se realizó la dieta sexual.

- Por otro lado, se debe preguntar a los padres si se cumplió con la dieta sexual que hace parte de los cuidados espirituales del niño hasta el momento del bautizo
- Otro factor importante, es que el niño no haya sido vacunado al nacimiento, ya que esta práctica está permitida únicamente cuando se realiza después del del bautizo. En general, todas las acciones de medicina occidental deben realizarse posterior a este momento de registro universal.

- Desarrollo: mujeres desde la primera menstruación hasta terminar los 9 días, hombre desde la primera copulación hasta terminar los 9 días. Se deben realizar trabajos espirituales en este periodo. Al finalizar este periodo se entrega el segundo elemento de reconocimiento espiritual. En la mujer este periodo se denomina GORAWA y en el hombre JO BURU.

GUNSEYMUKE

La tercera etapa de la vida empieza después de haber terminado el proceso de armonización del desarrollo, abarca el matrimonio y el proceso de concepción. Esta etapa incluye las normas de comportamiento sexual, el matrimonio– JWAGAWÍ, el proceso de poder tener el primer hijo, y crianza de los hijos. En esta etapa si los padres no se han casado, esta puede ser una de las causas de desnutrición en el menor.

En el matrimonio se entregan los siguientes elementos claves, ACHOKWA (representa a la mujer) y AGOMU (representa al hombre). Después, inicia el proceso de la procreación.

El proceso del GUNSEYMUKE es cíclico, se repite con cada uno de los hijos que concibe cada pareja

Al terminar esta etapa de la primera procreación, se entrega el cuarto elemento de importancia espiritual, que en el hombre se llama MARUNSAMA JOBURU y en la mujer MARUNSAMA KURKUNA.

En los tiempos actuales, por las características del desarrollo y las actividades realizadas al inicio de este periodo de la vida, en ciertos casos no se realiza el matrimonio inmediatamente que termina el periodo del desarrollo, lo que genera desarmonías y repercute en la salud.

EYSA

Es la última etapa de la vida comprende el cumplimiento del desprendimiento del TINA NA`BA. EYSA se relaciona con la muerte de todos los elementos del universo, no solamente con la del ser humano. En caso de desnutrición, se realizan preguntas asociadas a la relación con diferentes tipos de muerte, como por ejemplo de los animales, los árboles, el agua, es por ello por lo que es necesario siempre hacer las retribuciones GA`UNGAWUN para prevenir las desarmonías

El cumplimiento de la ley de origen a través del ciclo de vida es responsabilidad familiar, es por ello por lo que los trabajos espirituales de los hijos hasta el desarrollo lo realizan los padres y posteriormente se empiezan a hacer los trabajos espirituales individuales.

Conocimiento en Salud

El conocimiento en salud se expresa en dos ámbitos: el espiritual (TIKURIGUN) y el físico (TINA NA`BA).

Para ser un actor en salud dentro del territorio indígena, se debe contar con la formación y el elemento MARUNSAMA que permite al actor interactuar con ambos espacios donde se expresa el conocimiento en salud. El elemento MARUNSAMA, es un certificado espiritual para el ejercicio de las actividades dentro del territorio del pueblo Arhuaco, en este caso en salud.

Actores en salud

En el marco de la ley de origen los actores fundamentales son los Mamus y Akumamas quienes interactúan e interpretan el conocimiento ancestral que proviene de NIWI UMUKE a través del KUNSAMU y orientan sus acciones principalmente en el ámbito espiritual (TIKURIGUN).

Los sabedores son los médicos tradicionales quienes actúan principalmente en el abordaje físico de la enfermedad (TINA NA`BA). Los sabedores se especializan en diversas ramas, dentro de las que se pueden encontrar parteras (cuidadoras de BUTIZAKU), conocedores de anatomía y fisiología humana (ZATWUSUYA), conocedores de plantas (PLANTAYOKUYA), entre otros.

El talento humano en salud intercultural se compone de los agentes formados en salud no indígena, que complementan el actuar de los actores en salud propia. El abordaje en salud se realiza de manera complementaria entre los actores en salud dependiendo de las necesidades, autonomía, identidad y preferencias del paciente.

Concepto de desnutrición

La Sierra Nevada de Santa Marta, como expresión del universo, contiene todo lo que existe, tanto el equilibrio relacionado con el cumplimiento de la ley de origen, como

los desequilibrios causados por su incumplimiento. Existen KADUKOS determinados que fueron creados desde antes del amanecer, en los cuales se deben realizar trabajos espirituales para conservar el equilibrio y evitar las fuerzas espirituales que representan las enfermedades; así mismo poder reestablecer el equilibrio en caso de desarmonías.

Existen lugares en el NIWI UMUKE que reciben el nombre de ZAKU MINTWA, los cuales representan el equilibrio relacionado con una los elementos que componen esencia de la vida del todo, especialmente aquellos que fluyen, como la sangre.

Es obligación realizar trabajos espirituales para poder retribuir al todo y evitar las alteraciones en la disponibilidad de estos elementos. Cuando se presenta un incumplimiento de la ley de origen, ZAKU MINTWA genera un desequilibrio en los elementos que fluyen, no solo en el cuerpo humano, sino que repercute en el bienestar del todo, incluyendo los elementos de la naturaleza.

El término desnutrición, no tiene traducción en la lengua Arhuaca -IKU-, es una alteración multifactorial, que se relaciona con el incumplimiento de la ley de origen, desde el TIKURIGUN hasta el TINA NA`BA, así como los cuatro niveles de cumplimiento, Individual, Familiar, Comunitario y como Pueblo

La desnutrición se relaciona con los desequilibrios en ZAKU MINTWA, los niños con los distintos tipos de desnutrición, se considera que tienen una falta de nutrientes en sus elementos que fluyen.

Por su parte, el cerro INARWA, es el padre de los alimentos. En este momento el cerro se encuentra ocupado por una base militar, lo cuál tiene implicaciones directas en el cumplimiento de la ley de origen, ya que no es posible realizar y depositar los trabajos espirituales de manera adecuada. Adicionalmente, esta ocupación interfiere con el flujo energético en el INARWA, lo que se relaciona directamente con la desnutrición representada en el todo, ya que los alimentos son parte fundamental de la vida. Los desequilibrios producto de la ocupación del INARWA, derivan en desnutrición, no solo de los seres humanos, sino de todos los elementos de la naturaleza, por ejemplo, los árboles pueden encontrarse desnutridos por esta causa.

Otra causa importante de desnutrición es la falta de sanación del agua, la cuál es una de las principales causas de diarrea y del mismo modo de desnutrición en los niños del

pueblo Arhuaco. La desnutrición no solo tiene causas espirituales, sino físicas, relacionadas con factores que se han descrito ampliamente en la literatura.

En la Sierra Nevada de Santa Marta es posible encontrar la conexión espiritual con cualquier lugar del mundo con el que se desee interactuar. Desde allí se puede ir a cualquier punto y hacer los trabajos espirituales necesarios, en un ejercicio de relación y armonización que trasciende lo territorial y se proyecta al equilibrio global.

Estos trabajos espirituales tienen como propósito garantizar la salud del universo, la educación del universo y la justicia del universo, entendidas no solo como condiciones humanas, sino como principios que sostienen la vida y el orden del mundo.

La Sierra Nevada es concebida como una farmacia de la salud universal, un territorio donde se encuentra todo lo que existe en el mundo, en términos de plantas, saberes, energías y conocimientos necesarios para el cuidado integral de la vida.

Desde esta perspectiva, recuperar el territorio y la Línea Negra no es únicamente un acto de reivindicación territorial, sino una acción fundamental para restablecer el equilibrio espiritual y material del universo. En este marco, la recuperación de espacios sagrados, y en particular del cerro Inarwa, es clave para mejorar de manera real y profunda la problemática de la desnutrición en el pueblo Arhuaco, al restituir las condiciones espirituales, culturales y territoriales que sustentan la vida y la alimentación.

Para solucionar la enfermedad, existen cuatro niveles de abordaje – personal, familiar, colectivo, pueblo.

Visión de la biomedicina desde el pueblo Arhuaco

Desde la perspectiva del pueblo Arhuaco, la biomedicina no es negada ni rechazada, pero tampoco constituye el eje central del cuidado de la salud. Se entiende como una necesidad puntual, a la que se recurre cuando los manejos propios de la medicina tradicional no han sido efectivos en el abordaje de una enfermedad. En este sentido, el orden del cuidado está definido: primero el Mamu y los sabedores, y solo posteriormente el médico, cuando la situación lo requiere. La biomedicina, por tanto, no es lo más importante, sino un complemento que puede ser útil en determinados contextos.

Sin embargo, hay un peligro cultural relacionado con su uso sin control, ya que puede poco a poco reemplazar los conocimientos ancestrales y cambiar la conexión espiritual con la enfermedad y la curación. Por esta razón, la biomedicina no se asume como primera opción, ya que hacerlo podría debilitar la autonomía cultural y el cumplimiento de la Ley de Origen.

Uno de los aspectos que genera mayor preocupación es la remisión fuera del territorio, especialmente en niños. Estas decisiones suelen estar acompañadas de temor e incertidumbre, ya que la salida del territorio se considera perjudicial para los procesos de sanación, particularmente en casos como diarrea, gripa y desnutrición. Para el pueblo Arhuaco, el territorio no es solo un espacio físico, sino un componente fundamental de la salud; alejar a los niños de él implica romper vínculos espirituales y comunitarios necesarios para su recuperación integral.

Con el paso del tiempo, el pueblo Arhuaco se ha ido acostumbrando a participar en actividades sugeridas por la biomedicina, especialmente a través de programas institucionales. No obstante, la integración entre ambos sistemas de salud resulta compleja. Los programas biomédicos suelen condicionar el accionar de la comunidad, estableciendo lógicas, tiempos y procedimientos que no siempre dialogan con la organización propia ni con los ritmos del territorio.

En el caso específico de la desnutrición, la biomedicina ha priorizado el uso de fórmulas y protocolos estandarizados, centrados en la recuperación individual del niño. Desde la mirada Arhuaca, este enfoque resulta limitado, ya que no aborda las causas profundas del desequilibrio, ni incorpora el componente espiritual, familiar y territorial que para el pueblo es fundamental. La recuperación nutricional, desde la cosmovisión Arhuaca, no puede reducirse a la administración de una fórmula, sino que debe ser un proceso colectivo, territorial y culturalmente orientado.

En síntesis, la biomedicina es reconocida como una herramienta útil en determinados momentos, pero su uso debe darse desde una lógica de complementariedad y no de imposición, respetando la autoridad del territorio, el saber ancestral y la centralidad de la medicina tradicional en los procesos de salud y sanación del pueblo Arhuaco.

3. Realizar espacios de diálogo y concertación con Mamus y autoridades indígenas en salud de la Sierra Nevada de Santa Marta, orientados a la validación del enfoque del proyecto.

Como sujeto Arhuaco y médico, el camino para llegar a la construcción de esta ruta requiere un proceso previo de aprendizaje profundo, reflexión y diálogo, orientado al entendimiento de los ciclos de la vida y al cumplimiento de la Ley de Origen, que guía el equilibrio de la salud individual, familiar, comunitaria y territorial.

Este proceso implica la realización de reuniones de aprendizaje y profundización con los Mamus y Akumamus, especialmente en el kaduco, como espacio propio de pensamiento, orientación y toma de decisiones. Son ellos quienes poseen el conocimiento espiritual y ancestral necesario para comprender el origen de las enfermedades, los desequilibrios del territorio y las rutas de sanación que deben ser respetadas antes de cualquier intervención externa.

De manera complementaria, se hace necesario el diálogo con los mayores y mayoras, personas que superan los sesenta años y que guardan la memoria histórica del pueblo. A través de sus relatos y experiencias es posible comprender los cambios ocurridos en el territorio, en la alimentación, en las prácticas de cuidado y en las dinámicas de salud a lo largo del tiempo, elementos fundamentales para contextualizar la problemática actual.

Asimismo, la construcción de la ruta requiere reuniones con las autoridades y representantes del pueblo Arhuaco, entendidas no solo como encuentros técnicos, sino también como reuniones políticas y comunitarias, en las que se abordan de manera integral los temas de salud. En estos espacios se hablan de los aspectos técnicos de la biomedicina, pero siempre conectados con la visión local, la organización del territorio y las decisiones colectivas. Esto asegura que las acciones en salud respondan a las verdaderas necesidades de la comunidad y respeten su autonomía.

En conjunto, estos espacios de diálogo y concertación permiten que la ruta propuesta no sea una imposición externa. En cambio, es el resultado de un proceso colectivo, participativo e intercultural. En este proceso, el conocimiento tradicional, la experiencia de la comunidad y la información médica se combinan guiados por la Ley de Origen y la autoridad del territorio.

En los diálogos con los Mamus y las autoridades indígenas es importante recalcar que los espacios de encuentro responden a lógicas distintas. Para dialogar con las autoridades, generalmente las reuniones se realizan en oficinas; en cambio, para dialogar con los Mamus, estos encuentros deben llevarse a cabo en los kadukos, como espacios propios de pensamiento, orientación espiritual y toma de decisiones.

En este sentido, se es enfático en expresar que la desnutrición tiene un origen de tipo espiritual, y que, por lo tanto, el primer manejo que debe realizarse está orientado a restablecer el ciclo de la vida desde lo espiritual. Solo posteriormente, y de manera complementaria, es posible realizar las intervenciones físicas, en coherencia con el orden propio del pueblo Arhuaco y con la Ley de Origen.

4. Participación en el diplomado de salud intercultural

La participación en el diplomado constituyó una estrategia pedagógica fundamental para el fortalecimiento del enfoque intercultural del proyecto, al estar orientada a la transmisión del *kunsamu* o Ley de Origen a personal técnico y profesional del sector salud. Este espacio formativo me permitió traducir principios espirituales y culturales del pueblo Arhuaco en herramientas comprensibles para entender el sentido profundo.

El diplomado utilizó una metodología vivencial y simbólica, altamente pertinente para el aprendizaje del *kunsamu*. A través de ejemplos concretos, como el significado del cabello largo como representación de la vegetación y del vínculo con la naturaleza, se facilitó la comprensión de conceptos complejos relacionados con el equilibrio, el cuidado de la vida y la salud desde la cosmovisión Arhuaca.

Esta metodología resultó especialmente interesante y efectiva, ya que permitió al personal técnico en salud acercarse al conocimiento ancestral desde el respeto, la experiencia y la reflexión, y no únicamente desde un enfoque teórico. Asimismo, fortaleció las capacidades para el diálogo intercultural, al promover una comprensión más profunda de los fundamentos espirituales que orientan las prácticas de salud propias del pueblo Arhuaco.

El diplomado se culminó satisfactoriamente en el año 2025, consolidándose como un aporte clave para la articulación entre saberes ancestrales y biomedicina, y para el desarrollo de propuestas de salud intercultural coherentes con la Ley de Origen y la autonomía del territorio.

5. Integración del conocimiento para desarrollar la ruta

Articulación con el SISPI – Modelo de salud del pueblo Arhuaco

La ruta propuesta se articula con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) como modelo de salud del pueblo Arhuaco, reconociendo que este sistema constituye el marco fundamental para la organización, orientación y toma de decisiones en materia de salud dentro del territorio.

A nivel nacional, el SISPI se estructura a partir de cuatro ejes fundamentales:

1. Territorio, entendido como el espacio físico, espiritual y simbólico donde se origina y se sostiene la vida, y que constituye el principal determinante de la salud.
2. Identidad cultural, que recoge los valores, prácticas, creencias y saberes propios que orientan la comprensión de la salud, la enfermedad y la sanación.
3. Gobierno propio, como expresión de la autoridad y la organización política de los pueblos indígenas para decidir sobre su bienestar.
4. Autonomía, que garantiza la capacidad del pueblo para definir, administrar y gestionar sus propias acciones en salud, de acuerdo con la Ley de Origen.

El SISPI se desarrolla a través de componentes interrelacionados, entre los que se destacan:

- Sabiduría ancestral – *Kunsamu*, como fundamento espiritual y normativo que orienta el cuidado de la vida y el equilibrio del territorio.

- Componente político-organizativo, relacionado con la estructura propia de la salud y los mecanismos de toma de decisiones colectivas.
- Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud, que incluye tanto los saberes ancestrales como los conocimientos técnicos necesarios para la prestación de servicios.
- Educación y prevención, orientadas al fortalecimiento de prácticas de cuidado propias y a la protección de la vida desde edades tempranas.

En este marco, la salud se concibe desde una perspectiva integral, que articula el cuidado de la salud propia e intercultural. La salud propia se expresa en distintos niveles:

- Individual, centrada en la persona.
- Colectivo, que abarca la familia, la comunidad y el pueblo en su conjunto.

La salud intercultural, por su parte, implica la relación con el sistema de salud no indígena u occidental, reconociendo que es el pueblo Arhuaco quien define de manera autónoma cuáles acciones, prácticas o intervenciones en salud acepta, y bajo qué condiciones, evitando la imposición externa.

Finalmente, la administración y gestión de la salud se entienden como procesos propios, orientados a garantizar que los recursos, las acciones y los servicios respondan a las necesidades reales del territorio y se desarrollen en coherencia con la Ley de Origen, el gobierno propio y la autonomía del pueblo Arhuaco.

La pérdida de la identidad cultural del pueblo arhuaco por múltiples factores como lo son pérdida del territorio, relacionamiento permanente con otro tipo de sociedades, aplicación de políticas públicas sin una sensibilidad ni conocimiento del mundo arhuaco; han llevado a la generación de enfermedades y en este caso la desnutrición aguda de causa multifactorial.

Esto ha llevado a múltiples análisis desde las consultas espirituales por los mamus, en cabeza de las autoridades en reuniones comunitarias para evaluar procesos y retroalimentar nuevas formas de abordajes. Esto implica que los programas externos biomédicos se deben analizar y diseñar rutas claras de complementariedad con el objetivo de poder brindar una atención clara.

Es importante identificar los puntos de encuentro y divergencias entre la salud propia y la salud occidental en el abordaje de la desnutrición

El principio de la salud, en cualquier pueblo o sociedad, es salvaguardar la vida, tanto a nivel individual como colectivo. Esto hace que en las prácticas diarias del ejercicio de todo el personal de salud (tradicional o biomédico), este principio sea el mismo y el interés de sanar sea el mismo. Esto genera un punto de convergencia muy positivo para el manejo de las alteraciones nutricionales de los niños.

En el manejo de las alteraciones nutricionales, las personas de la comunidad consultan de manera paulatina a los diferentes actores en salud, iniciando con el Mamu, continuando con los médicos tradicionales y, por último, con los médicos occidentales. Por esta razón, se vuelve necesario fortalecer estos espacios de diálogo entre sistemas de conocimiento.

En la ruta sugerida, el reto y la proyección no solo se enfocan en establecer diálogos, sino también en crear reuniones interculturales, con el fin de considerar de manera completa todos los factores sociales que influyen en la salud. A partir del mandato territorial, estas juntas permitirían tomar las mejores decisiones, acordes con los usos y costumbres del pueblo Arhuaco.

Los puntos de divergencia frente al manejo de niños con alteraciones nutricionales entre la medicina tradicional y la medicina occidental parten, en gran medida, del no entendimiento o de la falta de flexibilización para reconocer que existen múltiples tipos de intervenciones posibles por parte de los diferentes actores en salud frente al abordaje que se realizará al paciente. La biomedicina intenta dominar el escenario de las intervenciones y considera que está haciendo grandes avances en interculturalidad por introducir algunas prácticas indígenas que realmente no denotan la cosmovisión de los pueblos (44).

Ruta de atención integral e intercultural para niños Arhuacos con desnutrición aguda

En coherencia con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), la autonomía del territorio y los principios de la cosmovisión indígena, esta guía se fundamenta en la concepción de la salud propia del pueblo Arhuaco. Desde esta mirada, la atención en salud se sustenta en una relación armónica y permanente con el territorio. Este es entendido como el espacio que produce el alimento, sostiene la vida y garantiza el equilibrio físico, espiritual y social. Este principio resulta incluso claro y comprensible desde la perspectiva occidental.

En este sentido, la presente guía se fundamenta en la cosmovisión del pueblo Arhuaco e incorpora, de manera complementaria y no impositiva, elementos de la medicina occidental para el manejo de la desnutrición en los niños Arhuacos, respetando el orden propio, la Ley de Origen y la autoridad del territorio.

Es importante señalar que, en comunidades rurales que dependen de la agricultura, la degradación del medioambiente y la pérdida de tierras son causas importantes de la desnutrición, ya que impactan directamente la producción de alimentos, las prácticas culturales y los ciclos de vida. Por ello, la atención de la desnutrición no puede reducirse a intervenciones clínicas individuales, sino que debe abordar los determinantes territoriales y culturales que la originan.

En el caso del pueblo Arhuaco, la recuperación del territorio debe contribuir de manera directa a la solución de la problemática de fondo. En particular, la recuperación del cerro Inarwa, como espacio sagrado y padre de los alimentos, resulta fundamental para restablecer el equilibrio territorial y espiritual, y para avanzar de forma real y sostenible en la superación de la desnutrición infantil.

Principios orientadores

1. La prevención es esencial y se basa en el cumplimiento de la ley de origen y debe ser guiada por Mamus y sabedores del pueblo Arhuaco.
2. La atención debe prestarse en el territorio de ser posible cumpliendo la ley de origen.

3. Los pacientes son autónomos de elegir la atención que desean y reciben por parte del personal de salud la información necesaria para ejercer su autonomía (tradicional y/o biomédica).
4. Se reconocen las prácticas y avances de la biomedicina para complementar y mejorar el manejo de los niños.
5. Las decisiones son colectivas
6. Las casas de medicina tradicional y los centros de salud son lugares para la atención de urgencias

Prevención

Estas prácticas se realizan en cada una de las comunidades de la Sierra Nevada de Santa Marta. Los trabajos espirituales son los que garantizan la salud; sin embargo, cuando una persona consulta por una desarmonía o porque siente algún malestar, el proceso de atención se desarrolla de la siguiente manera.

La consulta debe ser de tipo familiar, dependiendo del caso, e involucra al esposo o la esposa, a los padres y a los hijos, reconociendo que la enfermedad no es únicamente individual, sino que se expresa y se comprende en el marco de las relaciones familiares y comunitarias.

El abordaje es similar para todas las patologías, ya que parte de una comprensión integral de la vida y del equilibrio. Durante la consulta, se indaga por el origen territorial de la persona, a través de preguntas como: *¿de Tína Na'ba, sector o comunidad eres?*, lo que permite ubicar la desarmonía en relación con el territorio y sus vínculos espirituales.

Las preguntas se enmarcan en las cuatro etapas de la vida, lo que orienta el análisis del origen del desequilibrio. En este sentido, lo primero que debe hacerse es corregir espiritualmente el fragmento de la vida que está causando la desarmonía, para posteriormente evaluar, si es necesario, las manifestaciones a nivel físico de la enfermedad.

La medicina se desarrolla en el territorio, en cumplimiento de la Ley de Origen, y responde a una lógica propia en la que la sanación se concibe como un proceso integral, colectivo y profundamente vinculado al equilibrio espiritual, cultural y territorial del pueblo Arhuaco.

Desarmonías - Centros de salud y casas de medicina tradicional – lugares de urgencia

Ubicación de casas de medicina tradicional y centros de salud

- Se han destinado lugares para prestar servicios de salud – centro de salud occidental, casa de medicina tradicional esta al lado son tradicionales de acuerdo a usos y costumbres
- La mayoría llega a los centros de salud y casas de salud para el manejo de desarmonías
- Muchos ya han consultado y abordado en el marco de la medicina tradicional, ya fueron remitidos por los mamus akumamas y sabedores

Depende de la presencia del colonialismo en las comunidades

- Aproximadamente 90% se resuelve con medicina tradicional
- 10% centro de salud y casa de salud y no al Mamu
- Fortalecimiento de la medicina tradicional debe centrarse también en las personas que han perdido la identidad
- Nabusimake

Manejo de la desnutrición

En el marco de las desarmonías el territorio contiene todos los elementos importantes para el buen vivir y el abordaje de los desequilibrios. La farmacia ancestral del pueblo Arhuaco es todo el territorio, todo el NIWI UMUKE. El manejo de los desequilibrios debe ser abordado de manera individual y las herramientas para dicho manejo pueden provenir de cualquier lugar del territorio orientado desde las consultas espirituales de los Mamus, Akumamas y Sabedores; es por ello que dos personas con la misma enfermedad pueden requerir un abordaje y manejo distinto de acuerdo con sus particularidades, así como los materiales de manejo (ABURUS) pueden provenir de lugares distintos del territorio. Los ABURUS, son cualquier elemento de la madre naturaleza, dentro de los que se incluyen las plantas, sin embargo, estas no son exclusivas, existen más elementos usados en la prevención y manejo de la salud.

De acuerdo con la consulta espiritual el manejo es específico para cada persona, familia, comunidad y pueblo.

Abordaje de consulta espiritual

Cada uno de los Mamus posee una técnica particular para el desarrollo de las consultas espirituales, las cuales se orientan según el conocimiento, la experiencia y la responsabilidad espiritual que cada uno ha recibido.

Una de estas técnicas se denomina Soforín, y se basa en el abordaje a través del pensamiento. En este proceso, el Mamu utiliza la concentración, la palabra y el pensamiento profundo para identificar el origen espiritual de la desarmonía, dialogar con los elementos del territorio y restablecer el equilibrio de la persona, la familia y la comunidad. El *Soforín* permite reconocer las causas invisibles de la enfermedad y orientar los trabajos espirituales necesarios para la sanación, en coherencia con la Ley de Origen

Ficha de seguimiento nutricional

- Se desarrolló un instrumento para el posible abordaje y seguimiento intercultural de la desnutrición que contribuye a entender el desequilibrio y a una atención intercultural.

Abordaje técnico

Este abordaje nace de la experiencia propia como médico y Arhuaco

En la comunidad de Nabusimake el abordaje de las desarmonías se hace de la siguiente manera

En primer lugar, los GUNAMUS - personas de las comunidades - vienen de los sectores y/o comunidades, generalmente remitidos por los Mamus, Akumamas y/o Sabedores al centro de salud o casa de medicina tradicional. El trabajo del centro de salud y la casa de medicina tradicional es interrelacionado, y se utiliza de manera bidireccional, es importante resaltar que cada uno tiene una operatividad individual con el fin de salvaguardar los saberes tradicionales.

Casa de medicina tradicional

En la casa de medicina tradicional es un espacio propio para el desarrollo de las actividades en salud y manejo de desarmonías. Este lugar se asemeja a las viviendas propias del pueblo Arhuaco y se rodea de todo el entorno natural en el que se desarrolla la vida cotidiana del Arhuaco. Este espacio es liderado por 5 sabedores, de los cuales uno de ellos es Mamu, estos son la representación de los 10 sectores de Nabusimake y son designados, avalados y autorizados para el desempeño de sus funciones en salud por la Asamblea Comunitaria. La casa es un espacio comunitario, que obedece al direccionamiento expreso del mandato de la ley de origen dado por los Mamus, Akumamas y autoridades del pueblo Arhuaco, en este sentido no es un espacio que no se puede institucionalizar.

Centro de salud

El centro de salud cuenta con un talento humano intercultural, en su gran mayoría propio de la comunidad y conocedor de la ley de origen, lo que se constituye como una ventaja para el trabajo interrelacionado con la casa de medicina tradicional.

Cuando el paciente llega al centro de salud e ingresa a la consulta médica integral intercultural, se realiza un proceso de historia clínica, que involucra aspectos propios y biomédicos. Se abordan de manera inicial aspectos de la medicina tradicional y se realizan los procesos convencionales de la medicina occidental (peso, talla, signos vitales, examen físico general).

La consulta se ve respaldada desde el punto de vista biomédico, con la utilización del laboratorio clínico para soportar los diagnósticos realizados.

En el caso de diagnosticar una alteración nutricional, se deja constancia del diagnóstico en la Historia Clínica en el marco del cumplimiento de las rutas y guías de la medicina occidental.

Manejo

Todos los casos de desnutrición o riesgo de desnutrición pasan por la junta médica integral intercultural.

La Junta médica integral intercultural cuenta con diferentes actores: médicos tradicionales de casa de medicina tradicional, médico occidental, coordinador del centro de salud (figura política en salud), padres de familia, y autoridad del pueblo Arhuaco o su representación

En las juntas interculturales se pueden realizar en el marco del centro de salud o la casa de medicina tradicional, se prefiere que sea en la casa. Las juntas son un espacio de diálogo en el que se toman decisiones en salud, teniendo en cuenta diferentes puntos de vista.

En la toma de decisiones en la junta se tienen en cuenta los siguientes factores: la medicina propia, la biomedicina (resolución 2350), determinantes sociales (ej, dónde vive, con quién vive)

Coordinador de centro de salud: tiene el rol de concertar con las autoridades y los actores en biomedicina las decisiones en salud

En los diálogos y concertaciones de las juntas se pueden tomar diferentes decisiones

- Manejo ambulatorio
- Manejo integral e intercultural en la casa de medicina tradicional o espacios designados– cuando se define que no hay condiciones en el domicilio para hacer la recuperación, se dejan en la casa de medicina tradicional con su familia (padre, madre y hermanos). Se enseña en el marco de la vida cotidiana las acciones para poder recuperar los niños
- Remisión de urgencia
 - o Urgencia para el manejo de la medicina tradicional
 - o Urgencia para donde el mamu
 - o Urgencia para clínicas en Valledupar – biomedicina

La decisión en el marco de la junta da tranquilidad para todos los actores.

Los padres de familia oyen las recomendaciones de la junta y deciden que quieren para su hijo.

Rol de las autoridades en la Junta

Las autoridades tradicionales son la representación física de los aspectos políticos del pueblo Arhuaco. Son los encargados de ejercer el orden el marco del territorio.

Las autoridades son un actor clave en el desarrollo de las juntas. En estos espacios todos los actores tienen voz y voto, sin embargo, quienes toman las decisiones finales son las autoridades, estos actúan como moderador, cumplen el rol de garantes para que a cada uno de los actores se les garantice su participación equitativa en el marco de la junta.

Las autoridades tienen un conocimiento profundo acerca de las formas de vida en el territorio, el cumplimiento de la ley de origen y los determinantes contextuales y estructurales que impactan en la situación de salud a nivel personal, familiar, comunitario y como pueblo. Adicionalmente, tienen la capacidad de interactuar con los saberes de la biomedicina para poder tomar una decisión conjunta.

Se consideran factores como el lugar de origen, la estructura familiar, los recursos económicos, la red de apoyo, las orientaciones iniciales de los Mamus y Akumamas en el momento de la evaluación inicial cuando la hay.

Realizan el inicio y cierre de la junta -

Estos espacios también se rigen por un principio de autonomía en el que se toma en cuenta la opinión del paciente y su familia.

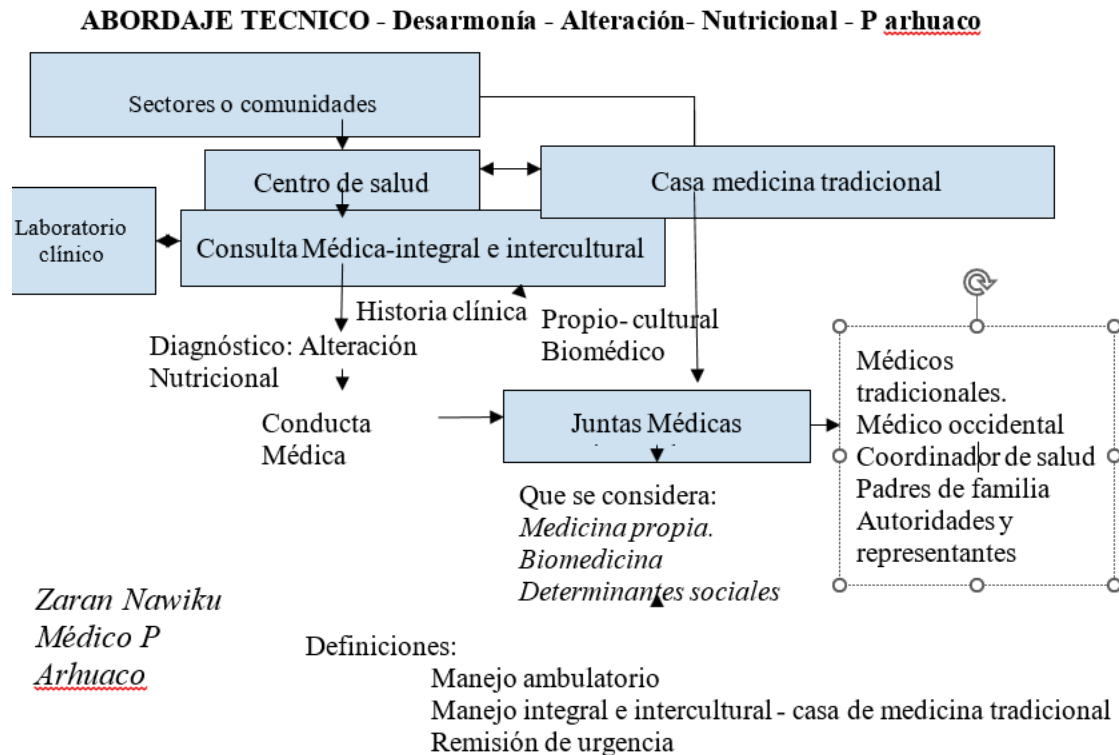
Espacio de realización de las juntas

Cuando las decisiones son urgentes, las juntas son realizadas en el centro de salud o la casa de medicina tradicional. En los casos que pueden tomarse decisiones diferentes, las juntas se hacen en las oficinas tradicionales en las que se encuentran las autoridades. El orden de las juntas y la manera en que se desarrolla el diálogo depende de los escenarios físicos donde se realiza la misma.

El análisis de los casos se individualiza. En caso de que sea necesaria la presencia del Mamu, las juntas se desarrollan en los KADUKOS con el Mamu como máxima autoridad.

Figura. 10.

Abordaje técnico



Manejo integral e intercultural en casa de medicina tradicional

Esta es una de las opciones de manejo que se toman en las juntas.

El abordaje integral y las acciones específicas a realizar en cada caso individual son definidas en un espacio de diálogo con la influencia de los actores técnicos en salud.

- o Coordinador del centro de salud
- o Sabedor
- o Médico occidental

El abordaje es integral para el paciente y la familia con el seguimiento continuo por parte de los sabedores, el pilar fundamental es la medicina tradicional. Esta se puede complementar con acciones de medicina occidental, los sabedores determinan los tiempos y espacios para la realización de dichas acciones. En este sentido, la medicina tradicional es la guía y la medicina occidental un complemento.

Las acciones se desarrollan en el marco de la vida cotidiana, y son dirigidas de acuerdo con los roles de género por el sabedor o sabedora.

El auxiliar de enfermería acompaña las acciones de biomedicina definidas y hace seguimiento del caso.

Objetivos

- La casa de medicina tradicional ofrece un entorno de recuperación que evoca el espacio donde se desempeñan las actividades de la vida diaria, el hogar, es por ello por lo que contribuye a la sanación.
- Este además es un espacio de enseñanza-aprendizaje donde los sabedores desde el ejemplo enseñan al núcleo familiar las labores de cuidado a realizar en el marco de la vida diaria. Es fundamental que las sabedoras trabajen de la mano con la madre y los sabedores con el padre.

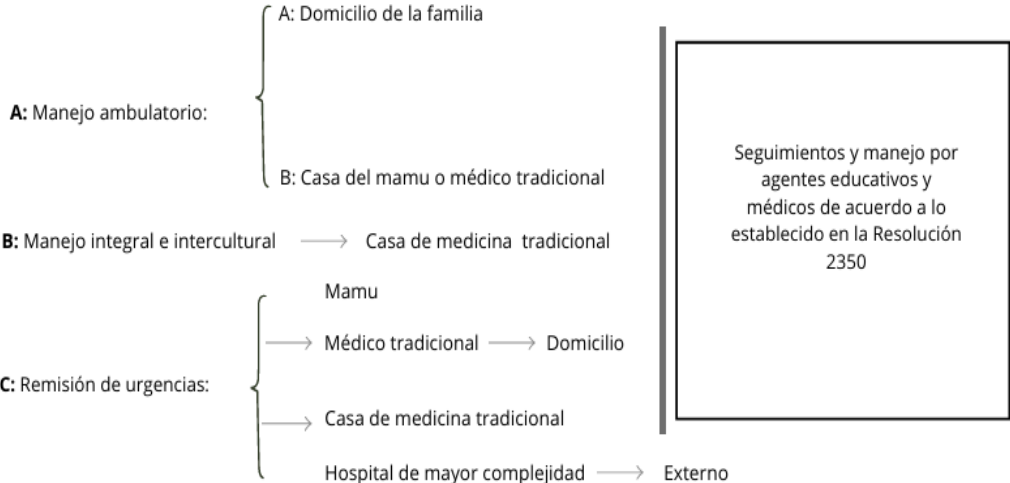
El hecho de que la familia esté completa dentro de este espacio de recuperación fortalece de manera significativa los vínculos familiares y comunitarios, y permite una protección integral de todos sus miembros. Cuando un niño es remitido de manera individual por desnutrición, los hermanos que permanecen en la comunidad suelen verse afectados por la ausencia de la madre o del cuidador principal, generando nuevas vulnerabilidades al interior del hogar.

En cambio, al permanecer la familia unida, se cuida no solo al niño con desnutrición, sino también a sus hermanos, a los padres y a la estructura familiar en su conjunto. Este proceso permite que todos aprendan a partir de experiencias reales del territorio, utilizando alimentos, prácticas y dinámicas propias que pueden replicar posteriormente en su vida cotidiana. De esta manera, las familias fortalecen su autonomía, desarrollan capacidades para el manejo integral de su hogar y reducen la

dependencia de intervenciones externas a futuro, lo que contribuye de manera directa a evitar recaídas y a consolidar procesos de recuperación sostenibles en el tiempo.

Figura. 10

Conductas a partir de junta médica integral e intercultural



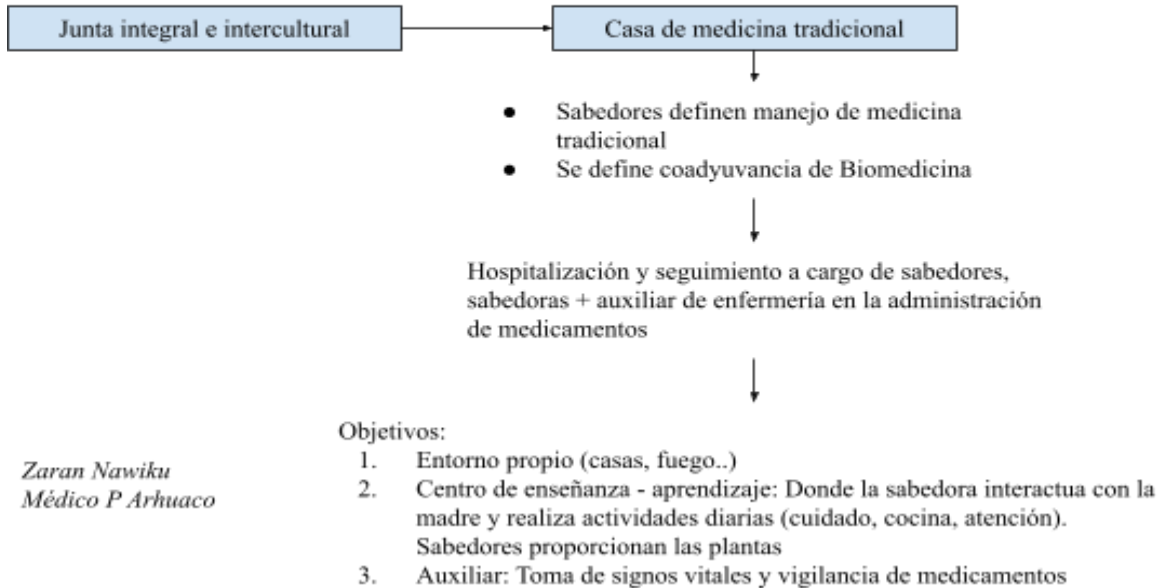
Manejo ambulatorio

Figura 11.

Manejo integral e intercultural ambulatorio

MANEJO INTEGRAL E INTERCULTURAL - Casas de medicinas tradicionales

Niños con Alteración Nutricional - Que posterior a junta intercultural ingresa a hospitalización en casa de medicina tradicional.



Recuperación familiar

El abordaje en la casa de medicina tradicional permite el aprendizaje de los miembros de la familia a través del ejemplo dado por los sabedores y sabedoras, y adicionalmente permite la creación de redes de conocimiento entre las distintas familias que se interrelacionan en este espacio, de tal manera que las madres se retroalimentan entre sí, del mismo modo, los padres.

Retos para el desarrollo de la propuesta

Fortalecimiento de la gobernabilidad

Con esta estrategia, realizada en el marco del conocimiento del pueblo Arhuaco, se busca entregar a la población – reivindicación del conocimiento y la articulación con los saberes, la complementariedad con otros sistemas de conocimientos.









Ejemplo de caso clínico de desnutrición severa

Caso clínico: Manejo integral intercultural en la Casa de Medicina Tradicional de Nabusimake

1. Contexto general

La Casa de Medicina Tradicional de Nabusimake se ha consolidado como un espacio de recuperación nutricional con enfoque integral, donde se promueve la educación a las familias, la articulación entre la medicina ancestral y la biomedicina, y el fortalecimiento de los lazos comunitarios.

En este contexto, se presenta el caso clínico de una paciente pediátrica atendida bajo el modelo intercultural de salud del pueblo Arhuaco.

2. Datos generales del paciente

- Sexo: Femenino
- Edad: 3 años
- Comunidad de origen: Windiwa , Sierra Nevada de Santa Marta
- Acompañante: Madre de la paciente
- Lugar de atención: Casa de Medicina Tradicional de Nabusímake

3. Motivo de consulta

La madre refiere cuadro de tres meses de evolución caracterizado por diarrea persistente y pérdida progresiva de peso, sin mejoría con los tratamientos tradicionales realizados en la comunidad.

4. Historia de la enfermedad actual

La paciente fue inicialmente manejada por Mamos y sabedores tradicionales con plantas medicinales y rituales de equilibrio.

Ante la falta de mejoría, se remitió al Centro de Salud de Nabusímake, donde, al momento de la valoración médica, se encontró en estado de deshidratación severa, con antecedentes de traumatismo por caída de una mula ocho días antes, lo que ocasionó limitación de la movilidad en el hemicuerpo derecho (miembro superior e inferior).

La madre presentó un documento firmado por las autoridades tradicionales, en el que se autorizaba el manejo inicial en el territorio y se establecían las condiciones de acompañamiento espiritual.

5. Valoración intercultural y toma de decisiones

Se convocó una junta intercultural con participación de:

- Mamos y sabedores tradicionales,
- Médico general del centro de salud,
- Familiares de la paciente, y
- Autoridades locales.

Durante la reunión se discutió la conducta médica más adecuada, considerando la gravedad del cuadro clínico.

Desde la biomedicina se indicó remisión urgente al Hospital Camilo Villazón (primer nivel de complejidad) para manejo hospitalario especializado.

Sin embargo, la madre de la paciente no aceptó la remisión, manifestando su decisión de seguir las indicaciones expresadas en el documento de las autoridades tradicionales. Ante ello, la junta intercultural determinó realizar el manejo integral dentro de la Casa de Medicina Tradicional, bajo un acuerdo conjunto entre medicina ancestral y biomedicina.

6. Diagnóstico de ingreso

- Desnutrición aguda severa tipo marasmo.
- Diarrea crónica persistente.
- Deshidratación severa.
- Traumatismo reciente con limitación funcional del hemicuerpo derecho.
- Riesgo vital moderado-alto.

Peso al ingreso: 7,3 kg.

7. Plan de manejo intercultural

El tratamiento fue integral y progresivo, combinando los saberes tradicionales con los procedimientos biomédicos básicos:

- Desde la medicina tradicional:
 - Baños de plantas curativas para equilibrar el cuerpo y restaurar la energía vital.

- Alimentación diferencial con productos naturales del territorio (ayama, maíz, calabaza, y tubérculos).
- Retiros y armonizaciones espirituales realizados por los Mamos.
- Involucramiento activo de la familia en las rutinas de cuidado.
- Desde la biomedicina:
 - Canalización venosa para rehidratación controlada.
 - Antibioticoterapia según indicación médica.
 - Posterior inicio de Fórmula Láctea de Recuperación (FLC).
 - Monitoreo de signos vitales, peso y función neurológica.

8. Evolución y resultados

Durante los días de atención en la Casa de Medicina Tradicional, la paciente mostró una recuperación lenta pero constante.

El peso aumentó progresivamente, se logró corrección del estado de deshidratación, y se observó mejoría en la movilidad del hemicuerpo derecho.

Tras varias semanas, la niña superó el cuadro de desnutrición aguda y recuperó la mayoría de sus funciones motoras, reincorporándose paulatinamente a sus actividades cotidianas junto con su familia.

9. Reflexión del caso

Este caso evidencia la efectividad del modelo de atención intercultural implementado en Nabusímake, donde la medicina tradicional lidera el proceso y la biomedicina actúa de forma complementaria.

El respeto por las decisiones familiares y la cosmovisión del pueblo Arhuaco permitió un proceso de recuperación integral, armónico y culturalmente pertinente.

Asimismo, resalta la importancia de fortalecer los espacios de diálogo entre saberes, garantizando una atención centrada en la vida, la espiritualidad y la identidad del territorio.

Conclusiones

La construcción de esta ruta de atención para el manejo de la desnutrición infantil en el pueblo Arhuaco representa una alternativa pertinente, necesaria y coherente con la

cosmovisión indígena y con los principios del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). La ruta fue creada para enfrentar las limitaciones que se vieron en experiencias pasadas, donde los enfoques fragmentados, individualizados y sobre todo biomédicos no pudieron solucionar el problema de forma duradera, resultando en recuperaciones temporales y altas tasas de recaída.

Esta propuesta de ruta se fundamenta en el liderazgo de la medicina tradicional, el respeto por la autonomía territorial y la centralidad de la familia y la comunidad como sujetos del proceso de sanación. Al desarrollarse en espacios propios del territorio, como la Casa de Medicina Tradicional, la ruta permite integrar los trabajos espirituales, la educación desde la vida cotidiana, la alimentación basada en el territorio y la participación activa de todos los miembros de la familia. Esto fortalece los vínculos y promueve procesos de recuperación colectiva y no únicamente individual.

La inclusión de la biomedicina en el proceso, desde un enfoque de colaboración y no de imposición, muestra que es posible una conexión respetuosa entre diferentes sistemas de conocimiento. A través de las juntas interculturales, la ruta establece mecanismos claros para la toma de decisiones conjuntas, garantizando que las intervenciones biomédicas se realicen únicamente cuando son necesarias y siempre bajo el mandato territorial y cultural del pueblo Arhuaco.

Así, la ruta propuesta se presenta como una buena opción intercultural para tratar la desnutrición infantil, ya que entiende la salud como un proceso completo que une lo espiritual, lo físico, lo familiar, lo comunitario y lo territorial. Más allá de la recuperación nutricional, la ruta contribuye al fortalecimiento de la autonomía, la transmisión de saberes ancestrales y la prevención de nuevas desarmonías, sentando bases sólidas para la pervivencia del pueblo Arhuaco.

Recomendaciones

Se recomienda implementar esta ruta de atención intercultural como un primer esfuerzo organizado y contextualizado, entendiendo que se trata de un proceso dinámico que podrá ser ajustado, fortalecido y mejorado progresivamente a partir de la experiencia acumulada durante su aplicación en el territorio.

Es fundamental que el uso continuado de la ruta permita identificar aprendizajes, desafíos y oportunidades de mejora, incorporando las reflexiones de los Mamus, las autoridades tradicionales, las familias y el personal de salud intercultural, de manera que la ruta evolucione sin perder su esencia cultural ni su enfoque comunitario.

Se sugiere registrar de manera ordenada los procesos, resultados y aprendizajes de la implementación de la ruta. Esto ayudará a asegurar su sostenibilidad, facilitar su adaptación a otros sectores en la zona y proporcionar información para mejorar el SISPI a nivel local y nacional.

También se recomienda que las instituciones externas que trabajan en la zona reconozcan esta ruta como una experiencia del pueblo Arhuaco, ofreciendo apoyo respetuoso y adaptable, sin imponer condiciones que cambien su enfoque intercultural.

Finalmente, se recomienda continuar fortaleciendo los espacios de formación y diálogo intercultural, tanto para el personal biomédico como para los actores comunitarios, de modo que la ruta no solo se consolide como una herramienta técnica, sino como un proceso vivo de aprendizaje colectivo, capaz de responder a las transformaciones del territorio y a las necesidades futuras del pueblo Arhuaco.

Referencias Bibliográficas

1. Rivadeneira MF, Moncayo AL, Córdor JD, et al. High prevalence of chronic malnutrition in indigenous children under 5 years of age in Chimborazo-Ecuador: multicausal analysis of its determinants. *BMC Public Health*. 2022;22:1977
2. Vásquez-García JC, Sánchez JC, Lopez-Rodríguez ML. Health and nutrition of indigenous and nonindigenous children under 5 in the Peruvian Amazon: comparative prevalence of chronic malnutrition and anemia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(2):214–222.
3. Erazo Arteaga D, García Burbano JI, Chavarriaga Maya L, Quirós Gómez OI. Desnutrición crónica en niños menores de cinco años de la comunidad indígena awá, Barbacoas (Nariño, Colombia), 2019. *Rev Univ Rosario Salud*. 2022

4. Consejería Mayor Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) Sistema de Monitoreo Territorial-SMT. Leyes de origen de los pueblos indígenas en Colombia, 2023.

5. República de Colombia. Decreto 1953 de 2014, por el cual se crea un régimen especial para la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas y se establecen disposiciones para la articulación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial de la República de Colombia; 7 oct 2014.

6. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud (INS), Departamento Administrativo para la Prosperidad Social, Universidad Nacional de Colombia, con apoyo de OPS/OMS. Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015. Bogotá: ICBF; 2019. ISBN: 978-958-623-200-5.

7. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Anexo técnico: pertinencia cultural en la atención integral de grupos étnicos en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mapa de evidencias sobre interculturalidad en salud. Informe técnico. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2025. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/07/1610119/mapa-de-evidencias-2025-final.pdf>

(consultado el 28 ene 2026)

9. Mestra-Santana D, Rivera-Palomino Y, Cardona-Arias JA. Barreras culturales y estructurales en el acceso a servicios de salud de pueblos indígenas en Colombia. Rev Salud Pública. 2020;22(4):e187320. Disponible en: <https://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n4/0124-0064-rsap-22-04-e187320.pdf>

10. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, Ezzati M, Grantham-McGregor S, Katz J, Martorell R, Uauy R; Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. Lancet. 2013;382(9890):427–451. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X

11. Universidad del Magdalena. Socialización del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) con comunidades Arhuaco, Kogui y Wiwa de la Sierra Nevada de

Santa Marta. Santa Marta (COL): Universidad del Magdalena; 2025. Disponible en: <https://www.unimagdalena.edu.co/PresentacionPublicacion/VerNoticia/416829>

(consultado el 28 ene 2026).

12. Hammersley M, Atkinson P. *Ethnography: principles in practice*. 4th ed. London: Routledge; 2019.

13. Smith LT. *Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples*. 2nd ed. London: Zed Books; 2012.

14. Hall G, Patrinos HA, editors. *Indigenous peoples, poverty, and human development in Latin America: 1994–2004*. Washington (DC): World Bank; 2006.

15. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). *Recuperación nutricional con enfoque comunitario*. Bogotá (COL): ICBF; [citado 28 ene 2026]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/recuperacion-nutricional-con-enfoque-comunitario>

16. Gracey M, King M. Indigenous health: part 1 — determinants and disease patterns. *Lancet*. 2009;374(9683):65–75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4

17. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Circular 011 de 2018: directrices para la promoción y construcción del SISPI en territorios con presencia de pueblos indígenas. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-11-de-2018.pdf>

18. Bischof H. Indígenas y españoles en la Sierra Nevada de Santa Marta Siglo XVI. *Revista Colombiana de Antropología*. 1983;24:77-124. Este estudio histórico analiza las interacciones entre conquistadores españoles y comunidades indígenas en la Sierra Nevada, incluyendo desplazamientos, sometimiento, conflicto y reconfiguración territorial durante el proceso de colonización

19. Tolosa Ortega YC. *Narrativas tras la presencia de la misión capuchina en territorio Arhuaco: un cuestionamiento a la memoria dominante*. Trabajo de grado. Bogotá: Universidad del Rosario; 2020.

20. Salcedo Martínez JE, Torres del Río C. Expulsión de los misioneros capuchinos por la comunidad Arhuaco en la Sierra Nevada de Santa Marta. Tesis (pregrado). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1982 (o fecha de finalización de la tesis si aparece en el documento).
21. Duarte Muñoz J. Expulsión de los misioneros capuchinos por la comunidad Arhuaco de la Sierra Nevada de Santa Marta (1916–1982). Madrid: Editorial Académica Española; 2020.
22. Villafaña Izquierdo JZ. “Anugwe zama, Zam u kia, Zamu bunachu, Iku jina tan u zamu niwi kunanungwasi niwi umuke’sé, Nabusímake–Umunukunu”: prácticas alimentarias del pueblo Iku y su relación con las etapas de vida en la comunidad de Nabusímake, Resguardo Arhuaco, Sierra Nevada de Santa Marta [trabajo de grado]. Colombia: Universidad; 2025.
23. Organización Nacional Indígena de Colombia [ONIC]. Artículos publicados sobre Pueblos Indígenas en Frontera en el marco de la Pandemia. Boletines Sistema de Monitoreo Territorial (SMT)- ONIC Información para proteger la Vida y los territorios. [Online].; 2020. <https://onic.org.co/sitio/noticias/70-destacadas/3813-articulos-publicados-sobre-pueblos-indigenas-en-frontera-en-el-marco-de-la-pandemia-boletines-sistema-de-monitoreo-territoria-l-smt-onic-informacion-para-proteger-la-vida-y-los-territorios>.
24. Costabel LE, Leiva FA. El diálogo intercultural como medio para garantizar los derechos humanos de los pueblos indígenas. Revista nuestraAmérica. 2023;(22): p. e8199457.
25. Basail A. Interculturalidad crítica y crítica del interculturalismo. LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos. 2022; XX(1): p. E905.
26. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. D.O. No. 49427. [Online].; 2015. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Normograma/docs/pdf/ley_1751_2015.pdf.
27. Ministerio de Salud [Minsalud]. Interculturality in the Health System: Colombia in Tune with the Region. [Online].; 2022.

<https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Interculturality-in-the-Health-System-Colombia-in-Tune-with-the-Region-.aspx>.

28. Aguilar M, Tobar L, García R. Indicadores de evaluación participativa en salud intercultural en comunidades indígenas. *Rev Salud Intercult*. 2020;12(2):45–58.

29. corresponde a: Datos no publicados. Encuesta aplicada por el autor de la tesis, 2026

30 Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Documento técnico SISPI. Colombia; 2010.

31 Ministerio de Salud y Protección Social. Guía metodológica para la implementación del SISPI. Bogotá: Minsalud; 2010.

32 Colombia. Decreto Ley 480 de 2025. Por el cual se establece el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. *Diario Oficial de la República de Colombia*; 2025.

33 Mesa Permanente de Concertación. Presentación de la Subcomisión de Salud. Colombia; s.f.

34 Instituto Nacional de Salud. Lineamientos para la vigilancia y manejo de la desnutrición aguda en menores de cinco años. Colombia; 2024.

35 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Conceptos básicos de seguridad alimentaria. FAO; s.f.

36 Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia 2024. Bogotá: Minsalud; 2024.

37 Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. Bogotá: Minsalud; 2015.

38 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín técnico Escala FIES 2023. Bogotá: DANE; 2023.

39. Gobierno de Colombia. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2015. [Online].; 2020.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf>.

40. Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. Inseguridad alimentaria a partir de la escala FIES - 2023. [Online].; 2024. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/FIES/bol-FIES-2023.pdf>.
41. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública. Desnutrición aguda en menores de 5 años. [Online].; 2024. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf.
42. Resolución 2465 de 2016. Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gesta. [Online].; 2016. Available from: <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30040057>.
43. Ministerio de Salud y Protección Social – UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. [Online].; 2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamiento-manejo-desnutricion-resolucion-2350.pdf>.
44. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Manual Operativo Piloto Modelo de Atención Integral - MAI v2. [Online].; 2024. <https://www.icbf.gov.co/manual-operativo-piloto-modelo-de-atencion-integral-mai-v2>

