

Revista Salud Pública de Medellín



Alcaldía de Medellín



Alcaldía de Medellín

Revista Salud Pública de Medellín

Volumen 10 No. 1 - Junio de 2019

Federico Gutiérrez Zuluaga
Alcalde

Equipo directivo

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaria de Salud de Medellín

Natalia López Delgado
Subsecretaria de Salud Pública

Yanneth Castaño Castaño
Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Margarita Escudero Osorio
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Angela María Londoño Trujillo
Directora Técnica de Planeación

Andrés Felipe Ochoa Valencia
Comunicaciones

Edición y revisión:

Verónica María Lopera Velásquez

Editorial

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaria de Salud de Medellín

Diseño y diagramación

Jhon Dairo Rodas López

Salud Pública de Medellín

Revista de la Secretaría de Salud

Municipio de Medellín

Volumen 9, número 1. Enero de 2019

Carátula

Jhon Dairo Rodas López, Diseñador Gráfico Secretaría de Salud

Esta es una publicación oficial del Municipio de Medellín. Se realiza en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley 1474 de 2011-Estatuto Anticorrupción, que dispone la prohibición de la divulgación de programas y políticas oficiales para la promoción de los servidores públicos, partidos políticos o candidatos.

Queda prohibida la reproducción total o fragmentaria de su contenido, sin autorización escrita de la Secretaría General del Municipio de Medellín. Así mismo, se encuentra prohibida la utilización de características de la publicación, que puedan crear confusión. El Municipio de Medellín dispone de marcas registradas, algunas citadas en la presente publicación con la debida autorización y protección legal.

ISSN 1909-1265

© 2019 Alcaldía de medellín

Nit: 890.905.211-1

Calle 44 N 52 – 165 Centro Administrativo

La Alpujarra – Medellín, Colombia.

Todas las publicaciones de la Alcaldía de Medellín son de distribución gratuita.



Contenido

■	Editorial	4
■	Intervenciones realizadas en seguridad y salud en el trabajo al sector formal e informal. Medellín. 2009-2013	5
■	La siembra - Experiencias interculturales en salud Sistematización evaluativa de la experiencia de aprendizajes de indígenas y afrocolombianos participantes del proyecto promoción de la salud con enfoque diferencial étnico en el marco de Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud de Medellín. Octubre- diciembre de 2018	27
■	Información para los autores	71

Editorial

Como resultado de los procesos de planeación integral en salud, realizado en Medellín a través de la construcción del Plan Territorial de Salud “Para Vivir mas y Mejor” 2016 -2019, se han diseñado y puesto en marcha varias estrategias y programas en pro de mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, focalizando las acciones en las poblaciones mas vulnerables, y considerando las principales problemáticas en salud de la población.

Estas estrategias están orientadas a promover la cultura del cuidado en los habitantes de Medellín, fortaleciendo así el capital social en salud tanto individual como colectivo, lo que es fundamental para mantener una población saludable; En este sentido, uno de los grupos específicos de gran importancia para el desarrollo de intervenciones es la población trabajadora del sector informal, la cual está expuesta a múltiples riesgos y determinantes de la salud debido al entorno de su trabajo y a su vulnerabilidad misma.

Por otro lado, se realizan estrategias que buscan propender por la garantía del acceso a los servicios de salud a toda la población, esto teniendo como base fundamental la implementación del Modelo de Atención Integral en salud-MIAS en el marco de la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, y principios de la Atención Primaria en Salud. Es de anotar que este gobierno 2016-2019 le apostó a la articulación, el trabajo en red y las alianzas con los actores del sistema de salud, esto para llevar los servicios de salud hasta el territorio y de esta manera convertir a Medellín como la primer ciudad capital pionera en la implementación del MIAS.

En este número de la revista de Salud Pública de Medellín, presentamos resultados de los procesos de intervención y ejecución de algunas de estas estrategias desarrolladas en las diferentes comunas del Municipio, tales como: 1. La estrategia de Estilos de vida saludables, 2. La implementación de Atención Primaria en Salud, 3. Asesoría y asistencia técnica realizada a las EAPB, 4. La estrategia de Familias Fuertes y resilientes que busca fortalecer los vínculos familiares y la convivencia, 5. Las estrategias desarrolladas en la población trabajadora informal, 6. La Evaluación de los programas de presupuesto participativo, entre otros, convirtiéndose en experiencias importantes y exitosas para seguir avanzando promover el cuidado de la salud y camino a que Medellín sea una ciudad Saludable.

Claudia Helena Arenas Pajón
Secretaria de Salud de Medellín



Sistematización de experiencia

Intervenciones realizadas en seguridad y salud en el trabajo al sector formal e informal. Medellín. 2009-2013

Interventions in occupational safety and health to the formal and informal sector. Medellín 2009-2013

Juan Mario Arizmendi Echeverri¹, María Elena Arango Cuervo², Andrés Mauricio Zapata Escobar³, León Darío Bello Parías⁴, Juan Guillermo Gaviria Escobar⁵, Humberto Antonio Murillo Herrera⁶, Sonia Domínguez⁷

Forma de citar: Arizmendi-Echeverri JM, Arango-Cuervo ME, Zapata-Escobar AM, et.al. Intervenciones realizadas en seguridad y salud en el trabajo al sector formal e informal. Medellín 2009 -2013. Rev Salud Pública de Medellín 2019 (1)

¹ Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín.

² Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín. Especialista en Gerencia Integral.

³ Ingeniero de Materiales. Universidad de Antioquia, Medellín. Especialista en Salud Ocupacional, Aspirante al Título de Magister en Salud Ocupacional.

⁴ Asesor Estadístico Especialista en Administración en Educación Superior. Especialista en Mercadeo Gerencial. Aspirante Magister Administración en Tecnologías de Información.

⁵ Médico Cirujano U.P.B, Especialista Salud Ocupacional F.N.S.P. U.de A. Especialista en Auditoria y Gerencia de la Calidad U.C.C. Líder Programa Seguridad y Salud en el Trabajo Secretaria de Salud de Medellín

⁶ Enfermero Profesional U.N. Abogado U de A Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional CES- EAFIT. Especialista en Derecho de la Seguridad Social. U. de A.

⁷ Enfermera Profesional CES Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional CES Especialista en Calidad CES.



Resumen

Se evidencia los resultados de las intervenciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín entre los años 2009 y 2013, enfocado a población trabajadora del sector formal e informal de la ciudad, realizando mayor énfasis en esta última por ser más vulnerable. Este estudio descriptivo permitió tener una mayor comprensión de las actividades realizadas por la Secretaría de Salud con respecto al aumento del trabajo informal en la ciudad y las condiciones sociodemográficas de la población atendida donde se realizaron actividades colectivas e individuales, evaluando los hallazgos encontrados en diferentes actividades estratégicas realizadas en estos 5 años en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo. El acompañamiento sistemático visibilizó las condiciones de trabajo de las personas en sus unidades productivas y los riesgos a los que están expuestos como: Biomecánicos, Físicos Biológicos, Seguridad (riesgo público), Químicos, Atmosféricos y Psicosociales según la actividad que ejercían. Se realizó visitas de: monitoreo y seguimiento a empresas informales, sensibilización, identificación y levantamiento del panorama de factores de riesgo. Capacitaciones en diferentes temáticas, donde se les brindó acompañamiento con actividades de promoción y prevención en estilos de vida saludables, en poblaciones como: Plazas de mercado, expendedores de carnes, queso, pescado y frutas. En los Centros Comerciales Populares (CCP) y los trabajadores de panaderías, peluquerías, mecánicos, venteros ambulantes, lustradores, recuperadores y en los Centros de Desarrollo Empresarial Zonal (CEDEZOS) Este estudio se realizó con el ánimo de conocer los resultados de las intervenciones y el panorama de factores de riesgo, en materia de seguridad y salud en el trabajo a la población de la economía del sector formal e informal en la ciudad de Medellín.

Palabras Clave

Trabajador informal / sectores informales de la economía / seguridad y salud en el trabajo / cultura del cuidado.

Abstract

This document shows the results of the interventions made by the Secretary of Health in Medellín between 2009 and 2013. It is focused on worker population both the formal and informal sector of the city, by emphasizing the last one because it is more vulnerable. This descriptive study allowed to understand better the activities made by the Health Ministry referring to the increase of informal work in the city and the sociodemographic conditions of the served population, where collective and individual activities were conducted, by evaluating the findings in different strategic activities made in these five years on Safety and Health at Work. Systematic monitoring showed the working conditions of people in their productive units and the risks which they are exposed, for example: Biomechanical, Biological, Physical, Security (public risk), Chemicals, Atmospheric and Psychosocial, all according to the activity they made. Some visits were done: Monitoring and Tracking of informal companies, Awareness, Identification and Removal of Panorama Risk Factors. Besides, trainings in different fields were done too, where they received accompaniment promotion activities and Prevention on healthy lifestyles, in kind of populations like: Markets, Queseras, Bakeries, Hairdressers, Mechanics, Popular Commercial (CPC), Zonal Business Development Centers (CEDEZOS), street innkeepers, Polishes and Recycling Centers. This study was made with the aim of knowing the interventions results and the panorama about risk factors, related to the topics of security and health in the job of formal and informal population in Medellín.



Key Words:

Casual worker/ informal sectors of the economy / safety and health in the job / culture of care.

Introducción

La importancia de la salud laboral ha estado presente desde tiempos inmemorables, al ser el trabajo una actividad sustantiva de los seres humanos. De acuerdo con la definición el Comité Mixto de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su primera reunión en 1950, y revisada en la reunión de 1995, la finalidad de la “salud en el trabajo consiste en lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las labores; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo, contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud, colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su actividad”. (1)

Uno de los temas de mayor relevancia en el mercado laboral colombiano, sin lugar a dudas, es la alta informalidad. Este fenómeno es crucial para un país como Colombia pues, desde el punto de vista de la seguridad social, las altas tasas de informalidad no garantizan que se genere el flujo de recursos para hacer sostenible el sistema pensional. Por otro lado, una mayor incidencia de la informalidad se puede asociar con menos ingresos para los hogares, lo que afecta el bienestar general de la sociedad. (2) El fenómeno de la informalidad no es algo que pueda dejarse de lado en las políticas económicas de un país como Colombia en donde, definiendo la informalidad

como la falta de aportes a seguridad social, más de seis trabajadores de cada diez se ubican en la informalidad laboral. (3) Este elemento no sería de mayor preocupación, si no fuera porque los trabajadores informales tienen en general, ingresos menores que los trabajadores formalizados, y con ello, pueden evidenciar estándares de vida por debajo de los que alcanzan los trabajadores del sector formal. (2)

De las 23 ciudades del país y áreas metropolitanas, las que presentan mayor proporción de informalidad son: Cúcuta, Quibdó, y Riohacha, Las ciudades con menor proporción de informalidad fueron: Manizales, Medellín y Bogotá. (2). Según estudios para Colombia, “la probabilidad de que una persona trabaje en la informalidad es mayor para las mujeres, se reduce a medida que aumenta el nivel de educación, y es función inversa de la edad, con efectos particulares en las edades más bajas y más altas del ciclo de vida laboral”. (6) En otras palabras se evidencia un gran problema social que se debe cuantificar para poder ser intervenido de la mejor manera.

El crecimiento desenfrenado del trabajo informal en la ciudad de Medellín se viene presentando exponencialmente, debido a diferentes circunstancias del entorno o factores sociales multi-causales como: el desempleo, la sustitución de mano de obra debido al avance tecnológico, asentamiento de población víctima del conflicto armado, migración de personas en busca de mejores oportunidades provenientes de otras zonas del país rurales o urbanas y hasta los que piensan que es mejor evadir y eludir ciertas obligaciones que conllevan a formalizar una unidad de negocio.

El Sistema de Seguridad Social en Colombia es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, median-



te el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que deterioran (menoscaban) la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad(8). Están contenidos en este, los sistemas de salud, riesgos laborales y pensional. Para las entidades municipales las competencias están definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y la Ley 715 de 2001 donde se incluye la ejecución de acciones de promoción y prevención del riesgo, diagnóstico de actividades dirigidas a la población trabajadora enmarcadas en la seguridad y la salud en el Trabajo con focalización en la población trabajadora informal.

Para este trabajo se considerará como trabajador informal, a aquellas personas que, “desde su condición actuante como generadores de bienes y servicios, no deriva la cobertura de la seguridad social (de régimen contributivo) ni emana la posibilidad de ejercer derechos laborales”. (OIT 2008) y en este mismo sentido los trabajadores formales será aquellos que generan bienes y servicios y tenga la cobertura de la seguridad social contributiva y la posibilidad de ejercer derechos laborales en Colombia.

En este trabajo se pretendió visibilizar las acciones en materia de seguridad y salud en el trabajo que realizó la Secretaría de Salud de Medellín en los años 2009 al 2013 al sector formal e informal de la economía de la ciudad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para comparar las intervenciones colectivas y las individuales a los sectores formal e informal en Seguridad y Salud en el Trabajo, describir las intervenciones realizadas por año a los sectores formal e informal en Seguridad y Salud en el Trabajo, identificar principales riesgos por sector informal intervenido y analizar las características sociodemográficas de la población informal según Sistema de Información para el Seguimiento del Plan Municipal (SISPLAM). Las intervenciones realizadas en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo ejecutadas por la Secretaría de Salud de Medellín se llevaron a cabo desde el año 2009 hasta el 2013. Las poblaciones objetivo fueron las empresas del sector de la economía formal y los trabajadores del sector de la economía informal de la ciudad de Medellín. Los trabajadores informales están localizados en las Unidades Productivas (UP) como, las Plazas de Mercado, los expendios de carne, las queseras, las panaderías, las peluquerías, los mecánicos, los Centros Comerciales Populares (CCP), los Centros de Desarrollo Empresarial Zonal (CE-DEZOS), los venteros ambulantes, los lustradores y los recuperadores de la ciudad de Medellín.

La fuente primaria de información se obtuvo de la base de datos del Sistema de Información para el Seguimiento del Plan Municipal (SISPLAM) tomando el 100% de los registros entre los años 2009 y 2013. Compuesta por 12.385 registros siendo esta la muestra para el estudio que se encontró consolidada de las diferentes actividades colectivas e individuales. Además se tuvo acceso a los diferentes informes suministrados por la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) del 2011 al 2013, de las diferentes intervenciones realizadas a la población informal en Medellín,



siendo estas fuentes secundarias de información para el desarrollo del presente trabajo.

El procesamiento de la información se realizó con la herramienta de cálculo Excel y se exportó al software estadístico SPSS, realizando cruces de variables para la obtención de tablas y gráficas para su análisis. Por las características diferentes de las actividades realizadas año tras año, no se podrá realizar un comparativo entre las poblaciones intervenidas, por lo tanto se describirán las actividades y las poblaciones año a año. Se identificaron los principales riesgos en los trabajadores informales de los diferentes sectores económicos intervenidos. Se realizó el análisis socio-demográfico de la población informal de los años revisados.

Resultados

De las 12.385 intervenciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) en Seguridad y Salud en el Trabajo durante el 2009 a 2013, se observó que del total de las actividades el 29% correspondió a actividades colectivas y el 71% a actividades individuales.

Las actividades colectivas se realizaron en el sector formal e informal llevado a cabo en las empresas y en los Centros de Desarrollo Zonal (CEDEZOS), los Centros Comerciales Populares (CCP) y las plazas de mercado. Las actividades individuales fueron realizadas con la población del sector informal. Se presenta una relación de 2.4 veces más actividades individuales que colectivas, buscando impactar más al sector informal que al formal.

Por otra parte, el total de actividades colectivas fueron realizadas con mayor frecuencia en el sector formal, presentando un 94% de actividades colectivas en el sector formal y el 6% en el sector informal. Las actividades colectivas

fueron capacitaciones que aportan en mayor medida al sector formal, siendo una estrategia para que las empresas permitieran el monitoreo del programa de Salud Ocupacional.

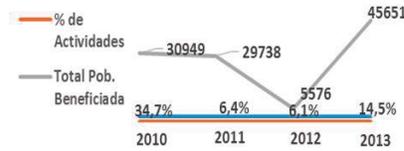
El número total de actividades colectivas por sector formal e informal son 3.547, de las cuales se realizaron 213 actividades en el sector informal y 3.334 para el sector formal.

De las 3.334 actividades actividades colectivas realizadas en el sector formal en el quinquenio por la SSM, se identifican el monitoreo al programa de salud ocupacional con 2074 actividades y 1243 capacitaciones en estilos de vida saludables. Se nota una marcada tendencia a realizar monitoreo del programa de salud ocupacional (ahora sistema de gestión seguridad y salud en el trabajo) más que en las capacitaciones en estilos de vida saludables. Esta tendencia se puede explicar por la responsabilidad de la SSM en la vigilancia y control de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, mientras que las capacitaciones son responsabilidad del empleador y de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL) que tenga cobertura sobre la empresa. Se presentó una relación de 1.7 veces más frecuentes los monitoreos en el Programa de Salud Ocupacional que las capacitaciones de estilos de vida saludable.

De las 3334 actividades colectivas realizadas en la población formal en Seguridad y Salud en el Trabajo por la Secretaría de Salud de Medellín se beneficiaron un total 111.914 personas intervenidas del sector formal. (Figura 1); el 6% equivalente a 213 actividades colectivas realizadas en el sector informal beneficio un total de 49.365 personas. Ver Figura 2, donde se discriminan las diferentes actividades y la cantidad de las mismas para el sector informal. Las actividades colectivas realizadas en el sector formal e informal por la Secretaría de Salud de Medellín en seguridad y Salud en el Trabajo benefició en total 161.279 personas.



Figura 1. Total de personas beneficiadas con actividades colectivas en el sector formal en Medellín, 2010–2013



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Se percibe de la Figura 2, que la mayor convocatoria de personas beneficiadas por las actividades colectivas de trabajadores informales fueron las realizadas en las Plazas de Mercado y en los Centros Comerciales Populares (C.C.P.), en esta medida se puede decir que son más productivas las actividades colectivas en grupos de trabajadores que estén organizados para el desarrollo de una buena convocatoria, de un punto de encuentro y de la pertenencia con la organización a que se pertenezca.

8.838 actividades individuales que se realizaron en el sector informal, en el 2009, como se evidencia en la Figura 3 no se presentaron actividades, en el año 2010 se realizaron 4377 actividades, en el 2011 se realizaron 2823, en el 2012 se efectuaron 369 y en el año 2013, 1248 actividades individuales. Se presentó un mayor porcentaje para las mujeres en el sector informal con un 53%,

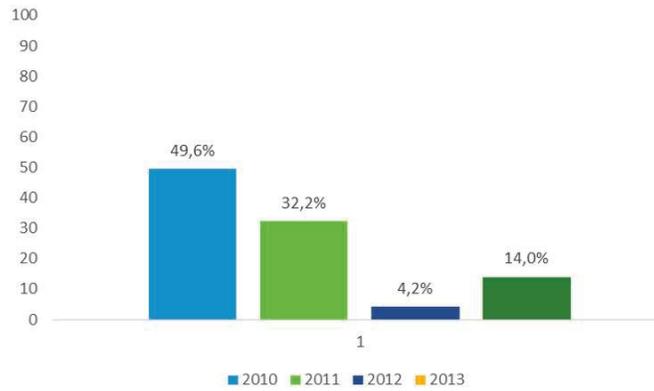
Figura 2. Total personas beneficiadas con actividades colectivas al sector informal en Medellín, 2009-2013



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín



Figura 3. Porcentaje de actividades individuales realizadas al sector informal en Medellín año 2009 al 2013
Análisis Socio-demográfico de la población informal de Medellín, Intervenido en 2009-2013.

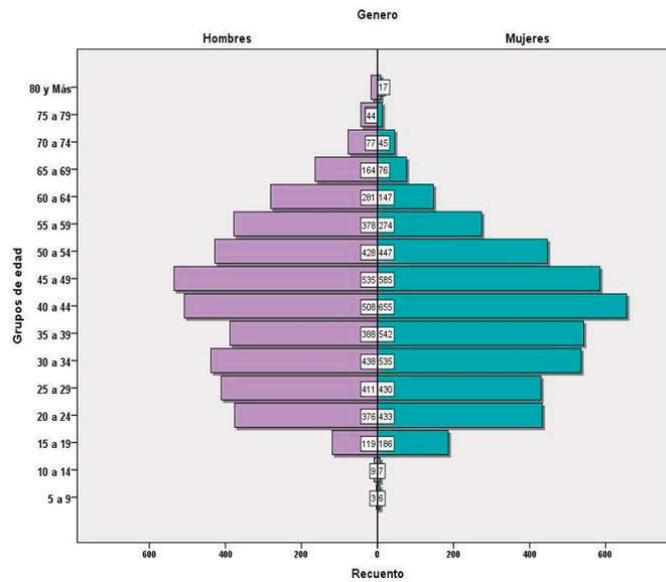


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Como se aprecia en la figura, se presentó un mayor número de mujeres intervenidas que de hombres, en las diferentes actividades desde

2009 hasta 2013. Existe una mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres en casi todos los grupos de edades.

Figura 17. Pirámide de la Población intervenida por sexo y grupos de edad, Medellín, entre los años 2009 - 2013



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

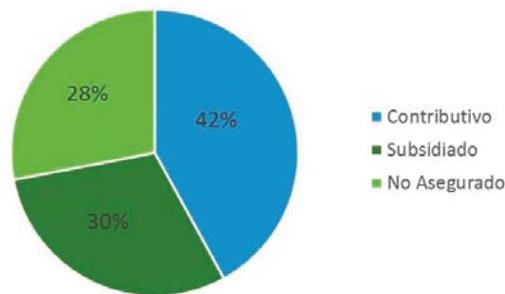


La edad media de los trabajadores informales era de 41 años y la desviación estándar fue aproximadamente de 14 años. Se encontró en esta población niños trabajando con una edad mínima de 8 años y adultos mayores con edad máxima de 90 años.

Del total de la población atendida 3684 personas se encontraban afiliados al régimen contributivo de los cuales 84 estaban en algún régimen espe-

cial o de excepción, 2682 personas estaban afiliados al régimen subsidiado y 2472 no estaban asegurados de los cuales 1020 desconocían o no tenían información acerca de la afiliación a la seguridad social, evidenciando que no tienen claro que la salud en el país tiene un principio de Universalidad y es subsidiada para la población pobre, vulnerable y sin capacidad de pago, por el Estado. Ver Figura 19

Figura 19. Porcentaje de personas intervenidas por régimen de seguridad social. Medellín 2009-2013

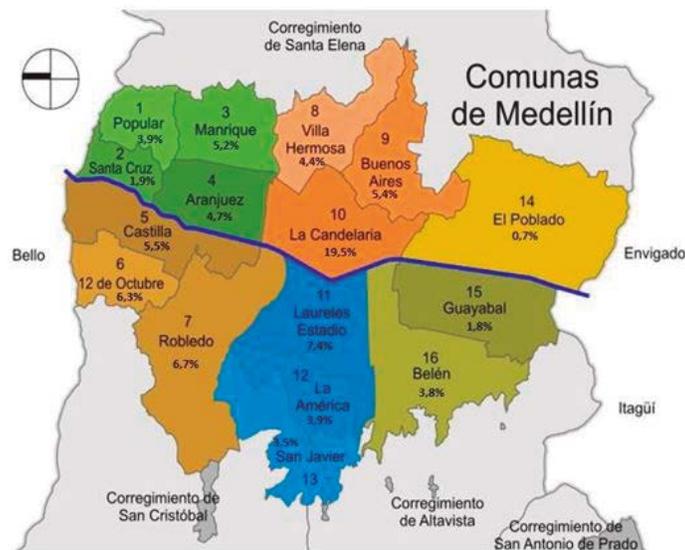


Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Se presenta el mapa de Medellín según las diferentes actividades colectivas e individuales al sector informal. El 19.5% de las actividades realizadas en la población informal se llevó

acabo en el centro de la ciudad, siendo el lugar de la ciudad donde mayor cantidad de trabajadores informales se encuentran.

Mapa 1. Porcentaje de la población informal intervenida por comunas en Medellín entre 2009 - 2013



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín



Actividades Consolidadas en el año 2009, se realizaron actividades de sensibilización a 285 recuperadores ambientales con tres temas importantes para la integridad física de los trabajadores informales de condiciones de trabajo encontradas y mecanismos de control, sobre el análisis de la accidentalidad en las pre-cooperativas (RECI-MED, INTERACTUAR-RECUPERAR Y ASEMAR), y sensibilización en salud a partir de las condiciones de trabajo encontradas.

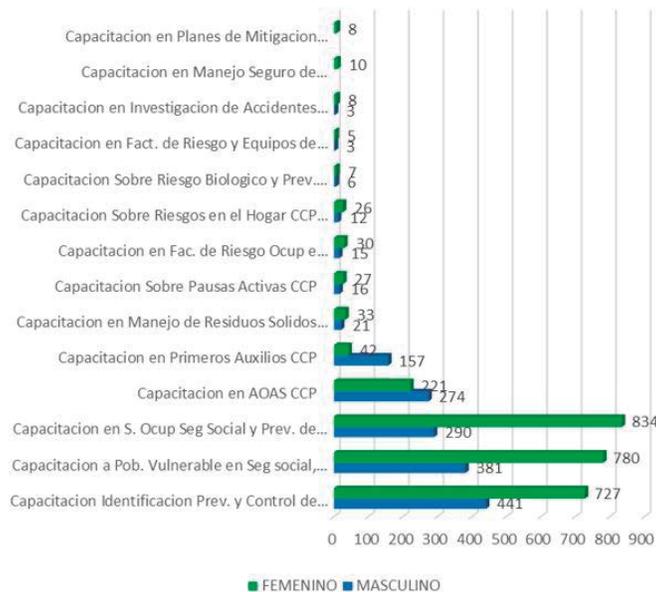
Se realizaron capacitaciones a los Comités de Salud Ocupacional para la conformación del Comité de Salud Ocupacional, la clasificación de factores de riesgo y mecanismos de control, y la investigación de accidentes de trabajo.

En síntesis estos riesgos requieren de mejoras de las condiciones locativas de las instalaciones eléctricas y de la forma de almacenamiento en los

acopios, se requiere el uso de elementos de protección personal como: los protectores respiratorios, guantes y gafas; además se requiere de cuadro de vacunas de hepatitis, tétano y la influenza, y tener la actitud para la ejecución de actos seguros frente a las diversas condiciones inseguras que tienen en su alrededor.

Actividades Consolidadas en el año 2010. En el año 2010 se realizaron 4377 actividades individuales en el sector informal los cuales se discriminan a continuación en la Figura 4, donde se puede observar el tipo de actividad y el grupo beneficiado. Se observó en el grupo de beneficiados por las actividades individuales a los trabajadores informales en el año que el 63% eran personas de sexo femenino y es de resaltar la gran acogida que se tiene en temas como: Salud Ocupacional, Seguridad Social y Prevención de Riesgos.

Figura 4. Actividades individuales realizadas en trabajadores informales, según sexo. Medellín 2010.



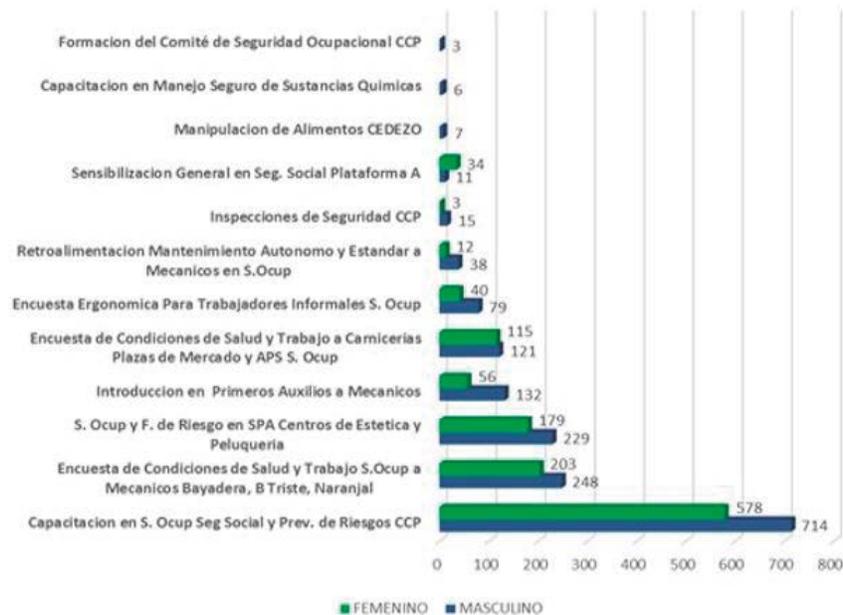
Fuente: Secretaría de Salud de Medellín



Actividades Consolidadas del 2011. En el año 2011 se realizaron 2823 actividades individuales al sector informal y se discriminan a continuación en la Figura 13, para identificar el tipo de actividad y el grupo beneficiado. Se observó en el

grupo de beneficiados con las actividades individuales a los trabajadores informales, que el 57% eran personas de sexo masculino y es de resaltar también como el año anterior la gran acogida que se tiene en temas como; Salud Ocupacional, Seguridad Social y Prevención de Riesgos.

Figura 13. Actividades Individuales realizadas a Trabajadores Informales según sexo. Medellín 2011



Fuente: Secretaria de Salud de Medellín

Encuestas Condiciones de Salud, Trabajo y Riesgos Laborales en la población laboral informal (mecánicos). Se realizaron 401 encuestas en los mecánicos de donde se identifican las siguientes condiciones de Salud y de Trabajo:

Las principales variables de las condiciones de salud de algunos trabajadores del grupo de mecánicos encuestados se encontró que el 66% no practica ningún deporte el 36% tienen hábito de fumar y el 70% consumen licor. Sobre el consumo de algún tipo de droga o sustancia psicoactiva el 83% respondió no consumir ningún tipo de sustancias y el 84% de los encuestados referencian gozar de buena salud.

De las personas que han sufrido algún accidente relacionado con el trabajo corresponde al 8.0% de esta población encuestada, distribuidas así: el 50% fueron accidentes por heridas, el 8.0%, lesiones músculo-articulares, el 30%, lesiones ocasionadas por golpes, quemaduras el 4.0%, y lesiones de fracturas 8.0%. Las partes del cuerpo que resultaron más afectadas se encuentran: la cabeza y cuello en un 17.4%, ojos 4.5%, tronco o columna 13.0%, manos 55.6%, resto de miembros superiores 9.1%, pies 14.3% y los resto de miembros inferiores 16.7% Informaron sobre los accidentes de trabajo el 21.9%, mientras el 78.1% no informo. Lo que refleja el que no se reconoce la notificación de los accidentes laborales como un elemento de importancia para el resto de compa-



ñeros de trabajo, y su el posterior control del peligro.

El puesto de trabajo es considerado por el 84.2% de los mecánicos encuestados como un lugar seguro para trabajar, mientras que el 15.8% lo consideran un lugar muy inseguro para trabajar. Esto dice que la cultura del cuidado en los mecánicos esta solamente en uno de cada 6 mecánicos encuestados. Por esta misma razón las capacitaciones en identificación de riesgos, estilos de vida saludables y la cultura del cuidado son fundamentales para provocar el cambio cultural en el trabajador informal. Las condiciones de trabajo que se manifiestan en el estudio son 68% utilizan en el puesto de trabajo sustancias de fácil combustión

para incendio o explosión, el 72 % se encuentra expuesta a las condiciones atmosféricas como la lluvia y el 54%. Respondió que tienen protección a la radiación solar. Al acceso de servicios sanitarios y duchas en el lugar de trabajo respondió tener acceso el 94% de los encuestados.

Vistas Monitoreos Mecánicos de Bayadera, Naranjal y Corazón de Jesús, CEDEZO La QUINTANA, C.C.P. y Gerencia la Iguana. Se realizaron 300 visitas de monitoreo durante el año 2011 y se observó (Tabla 1) los principales factores de riesgo a Mecánicos de Bayadera, Naranjal y Corazón de Jesús, CEDEZO La QUINTANA, C.C.P. del Municipio de Medellín, y Gerencia la Iguana.

Tabla 1. Factores de Riesgo prioritarios de los centros de Trabajo Informal. Medellín, 2011

GRUPO OBJETO	GRUPO DE RIESGO	FACTOR DE RIESGO	FUENTE
Emprendedores de Centro Comercial Popular del Municipio de Medellín, Cedezo Castilla, Quintana y Manrique, Gerencia de la Iguana, Plaza de Mercados la América y Placita de flores	Condiciones de seguridad	Locativos	Diseño inadecuado de espacios para los emprendimientos
		Falta de Almacenamiento, Orden, Aseo y Seguridad	Diseño inadecuado de espacios para los emprendimientos Bajo nivel de Autocuidado, seguridad y corresponsabilidad
	Físicos	Ruido	Vehículos (centros comerciales cercanos a vías públicas), Personas (falta de cultura)
	Psicosociales	Características del grupo social de trabajo	Bajo nivel educacional, cultural, bajo autoestimas, falta de corresponsabilidad, nula gestión del riesgo
Mecánicos Bayadera, Naranjal, Corazón de Jesús	Ergonómico	Sobreesfuerzos, y posturas forzadas e inadecuadas.	Al arreglar vehículos, adoptan posturas agachados, acuclillados, manipulan pesos (por encima de lo establecido en la norma 25 kg.). Contacto con objetos y elementos corto punzantes, proyección de partículas (cuchillos, bisturís, latas, vidrios etc.); contacto con superficies calientes, filosos, herramientas contundentes.
		Mecánico	
	Condiciones de seguridad	Público	Tránsito vehicular peligroso, Públicos (robos, atracos, asaltos, atentados, de orden público)
		Químico	Líquidos, sólidos y gases.
Gases y vapores	La presencia de humos de soldadura, de gases y vapores de disolventes por actividades conexas a la mecánica.		

Fuente: Secretaria de Salud de Medellín



Los mecánicos del sector del Barrio Corazón de Jesús y Naranjal no están organizados en comparación con el sector de Bayadera. Los mecánicos no estuvieron dispuestos cuando se les fue aplicar la encuesta de condiciones de salud y trabajo, dificultando el ciclo de capacitación como parte de la intervención a los factores de riesgos prioritarios junto con la jornada de salud, la cual si se pudo efectuar con el apoyo de la Gerencia Centro. Se percibe que en la zona donde trabajan los mecánicos existe población consumidora de sustancias psicoactivas y debe ser tenido en cuenta como un factor de riesgo público y psicosocial. Los factores de riesgo Químico y de Saneamiento Básico o Medio ambiente, representado por la manipulación de hidrocarburos, y el inadecuado manejo y desecho de residuos peligrosos (grasas y aceites) en sitios públicos como alcantarillas, o simplemente en las calles, no cuentan con procedimientos de ninguna clase, ni educación sobre el desecho de estos productos. El estar en la vía pública, implica el aumento del factor de riesgo público con relación al tránsito vehicular, y al robo de sus herramientas de trabajo.

La situación de Saneamiento básico o Medio Ambiente, está articulada a las actividades de la Fundación Coraje con el manejo de los aceites usados en los establecimientos organizados para el sector del Sagrado Corazón. Los mecánicos en general no utilizan elementos de protección personal, ni tienen la cultura del cuidado, ni conocen los riesgos por el manejo de sustancias químicas (aceites, grasas, disolventes, en general hidrocarburos), ni identifican el peligro de los polvos y los humos, ni de las enfermedades por las posturas forzadas y el esfuerzo de cargas.

Luego del diagnóstico de los mecánicos encuestados, se realiza una entrega de guantes y gafas de seguridad a los mecánicos, previo ciclo de formación y sensibilización en la cultura del autocuidado y de la corresponsabilidad, y también como

parte de la intervención al diagnóstico de las encuestas de condiciones de salud y trabajo; así mismo se entregó dos kits de botiquín de primeros auxilios, previa capacitación sobre el tema.

Actividades Educativas. Las actividades educativas tuvieron por objetivos concientizar en las ventajas de estar afiliado a la seguridad social integral y promover su vinculación, generar en los trabajadores informales el autocuidado y la corresponsabilidad, y orientar al trabajador informal y emprendedor a la identificación de los factores de riesgo de su trabajo como realizar prácticas seguras en sus unidades productivas.

Jornadas de Salud – Campaña Educativa. Como parte de la intervención técnico preventiva de los factores de riesgo prioritarios, según diagnóstico de la encuesta de condiciones de salud y trabajo aplicada a los mecánicos de los sectores de Bayadera, Barrio Corazón de Jesús y Barrio Naranjal, se introdujo la participación de grupo teatral, quienes en su interacción con los participantes de la jornada, trataron de reflejar los riesgos del trabajo, los actos inseguros, las condiciones ambientales peligrosas y algunas formas de prevención.

La pertinencia de la lúdica en las actividades educativas, transmitió más fácilmente a las poblaciones de bajo nivel educativo y cultural. Recalcando e impactando el autocuidado, la prevención de riesgos y los estilos de vida saludables que ayudaran a mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

Vigilancia de la accidentalidad en RECIMED (asociación de recuperadores). En el año 2011, un grupo organizado de 1000 trabajadores informales de RECIMED, presentaron los siguientes indicadores de accidentalidad; en total 24 accidentes entre el periodo de enero a octubre del año 2011. El 75% de los accidentes reportados le



ocurrieron a hombres, un recuperador se accidente en 2 ocasiones y el 50% de los accidentes fueron por contacto con elementos corto punzante.

El 91.7% de los recuperadores que se encuentran en el régimen subsidiado y el 100% de los trabajadores no se encontraban afiliados a un fondo de pensiones ni afiliados a una administradora de riesgos laborales.

De los 24 accidentes reportados, el 91.7% ocurrieron en el puesto de trabajo y el otro porcentaje por condiciones ambientales del lugar de trabajo. El 41.6% de los accidentes ocurrieron antes de 6 horas laboradas, el 12% entre 6 y 8 horas, el 12.3% entre 12 y 18 horas trabajadas y 8.3% antes de las 2 horas laboradas, el 92.7% de los accidentes ocurrieron en la calle. En el tipo de lesión, el 75% son heridas, el 16.6% por fracturas o luxaciones y golpe o contusión, el 4.2% por proyección de líquidos y por trauma superficial el 4.2%

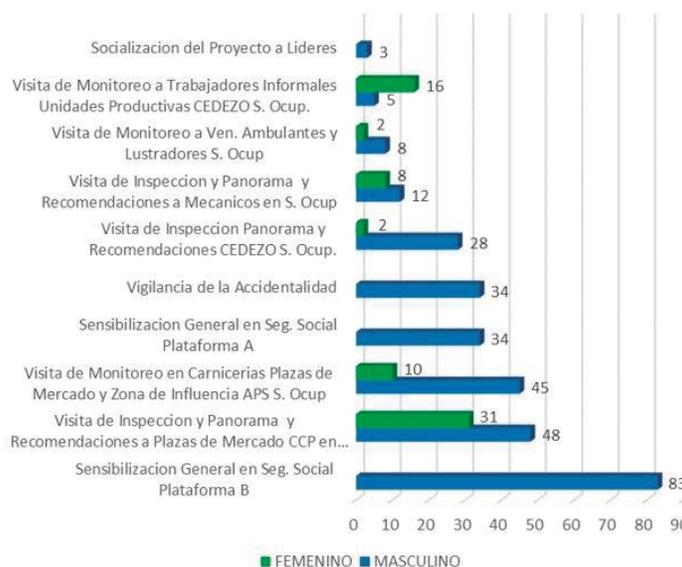
Seguimiento a Empresas Formales. Para la segunda visita se retomaron 100 empresas visitadas en el año 2010 con evaluación del grado de desarrollo inferior a 30% del programa de salud ocupacional, para medir el impacto del proceso de asesoría y promoción de la salud ocupacional

realizado en año anterior, en conformidad a lo establecido en la Resolución 425 de 2008 y Decreto Ley 1295 de 1994. Las empresas fueron el 84% pequeñas empresas, el 13% medianas y el 4% grandes empresas. Dentro de la visita a las empresas se hizo asesoría sobre el cumplimiento del plan básico legal, prevención del cáncer ocupacional, deberes y derechos de los trabajadores, se hizo entrega del formato de visita empresa y documento “estándares mínimos del Programa de Salud Ocupacional”.

Actividades Consolidadas de 2012. En el año 2012 se realizaron 369 actividades individuales en el sector informal los cuales se discriminan a continuación en la ilustración 15, donde se puede identificar el tipo de actividad y el grupo beneficiado.

Se observó en el grupo de beneficiados por las actividades individuales a los trabajadores informales, que el 75% eran personas de sexo masculino, es de resaltar la buena acogida que se tiene en temas como sensibilización en Seguridad Social. La gran mayoría de los trabajadores de las plazas son cabeza de familia, y la mayor parte del tiempo permanece en las instalaciones de trabajo laborando para conseguir su sustento.

Figura 15. Actividades Individuales realizadas en Trabajadores Informales según sexo. Medellín 2012



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín



Visitas monitoreo Plaza de Flórez, Campo Valdés y Centros de Desarrollo Zonal (CEDEZO). El objetivo de estas visitas consiste en que los emprendedores de las Unidades productivas de la Placita de Flórez, Campo Valdés y Cedezos, visibilicen los riesgos a los que están expuestos en su locales y en la ejecución de las actividades de sus emprendimientos, durante la visita de inspección se les hace sensibilización sobre los riesgos observados y se les visualiza situaciones que puedan representar peligro para su salud y para la seguridad del negocio, también se les enfatiza sobre la importancia de hacer prevención de accidentes y/o enfermedades en el puesto de trabajo.

Visitas seguimiento puestos de trabajo plaza La América, Centros de Desarrollo Zonal (CEDEZO) y Centros Comerciales Populares (CCP). El objetivo de este seguimiento es hacer verificación del cumplimiento de recomendaciones derivadas de los riesgos contenidos en el panorama de factores de riesgos del año 2011, para lo cual se visitaron 10 Unidades Productivas para verificar en este período 2012.

Capacitaciones plaza de mercado La América y Campo Valdés. Con el objetivo de sensibilizar sobre los riesgos observados durante la visita de seguimiento a unidades productivas de la Plaza la América se proyectaron 5 capacitaciones a sectores diferentes sobre factores de riesgos, seguridad social y riesgos en el hogar.

Mantenimiento autónomo mecánicos. Mantenimiento autónomo es una herramienta de seguridad que promueve a través de la inspección, la lubricación y la limpieza diarias a máquinas, equipos y herramientas ,mantenerlos en buen estado, aseadas, limpias, listas para ejecutar la labor; el propósito es que, el individuo, se autorregulen la ejecución de acciones seguras con prácticas sencillas, y las conviertan en parte

importante del quehacer cotidiano, para ello debe plasmarlas unos estándares que debe verificar en el tiempo, denominado matriz, con las fechas de ejecución de estos mantenimientos, y de esta manera tratar de formar hábitos de mantenimiento a las condiciones de trabajo, hacer mayor vida útil de las herramientas, atención inmediata a clientes, trabajo seguro y por ende prevención de accidentes laborales. Se realizó 50 actividades para mecánicos de los sectores de Bayadera, Corazón de Jesús y Naranjal.

Sensibilidad Almacenamiento, Orden, Aseo y Seguridad (AOAS) en Centros Comerciales Populares (CCP), Plataforma A y B. La sensibilización AOAS pretendió inculcar en los trabajadores informales de 50 locales de las plataformas A y B de los Centros Comerciales Populares del Municipio de Medellín, comportamientos más seguros y saludables en el sitio de trabajo, fomentando prácticas de aseo y seguridad para lo cual se visitó en el local y se sensibilizó uno a uno de los ocupantes de estos locales sobre la prevención de los riesgos, también se utilizó un plegable donde se exalta la importancia que los sitios de trabajo tengan sus mercancías almacenadas correctamente, haya completo orden, aseo y seguridad.

Total Actividades Consolidadas en el año 2013. En el año 2013 se realizaron 1248 actividades individuales al sector informal y se discriminan a continuación en la Figura para identificar el tipo de actividad y el grupo beneficiado.

Se observó en el grupo de beneficiados por las actividades individuales a los trabajadores informales, que el 67% eran personas de sexo masculino y en su totalidad fueron visitas de monitoreo y seguimiento, que se realizaron según el diagnóstico de los años anteriores ejecutando las intervenciones pertinentes para aportar en el cambio hacia la cultura del cuidado en el lugar de trabajo.



En las visitas de seguimiento a plazas de mercado se encontró que en la plaza de mercado La América se ha trabajado en el control de factores de riesgo como: Eléctricos, físicos, químicos, fenómenos naturales y saneamiento. En la placita de

Flórez se encontró que tienen fortalezas en el control de riesgos de tipo biológico, biomecánico y locativos. La plaza de mercado de Campo Valdés en factores de tipo psicolaboral y riesgo público.

Figura. Total Actividades Individuales realizadas por Sexo a Trabajadores Informales. Medellín 2013



Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

En los monitoreos a los Centros de Desarrollo Zonal (CEDEZ) se brindó asesoría y asistencia técnica en prevención y control de riesgos biomecánicos, locativos, fisicoquímicos a emprendedores para mejorar sus condiciones de seguridad y salud en el trabajo

Los factores de riesgo más observados en las vistas de monitoreo en mecánicos fueron: los biomecánicos dado por posturas inadecuadas, físico debido a larga jornada de exposición a radiación UV o solar y químico debido a la manipulación de solventes, grasas, gasolina y otros hidrocarburos, sin la protección adecuada, ni buenos procedimientos para el uso, ni la buena disposición final de los productos químicos.

Los factores de riesgo más observados en la población en condición de discapacidad fueron: riesgo psicosocial dada por la discriminación, locativos dificultades de movilidad, biomecánicos y físicos, debido a las largas jornadas de exposición a radiación UV o solar. Ausencia del uso de los elementos de protección personal en el lugar de trabajo.

Los factores de riesgo más observados en la población venteros ambulantes fueron: biomecánicos, físico, exposición a radiación UV o solar y biológicos por exposición a bacterias, falta de hábitos higiénicos y manipulación de dinero.

Los factores de riesgo más observados en panaderías fueron: posturas prolongadas de miembros



superiores e inferiores, sistema de transmisión de fuerza sin guardas de cilindros, molino y poleas, riesgo físico – químico, uso del gas sin protocolos para la atención de emergencias, escasa señalización y falta de extintores.

Los factores de riesgo más observados en la población de recicladores y/o recuperadores

ambientales fueron: biológico, ergonómico, físico, público y químico.

Para los expendedores de carne fueron: biomecánico debido a larga jornada de pie, mecánico por el manejo de elementos corto-punzantes, cuchillos, hachas, sierras eléctricas y riesgo biológico.

Tabla 10. Identificación de los Principales Riesgos de los Trabajadores Informales por Actividad Económica, Medellín – Año 2013

Población	Riesgo	Recomendaciones
Plazas de Mercado, mecánicos, recuperadores, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías,	Biomecánico	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones musculo esqueléticas por las malas posturas, por los sobre esfuerzos y por los movimientos repetitivos que se realizan en la labor. Se recomienda adquirir y practicar buenos hábitos ergonómicos.
Mecánicos, vendedores ambulantes y recuperadores	Posturas forzadas y Esfuerzos	Se capacitó en higiene postural y pausas activas para disminuir las afecciones musculo esqueléticas.
Plazas de Mercado, mecánicos, recuperadores, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares	Físico	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones por el ruido, la falta de iluminación y las radiaciones.
Mecánicos, vendedores ambulantes y recuperadores.	Ruido	Se capacitó en la identificación de riesgos, en el uso de elementos de protección personal y en el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicos, Centros Comerciales Populares	Iluminación	Se capacitó a los trabajadores informales en la identificación y control de riesgos y en el valor del cuidado.
Mecánicos	Radiaciones Ionizantes y no ionizantes	Se capacitó en la identificación de riesgos para el oficio, en primeros auxilios, en el uso de elementos de protección personal para soldadura y el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicos, recuperadores, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares	Biológico	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones por fluidos, por virus y bacterias, por mordeduras y picaduras de animales por las condiciones en la cuales se realiza la labor.



Población	Riesgo	Recomendaciones
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne.	Fluidos o excrementos	Se capacitó en la identificación de riesgos, en el uso de elementos de protección personal y en el valor del cuidado. Se les recomienda tener al día el cuadro de vacunas.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Mordeduras y picaduras	Se capacitó a los trabajadores informales en zoonosis y control de vectores, se les recomienda tener al día el cuadro de vacunas.
Plazas de Mercado, mecánicos, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	De Seguridad	Se capacitó a los trabajadores en el uso de los elementos de protección personal, mantenimiento de los equipos y en la identificación del riesgo público.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Mecánico y Eléctrico	Se capacitó a los trabajadores en el uso de los elementos de protección personal, mantenimiento de los equipos y el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Locativo	Se capacitó a los trabajadores informales en la identificación y control de riesgos, en orden y aseo, y en el valor del cuidado.
Mecánicos, recuperadores, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad.	Accidentes de tránsito	Se capacitó a los trabajadores en primeros auxilios y en el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Públicos	Se capacitó a los trabajadores en la identificación del riesgo público y en el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Químico	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones a la salud a que se ve expuesto a gases, vapores, material particulado.



Población	Riesgo	Recomendaciones
Mecánicos, recuperadores, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Gases, vapores y material particulado	Se capacitó en la identificación del riesgos químico con gases, vapores y material particulado.
Mecánicos, recuperadores, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad.	Atmosféricos	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones a la salud por condiciones atmosféricas como las lluvias, exposición solar, polución que viven en su la labor diaria.
Mecánicos, recuperadores, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad.	Precipitaciones	Se capacitó en primeros auxilios y en el valor del cuidado.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad, panaderías, zapaterías.	Psicosocial	En general los trabajadores informales desconocen las afectaciones psicosociales que se pueden generar por las largas jornadas laborales, las características de la organización del trabajo, la relación persona- tarea y las condiciones sociales donde están ubicadas diferentes Unidades Productivas.
Plazas de Mercado, mecánicas, recuperadoras, expendedores de carne, Centros Comerciales Populares, venteros ambulantes, personas en condiciones de discapacidad,	Características de la organización del trabajo y jornada de trabajo	Se capacitó en la identificación de riesgos, en orden y aseo y en el valor del cuidado.

Fuente: Secretaría de Salud de Medellín

Discusión

Aunque no existe consenso en su definición, los determinantes de la informalidad se asocian a factores estructurales de la economía, como la composición sectorial, la productividad, la pobreza, el tamaño de planta de la empresa; así como a factores institucionalistas referentes a barreras legales para la formación y funcionamiento de las empresas. La población formal es aquella población que se encuentra laborando y cuenta con afiliación vigente al Sistema General

de Seguridad Social (SGSS) amparado como cotizante en Salud, Pensiones y Administradora de Riesgos Laborales. Población informal es aquella que ejerce algún tipo de actividad laboral y que aun estando afiliado en algún régimen no tiene la figura de cotizante o como lo plantea la OIT “no puede ejercer derechos laborales”.

De los cinco años revisados de las intervenciones desarrolladas por la Secretaria de Salud de Medellín en materia de seguridad y salud en el trabajo, registradas en las bases de datos del SISPLAM se observó que del total de las actividades realizadas (12.835), el 29% son colectivas y el 71% indivi-



duales. El 94% de las actividades colectivas (3.547) se direccionaron al sector formal en 2 programas específicos: Monitoreo al Programa de Salud Ocupacional y Capacitaciones en Estilos de Vida Saludables.

De las 8838 actividades dirigidas a personas del sector informal el 19.5% se realizaron en la comuna La Candelaria centro de Medellín, donde se concentra en mayor parte esta actividad. El (53%) 4471 personas eran mujeres dejando entrever que son ellas de quienes depende el sustento de muchos hogares de la ciudad. La edad promedio de la población en ambos sexos fue de 41 años. Entre la población había 123 menores de edad siendo de estos el 60% de sexo femenino con edades entre los 8 y los 17 años. Hay que reforzar las estrategias para esta población articuladamente con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y la policía para la infancia y adolescencia.

Aproximadamente el 10% (868) personas superaban los 60 años, el 67% eran de sexo masculino con una edad máxima de 90 años, lo que permite visibilizar aún más las problemáticas en este grupo de edad de adulto mayor, para ser tenida en cuenta en la formulación de políticas públicas y por la secretaria de Bienestar social.

No hay una diferencia significativa en la etnia siendo el 99.6% mestizos. La población en situación de desplazamiento forzado la componía el 3%, Madres cabeza de familia 3% y con alguna discapacidad el 1%.

El 72% de las personas se encuentra afiliada al SGSSS 42% régimen contributivo y el 30% en el régimen subsidiado, no obstante esa población del régimen contributivo se encuentra en calidad de beneficiarios, quedando el 28% (2472) personas sin aseguramiento.

Los principales riesgos que tiene la población

informal son: Biomecánicos, Físicos Biológicos, Seguridad (riesgo público), Químicos, Atmosféricos y Psicosociales según la actividad que ejercen, dentro del levantamiento del panorama de factores de riesgo, se hacen las respectivas recomendaciones. Se evidencia la participación activa de los grupos de trabajadores de los centros de trabajo como las plazas de mercado, los centros comerciales populares y los Cedezos para el mejoramiento de la infraestructura física, se debe continuar realizando actividades de seguimiento para medir los avances en la cultura del autocuidado hasta que convierta en un buen hábito.

Dentro de la misión institucional de la Secretaria de Salud de Medellín esta la vigilancia, el control de la seguridad y la salud en los lugares de trabajo y por eso la intervención a través de los monitoreo y seguimientos a los programas de seguridad y salud en el trabajo y de las capacitaciones en estilos de vida saludables, pero los recursos invertidos en los proyectos no son suficientes para el sector informal, debido que a hoy se estima una población de 700.000 personas en la ciudad. El sector informal debe visibilizarse cada vez más para apoyarlos en materia de salud ocupacional. El sector formal debe ser intervenido en su totalidad por las Administradoras de Riesgos Laborales y destinar los recursos en planes y programas para la población más vulnerable de la economía.

Los esfuerzos realizados por la Secretaria de Salud de Medellín serán suficientes o debe ser corresponsabilidad intersectorial entre los actores del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) como: el Ministerio del Trabajo, las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) a contribuir con el bienestar de esta población, llevando programas que los concienticen del autocuidado individual y colectivo en el trabajo y enseñar a ejercer buenas prácticas de estilos de



vida saludable con el fin de lograr prevenir y disminuir las tasas de accidentalidad y morbi-mortalidad.

Las actividades colectivas deben acomodarse a las necesidades económicas de los trabajadores informales y a las metodologías de educación popular. No es fácil para un trabajador informal dejar su puesto de trabajo por más de una hora, pues ellos no tienen unas condiciones económicas fáciles como para dejar el puesto de trabajo por tres y cuatro horas, y desde la perspectiva de la educación popular tampoco es adecuado más de una hora.

Las actividades educativas tienen componentes metodológicos que se debe comenzar con un problema, con el cual se tendrá la atención del participante y desde allí darle solución diseñando objetivos, identificando unos contenidos temáticos para la solución del problema. Otro de los componentes importantes es el ¿cómo llevar acabo esta formación en el lugar de trabajo? La formación debe girar alrededor de preguntas que buscan la reflexión del adulto dentro de sí, estas preguntas buscan provocar un momento de consciencia donde confronten sus creencias y valores con los expuestos en la formación, y es por medio de esta confrontación de creencias y valores que se pueden llegar a cambiar los hábitos de vida.

El desarrollo de actividades prácticas y participativas lograra mantener al trabajador en un constante deseo por participar del proceso y lograra productos en cada sesión que con el tiempo necesitar y lo transformara en un mejor ser humano.

Desde la perspectiva temática el adulto no aprende por aprender, entonces los temas deberían ser concertados según las necesidades de los adultos y no deben ser impuestos. Adicionalmente, la cultura del cuidado debe ser desarrollada en las diferentes actividades colectivas que se proponga

con los trabajadores informales y no debe ser visto este espacio para la instrucción de normas y procedimientos, pues el cuidado de sí mismo debe ser el eje central en el cual, el ser humano estructure sus creencias y valores para evitar los accidentes y las enfermedades prevenibles.

Para el cambio de creencias y valores –cultura– en la población no se puede esperar luego de una formación de una hora por año. El cambio hacia la cultura del cuidado es el objetivo que se logra siendo cuidadoso, desarrollando actividades de control de riesgos, reflexionando sobre los actos inseguros y estimulando el amor propio. Todo cambio cultural requiere de constancia y metodología. La cultura del cuidado de sí, requiere de las diferentes herramientas didácticas de que se tenga acceso para ser entregados en cada sesión.

La formación es el elemento fundamental para el cambio en la conducta del ser humano por esta razón es importante la organización de los trabajadores para poder realizar intervenciones constantes en el grupo de personas y tener un vínculo con estos. Por esta misma razón tan importante son las trabajadores nuevos como mantener un contacto con los trabajadores de años anteriores pues son estos los que realmente estarían en el proceso de la cultura del cuidado.

Se requiere de mayor organización en los diferentes sectores informales para el desarrollo de procesos de mediano y largo plazo.

Se deben realizar mayor número de intervenciones en las poblaciones campesinas pues estos trabajadores laboran con agroquímicos, y estos generan gran cantidad de accidentes y enfermedades a esta población. Y el otro elemento a tener en cuenta es la cultura del cuidado que también necesita de procesos a largo plazo.



Se recomienda la intervención a las empresas formales en las que no han aumentado significativamente su porcentaje de implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. La prevención de enfermedades profesionales (2013) [sitio en internet]. Disponible: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_209555.pdf
2. Galvis, L. (2012). Informalidad en las áreas urbanas de Colombia. Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional 164, 12(1), 1-52.
3. De La Garza, E. (1999). ¿Fin del trabajo o trabajo sin fin?, Castillo, J. J., ed. El trabajo del futuro. Ed. Complutense, Madrid.
4. Escuela Nacional Sindical. Informe Coyuntura Laboral y Sindical. 2012. 30 de Abril de 2013.
5. Escuela Nacional Sindical. Informe Nacional de Trabajo Decente. 2011. Medellín, Octubre de 2012.
6. Espinoza, M. (2003). Trabajo decente y protección social. OIT, Santiago de Chile.
7. Observatorio de Políticas Públicas de la Alcaldía de Medellín. Pobreza y condiciones de vida de los habitantes de Medellín, 2010. [sitio en internet]. Disponible: [http://www.medellin.gov.co/ir-j/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subport al%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n% 20General/Documentos/DesarrolloEconomico/publicaciones/BoletinespecialMercadolaboral,Medellin2010_Informalidad.pdf](http://www.medellin.gov.co/ir-j/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subport%20al%20del%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/DesarrolloEconomico/publicaciones/BoletinespecialMercadolaboral,Medellin2010_Informalidad.pdf) Consultado 20 de octubre de 2007
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993[sitio en internet]. Disponible en: http://www.laseguridad.ws/consejo/consejo/html/biblioteca-legis/ley_100.pdf
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Medición del Empleo Informal[sitio en internet]. Disponible: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bol_ech_informalidad_abr_jun2014.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social [sitio en internet]. Disponible: <http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/decreto%203039.pdf>
11. Lanari, M.E. (2005) Trabajo decente: diagnóstico y aportes para la medición del mercado laboral local. Mar del Plata 1996-2002. Ed. Suárez, Mar del Plata.
12. Méda, D. (1995). El trabajo. Un valor en vías de extinción. Gedisa, Barcelona.
13. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente y protección para todos, prioridad de las Américas. Memoria del director regional a la 14ª reunión regional de los Estados miembros. Lima, Perú (1999).
14. Organización Internacional del Trabajo. Índice de desarrollo de trabajo decente 1990-2000. En: Panorama Laboral, Perú (2001).
15. Organización Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América latina (2002). Estimular el crecimiento con más trabajo decente: más y mejores empleo. Reflexiones para la discusión. Lima, Perú.



16. Revista Internacional del Trabajo (2003), Vol. 122, n° 2. Número monográfico. La medición del trabajo decente. OIT, Ginebra.
17. Rifkin, J. (1996). El fin del trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Paidós, Madrid.
18. Sen, A. (1999). Alocución en la 87ª Reunión de la OIT, Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra.
19. Somavía, J. (2000). Reducir el déficit de trabajo decente: un desafío global. Memoria del Director a la 89ª Conferencia Internacional del Trabajo. OIT, Ginebra.
20. Somavía, J. (2002). Globalización y trabajo decente en las Américas. Informe en la XV Reunión regional americana. Lima.
21. Observatorio de Políticas Públicas de la Alcaldía de Medellín. Pobreza y condiciones de vida de los habitantes de Medellín, 2011. Medellín 2012 [sitio en internet]. Disponible: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20de%20Ciudadano/Plan%20de%20Desarrollo/Secciones/Informaci%C3%B3n%20General/Documentos/DesarrolloEconomico/publicaciones/Bolet%C3%ADn%20General%20Laboral%202012/Pobreza%20y%20Condiciones%20de%20Vida%20de%20los%20Habitantes%20de%20Medell%C3%ADn%202011.pdf>
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Medición del Empleo Informal y Seguridad Social [sitio en internet]. Disponible: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_informalidad/bolet_ech_informalidad_ene_mar2012.pdf Consultado: 20 de octubre de 2007
23. Garzón, M. Gómez, R. Rodríguez, F. Indicadores y condiciones de salud en un grupo de trabajadores informales ‘venteros’ del centro de Medellín (Colombia) 2008 – 2009. Investigaciones Andina, vol. 16, núm. 28, 2014, pp. 932-948



Sistematización de Experiencia

La siembra - Experiencias interculturales en salud Sistematización evaluativa de la experiencia de aprendizajes de indígenas y afrocolombianos participantes del proyecto promoción de la salud con enfoque diferencial étnico en el marco de Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud de Medellín. Octubre- diciembre de 2018

Sowing - Intercultural experiences in health Evaluative systematization of the learning experience of indigenous and Afro-Colombian participants in the health promotion project with an ethnic differential approach within the framework of Healthy Communities of the Ministry of Health of Medellín. October- December 2018

Alejandra Valencia González¹, Sara Ortiz Ospina², Lina Gómez Lopera³

Forma de citar: Gonzalez-Valencia A, Ortiz-Ospina S, Gómez-Lopera L. La siembra - Experiencias interculturales en salud Sistematización evaluativa de la experiencia de aprendizajes de indígenas y afrocolombianos participantes del proyecto promoción de la salud con enfoque diferencial étnico en el marco de Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud de Medellín. Octubre- diciembre de 2018. Rev Salud Pública de Medellín. 2019 (1)

¹ Enfermera, Magister en Salud Colectiva Docente Facultad de Enfermería.

² Antropóloga, Estudiante de Maestría en Salud Colectiva.

³ Magister Educación y desarrollo humano Profesional referente educación para la salud Secretaría de Salud de Medellín.



Agradecimientos

A los participantes, indígenas y afrocolombianos, niños, jóvenes y adultos, que nos permitieron hilvanar desde su origen al contexto de ciudad; quienes le dieron vida a este proyecto con sus historias, sus risas, sus miedos y sus sueños. Por la posibilidad de crear juntos pese a nuestras diferencias. Por ustedes y su dedicación fluyó este proyecto.

A los Cabildos indígenas de Medellín: Chibcarikwak, Quillasinga-Pastos, Inga, Nutabe y Universitario por cuestionar, proponer y por dejarnos construir con ustedes la salud intercultural. Por buscar con nosotros lo que nos une y nos fortalece, sin olvidar que todavía tenemos mucho que aprender para construir realmente desde los saberes, experiencias y necesidades de los pueblos indígenas. Gracias a sus gobernadores por recordarnos la importancia de los procesos organizativos de los pueblos indígenas.

A las docentes indígenas María Alexandra Bastidas Jacanamijoy, Dubis del Carmen Guanga Jacanamijoy, Haidy Paola Cuantindoy Chasoy, Hernán Gaviria Quintero, por su compromiso con el derecho a la salud para los pueblos indígenas en Medellín. Por su dedicación para aprender a ser dinamizadores y a fortalecer el cuidado de la vida.

A los sabedores Francisco Jacanamijoy, Fidel Buesaquillo, Víctor Manuel Rodríguez por enriquecer nuestros aprendizajes con su sabiduría y experiencia. Por compartirnos rituales que nos ayudan a centrar en lo importante. Por recordarnos la importancia de la unidad y de nunca olvidar nuestra historia. Por armonizar nuestro caminar.

A la Fundación Etnosalud, MASPROCA, por su trabajo incondicional con las comunidades afro-

colombianas en Medellín para recuperar y fortalecer los saberes propios en salud afrocolombianos. Gracias por emprender este camino juntos para aprender y sentir la importancia de las historias afrocolombianas en Medellín, y así seguir fortaleciendo la salud intercultural.

A los docentes afrocolombianos, Willington Bejarano, Patricia Davila, Stella Davila y Delia Ibargüen, por su búsqueda en generar espacios que fortalezcan la comunidad afrocolombiana, por recordar y fortalecer los saberes de los participantes bailando y cantando.

Al sabedor Erasmo Tercero Cantillo, por compartir sus saberes y cariño por la salud, y a todos los sabedores afrocolombianos que nos acompañaron como participantes para profundizar en el cuidado de la salud.

A la Secretaría de Salud- Subsecretaría de Salud Pública- por sus apuestas por avanzar en la implementación del enfoque diferencial étnico en salud.

A Yesid Cuartas por aportar a la sistematización mediante la transcripción de las entrevistas y por su compromiso y disposición en todo el desarrollo del proyecto.

Al equipo de trabajo de este proyecto, Verónica Zuluaga, Ofelia Sánchez, William López, Alejandro Orozco por su dedicación, perseverancia y persistencia en lo logístico y académico. Por buscar siempre hacer lo mejor para las comunidades. Gracias también a los docentes de la Facultad de enfermería que estuvieron pendientes del proceso y aportando desde sus experiencias: Marcela Carrillo y Luis Emilio Bustamante.

A las Facultades de Enfermería y Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por la confianza y el apoyo.



Presentación

“Hay personas que anclan sus sueños a la realidad y siembran donde saben que van a cosechar”

Desde las múltiples maneras de abordar un proceso creativo como lo es la sistematización de experiencia, elegimos la metáfora de la siembra, la siembra de un árbol cualquiera que sea su tipo, entonces, para el caso es precisamente la siembra de la interculturalidad en salud (árbol) que se da a lo largo del proyecto “actividades de promoción y prevención en salud sobre estilos de vida saludables, con enfoque diferencial” de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín ejecutado por las Facultades de Enfermería y Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

Entre los productos de dicho proyecto estaban 11 procesos formativos, de estos seis eran para población privada de la libertad, dos para indígenas, dos para afrocolombianos y uno para artistas callejeros y el desarrollo de 22 eventos de ciudad denominados Navidades Saludables para abarcar aproximadamente a 5800 personas. Dicho proyecto estuvo orientado por un equipo interdisciplinario y se ejecutó entre octubre y diciembre de 2018.

En este marco de ideas, los procesos pedagógicos orientados a la población indígena y afrocolombiano enfatizaron en la recuperación de saberes propios, el diálogo intercultural y el fortalecimiento de la identidad étnica. Esto permitió configurar un campo y equipo de acompañamiento para el abordaje étnico e intercultural de los participantes.

Debido a esta particularidad, y según los acuerdos con la Secretaría de Salud se asume este eje étnico para el ejercicio de sistematización

evaluativa con la idea de presentar reflexiones sobre los aprendizajes de los participantes y algunas ideas para continuar con la implementación del enfoque diferencial étnico e intercultural en la atención en salud.

Nombrar el ejercicio de sistematización evaluativa como la siembra de la interculturalidad en salud, nos remite a considerar que para plantar un árbol, se requiere, primero elegir las semillas, preferiblemente las mejores, hacer un semillero para ponerlas a germinar y que así en la tierra oscura encuentre todo su potencial para que las plántulas crezcan, luego se trasplantan a la tierra arada y dispuesta para que sigan creciendo, allí en aquel lugar donde sus raíces se profundizarán, su tronco engruesa y sus ramas crecen, toda una vida de posibilidades.

En este orden de ideas, se presentan algunos apartados **1) La elección de las semillas y las condiciones** que obedece a la descripción de las decisiones metodológicas porque éstas en sí permitieron que el árbol fuera creciendo, entonces incluye qué, porqué y cómo sistematizar en esta experiencia, también incluye el para qué hacerlo que se relaciona directamente con los objetivos como horizonte para la siembra. **2) el abono del semillero** tiene que ver con las bases teóricas orientadoras, porque son los nutrientes que permiten que las semillas expresen su potencial; **3) el crecimiento de las plántulas** es en sí la trayectoria del proceso, esa narrativa de lo hecho que da cuenta de unos momentos de importancia que nos refiere una línea de tiempo y espacio, que dota de sentido la experiencia de los participantes y sus sentidos en este proceso; **4) plantar el árbol** es el apartado de resultados en el que crecen las ramas de los saberes ancestrales, la salud propia, y el compartir; y **5) el horizonte de crecimiento del árbol** que incluye las reflexiones finales y algunas orientaciones para que siga



haciéndose realidad la salud intercultural en las acciones de promoción de la salud en la ciudad de Medellín.

¡Una bienvenida a la siembra!

La elección de las semillas y condiciones

Toda siembra empieza con la proyección de la cosecha, y en particular con la elección de las mejores semillas, decidimos nombrar este apartado así, porque orienta el diseño metodológico que permite dar los pasos para que los resultados concreten aportes a las acciones en promoción de la salud con enfoque diferencial en la ciudad.

Sistematizar es un proceso de reflexión que pretende recuperar, ordenar y organizar lo que ha sido la marcha, el proceso y los resultados de una experiencia práctica y por ello hay varios caminos para dicha aproximación (Torres, 2000).

En este caso, se asume la vía de la reflexión sobre el significado del proceso para los participantes: indígenas y afrocolombianos del proyecto de promoción de la salud con enfoque diferencial étnico; el cual permite la construcción ordenada de la experiencia, la ordenación de la marcha, procesos y resultados y finalmente dilucidar el significado del proceso para los participantes en términos de aprendizajes (Jara, 1994; Ghiso, 1998).

Para dar una línea a los sucesos y decisiones que se tomaron para llevar a cabo este trabajo se tomaron de referencia a Barnechea y Morgan (1996) y sus cinco pasos: 1) la unificación de criterios que obedece a la ordenación de la información para definir qué sistematizar y la delimitación de la experiencia; 2) la definición de imagen-objetivos; 3) la reconstrucción de la

experiencia; 4) el análisis e interpretación; y 5) la comunicación de nuevos conocimientos producidos.

Aunque era claro el compromiso por sistematizar este proyecto, hubo limitaciones en los espacios para pensar y decantar la experiencia, debido a que el proceso formativo demandó mucho de nuestra presencia para garantizar el diálogo intercultural, además de la acelerada implementación y corto tiempo para el desarrollo del proyecto.

Sin embargo, inicialmente el equipo encontró momentos para unificar criterios, centrarse en un enfoque y pregunta, y en la adecuación de una ruta de recolección de la información durante y al final del proceso de formación de los grupos indígenas y afrocolombianos.

También, se definió el marco epistemológico dialógico interactivo en el que prima la comprensión de las experiencias como espacios de interacción, comunicación y relación. Dichas experiencias pueden leerse desde el lenguaje y desde las relaciones contextualizadas y por ello se construye conocimiento a partir de los referentes externos e internos que permiten tematizar las áreas problemáticas expresadas en los procesos conversacionales en la práctica social (Ghiso, 1998).

Bajo estas reflexiones, se aporta a resolver la cuestión de ¿Cuáles fueron los aprendizajes de afrocolombianos e indígenas a partir de su experiencia de participación en el proyecto Promoción de la Salud con enfoque diferencial étnico en el marco de Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud de Medellín?

La importancia de este ejercicio de reflexionar sobre la práctica de la promoción de la salud con enfoque diferencial étnico desde este proyecto, radica en recuperar los aprendizajes y la expe-



riencia de participación para apoyar los procesos de evaluación y la toma de decisiones para mejorar la oferta de programas, servicios y acciones para estas poblaciones según sus particularidades culturales. Asimismo, permite una ruta para comunicar la experiencia y dar cuenta de la apropiación de conocimientos desde la participación en el proceso de formación.

El horizonte en el que caminamos para el crecimiento del árbol de la interculturalidad supuso la construcción de unos lugares de llegada como objetivos orientadores de manera general y específica:

General. Describir los aprendizajes de afrocolombianos e indígenas a partir de su experiencia de participación en el proyecto de promoción de la salud con enfoque diferencial étnico en el marco de Comunidades Saludables de la Secretaría de Salud de Medellín.

Específico 1. Detallar la experiencia de implementación del proyecto promoción de la salud en términos de lo hecho y lo logrado.

Específico 2. Identificar los aprendizajes de los participantes según las experiencias particulares de cada grupo étnico.

Específico 3. Generar reflexiones que aporten al abordaje de la promoción de la salud con enfoque diferencial étnico en Medellín.

Además de la elección de semillas, hay un asunto muy importante y son las condiciones del clima: el aire, la luz, el agua y la tierra que para el caso se equiparan con las decisiones metodológicas que apuntan al cómo se realizó este proceso para el logro de los objetivos orientadores y del feliz término de la siembra del árbol.

Los pasos a continuación nos hablan del camino recorrido para esta sistematización y vienen a responder al **¿cómo se hizo?**

Mientras conocíamos la semilla, fuimos tomando notas, videos, fotografías y grabaciones de audio, así como diseñando algunas guías de entrevistas semi-estructuradas para cada grupo, incluyendo a las autoridades. Le poníamos mucha atención a las tensiones, discusiones y acuerdos durante las sesiones, para después reflexionar desde la experiencia. Todo este material lo organizamos.

La población total fue de 61 indígenas en dos grupos: uno con 18 niños entre 8 y 17 años, y el segundo de 43 adultos entre 18 y 48 años. Y la población total de afrocolombianos fue de 63 en dos grupos: uno con 26 niños y jóvenes entre 6 y 22 años y otro con 37 adultos entre 22 y 47 años. Para las entrevistas participaron seis indígenas: un hombre wayú que omitió su edad, una mujer de 39 años embera chami, una mujer de 57 años nutabe, una joven pasto de 16 años y una niña de 9 años inga. Y tres afrocolombianos: una mujer de 33 años, un joven de 19 años y una niña de 8 años. Los participantes se escogieron de manera aleatoria en la lista de asistentes a los encuentros y se entrevistaron en la medida que aceptaban. A cada uno se le explicó el objetivo de la llamada telefónica, y se hizo de manera conversada. Con los menores de edad, primero se conversó con el responsable para un asentimiento informado oral. En el caso de los pueblos indígenas, se optó por la variabilidad de la muestra en relación con la diversidad de los grupos étnicos de origen de los participantes.

Todas las entrevistas se hicieron una vez finalizado el proceso de formación, entre una o dos semanas después del cierre, para así permitir que el participante tomará distancia de su experiencia.



Las demás fuentes de información fueron, con indígenas: a) 11 grabaciones de audio y seis videos de algunos encuentros, b) 42 evaluaciones escritas (32 adultos y 10 niños) y c) cinco trabajos escritos de los participantes.

Con afrocolombianos: a) siete grabaciones en audio y cuatro videos de algunos encuentros, b) 50 evaluaciones escritas (adultos 22, jóvenes 12 y niños 16) y c) dos trabajos escritos de los participantes.

Posteriormente, se leyó el material en completitud y se ordenó con base en la pregunta y los objetivos para identificar unidades de sentido en los fragmentos de texto que se analizaron para determinar unas categorías, las cuales se interpretaron para dar cuenta de los aprendizajes de los participantes y de algunas reflexiones a modo de síntesis de las acciones en la atención en salud para indígenas y afrocolombianos en la ciudad. Al tiempo se realizó el relato de la experiencia para situar los momentos claves que hicieron posible el desarrollo del proyecto que es insumo de esta sistematización.

En la última sesión realizamos una evaluación con cada grupo, la cual contenía dos partes, la primera de apreciación tipo escala de Likert, y la segunda con preguntas abiertas. Todas tendientes a identificar aprendizajes y aspectos por mejorar en la experiencia. Así, estas perspectivas escritas también ayudaron a profundizar en el horizonte de la sistematización evaluativa.

Los cierres permitieron que aflorará la palabra para describir los aprendizajes ya que los participantes, los docentes y los líderes compartieron sus reflexiones. Las entrevistas como los cierres de evaluación fueron grabadas en audio, en algunas veces en video y en fotografía.

Para los grupos indígenas la información acopiada fueron: a) seis entrevistas semi-estructuradas, b) 11 grabaciones de audio y seis videos de algunos encuentros, c) 42 evaluaciones escritas (32 adultos y 10 niños) y d) cinco trabajos escritos de los participantes.

Y en lo concerniente a la población afrocolombiana, el material para analizar se corresponde con: a) tres entrevistas semi-estructuradas, b) siete grabaciones en audio y cuatro videos de algunos encuentros, c) 50 evaluaciones escritas (adultos 22, jóvenes 12 y niños 16) y d) dos trabajos escritos de los participantes.

Posteriormente, se leyó el material en completitud y se ordenó con base en la pregunta y los objetivos para identificar unidades de sentido en los fragmentos de texto que se analizaron para determinar unas categorías, las cuales se interpretaron para dar cuenta de los aprendizajes de los participantes y de algunas reflexiones a modo de síntesis de las acciones en la atención en salud para indígenas y afrocolombianos en la ciudad. Al tiempo se realizó el relato de la experiencia para situar los momentos claves que hicieron posible el desarrollo del proyecto que es insumo de esta sistematización.

Los apartados que recogen el relato de la experiencia (crecimiento de las plántulas), los aprendizajes generados por la experiencia de participación en el proyecto (plantar el árbol), y las conclusiones (horizonte de crecimiento del árbol) son el producto final de este recorrido.



El abono del semillero

La buena siembra requiere de cuidado para que las semillas germinen, por ello es fundamental el balance de la tierra, el aire, el sol y el agua.

En este trabajo de volver a la experiencia como siembra, los conocimientos ayudan a dotar de sentido a las acciones de todos aquellos sembradores (participantes). Y así, se aprende en la práctica a mejorar los conocimientos de siembra. En todo este proceso, los referentes orientadores han sido abono y nos han acompañado desde el origen de manera discreta y dinámica para ir construyendo la experiencia y reflexiones: los grupos étnicos, el contexto urbano, la promoción de la salud, la educación para la salud y la interculturalidad en salud han sido los elementos centrales de conocimiento que nos han ayudado a discutir, compartir y a tomar decisiones para ir aprehendiendo como lo que sabemos influye en la experiencia, y a su vez en un espiral continuo, la experiencia cambia o fortalece nuestros saberes.

Grupos étnicos en contexto urbano

Un grupo étnico se consideraba como una comunidad que,

“...en gran medida se autopropetua biológicamente, compartía valores culturales fundamentales realizados con unidad manifiesta en formas culturales, integraba un campo de comunicación e interacción, cuenta con unos miembros que se identificaba a sí mismo y son identificados por otros y que constituía una categoría distinguible de otras categorías del mismo orden” (Barth 1976, p.11).

Estas características llevaban a construir teóricamente comunidades aisladas, estáticas, a históricas y homogéneas, y nos impedían comprender la realidad de los grupos étnicos y sus relaciones con las sociedades y culturas humanas (Barth 1976).

De este modo, los debates realizados entorno a los grupos étnicos desde una perspectiva histórica y antropológica nos permitieron replantear a un grupo étnico “...como una organización social local caracterizada a partir de normas de auto-inclusión y de atribución por otros, orientada por un sistema de valores. Este sistema de valores se dinamiza por prácticas de producción y reproducción de la vida material y social, las cuales ordenan las relaciones internas y externas, definiendo sus límites étnicos” (Bari, 2002, p.153). El concepto de grupos étnicos y etnia pueden homologarse “...ya que comparte en su definición características claves, como su condición de grupos con identidades propias que les permiten diferenciarse y relacionarse con los otros” (Valencia, 2013, p.33)

Las relaciones de interacción tanto interétnicas (auto-adscripción y la adscripción por otros) como intraétnicas (auto-inclusión) se configuran constantemente según normas de inclusión e identificación, las cuales son utilizadas por los actores dentro de los grupos étnicos para categorizarse a sí mismos y a los otros, con fines de interacción (Barth, 1976, p45). Esta característica permite dar cuenta de las posibilidades individuales en lo colectivo de la creación, selección, preferencia o de la opción de las referencias étnicas, ya que no son ontológicas sino el producto de interacciones complejas tanto dentro del grupo étnico como entre ellos.

Las etnias como organizaciones sociales particulares se entienden por su existencia relacionada con otros grupos semejantes pero también con un



contexto mayor lo cual permite "...caracterizarlos como minorías vinculadas de manera contrastante y contradictoria con una estructura mayor hegemónica" (Bari, 2002, p.154). Así "...a parte de su condición de diferencia, subyace la de desigualdad" (Valencia, 2013, p.33). En otras palabras, las relaciones interétnicas entre las minorías y las sociedades dominantes son producto de situaciones en las que los grupos étnicos actúan con razones y propósitos diversos en medio de relaciones de poder asimétricas (Bari, 2002).

La etnia resulta como una categoría descriptiva para unidades socioculturales minoritarias en medio de una sociedad hegemónica, con un proceso histórico e identitario propio y distintivo (Valencia, 2013). Así, tanto las etnias indígenas como afrocolombianas tienen una organización social que les permite a los individuos auto-incluirse, pero también a otras personas por fuera del grupo étnico atribuirle a una persona un grupo étnico específico. Ambas normas de auto-inclusión y de atribución externa son orientadas por un sistema de valores que se dinamizan por prácticas de producción y reproducción de la vida material y social las cuales configuran relaciones dinámicas con una sociedad dominante, en este caso la sociedad mestiza de Medellín. En Latinoamérica, territorio diverso donde han convergido grupos étnicos indígenas, africanos principalmente traídos como esclavos de África, los mestizos producto de los contactos biológicos, sociales y culturales entre diferentes grupos y los españoles y sus descendientes (Gómez et. al, 2015), la migración urbana ha aumentado debido a la apropiación de los territorios de las poblaciones que han sido históricamente rurales tales como los indígenas y afrocolombianos. Colombia no es ajena a estos procesos, de hecho la migración hacia los centros urbanos ha ocurrido por el desplazamiento forzado causado por la violencia política y/o por las promesas de desa-

rollo y del mejoramiento de la calidad de vida en la ciudad (Rivera, 2016). Estas situaciones han también significado nuevos retos para reflexionar y proponer acción con los grupos étnicos en el contexto urbano.

Medellín es una ciudad de amplia diversidad cultural desde su fundación en 1616 con la presencia de blancos, mestizos, mulatos, afrocolombianos e indígenas (Gómez et. al, 2015, p.21). No obstante, pese a muchos intentos institucionales y de diversas organizaciones sociales, el contexto urbano para estos grupos étnicos se ha caracterizado por censos inexactos, pérdida de tradición, poco reconocimiento institucional legal, altos índices de población desplazada, en situación de pobreza o mendicidad, y "...por encima de todo la falta de una clara política pública que dé respuesta a estas necesidades bajo el espectro de un paradigma sociocultural urbano" (Rivera 2016, p.22).

Para el caso indígena, su presencia en Medellín es prehispánica, aunque durante la conquista fueron desplazados a diferentes puntos de trabajo agrícolas y mineros en Antioquia. Su migración sistemática contemporánea hacia las ciudades colombianas, y especialmente hacia Medellín, se remonta a la década de 1920; incrementándose hacia la década de 1950 principalmente por la violencia política en las zonas rurales (Cf. Alcaldía de Medellín, 2002 citado en Zapata, 2014).

En este momento, habitan aproximadamente 34 pueblos indígenas, incluyendo pueblos como los Cubeos, Ingas, Kametzá, Kichuas, Embera Katios, Embera Chamies, Emberá Dovidias, Embera Siapidaras, Yucunas, Tucanos, Desanos, Wayús, Coguis, Zenues, Guna Dule, Quillasingas, Boras, entre otros (Gómez et. al, 2015). Según la encuesta de calidad de vida realizada por la Alcaldía de Medellín, se estima que en la ciudad habitan alrededor de 2000 indígenas



(Alcaldía de Medellín, 2008 citado en Gómez et. al, 2015).

Se presenta el mayor número de habitantes indígenas en la zona centro-oriental, conformada por las comunas Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria, seguida de la zona Suroccidental conformada por las comunas Guayabal y Belén y posteriormente por la zona Nororiental en las comunas Santa Cruz, Popular, Manrique y Aranjuez. Esta población pertenece a los estratos bajo, medio-bajo y bajo-bajo. De este modo, la gran mayoría presenta limitaciones en sus condiciones de vida: vivienda, empleo, educación, salud y alimentación, entre otras.

Como propone Sevilla (2007), el indígena urbano se enfrenta con varias situaciones tales como: la dicotomía entre auto-reconocimiento y reconocimiento externo sobre un constructo cultural, el dilema de legitimidad y legalidad complejizados por la acción burocrática y el choque cultural de tradiciones rurales enfrentadas a un territorio urbano. De este modo, en Medellín, para poder agrupar a la población indígena que llegaba de diversos lugares del país y así poder proporcionar su acceso a servicios básicos de salud y educación se constituye su primer Cabildo, Chibcarikwak, en 1979 (Sinigüí, 2007). Posteriormente, la misma población indígena fue creando otros cabildos indígenas como el Quillasingas-Pastos, Inga-Kamsá, Nutabe y el Cabildo Indígena Universitario para seguir con su organización política, social y cultural en la ciudad.

En el caso de los afrocolombianos, su presencia en Medellín data desde la colonia, cuando la gran mayoría desempeñaba las labores mineras, agrícolas y domésticas. No obstante, fue principalmente en la mitad del siglo XX que se empezaron a conformar asentamientos especialmente del Chocó en sectores como Barrio Antioquia, La Iguaná, Robledo, Sucre, Moravia, Belén Zafra y

La América buscando una mejor calidad de vida (Wade, 1987 y 1997; Yépez, 1984 citado en Montoya & García, 2010). Finalmente, la migración de la población afrocolombiana en Medellín sigue por la violencia política en sus territorios, la cual obliga a muchas familias a huir pues su territorio hace parte de intereses económicos que los excluye, provocando “[...] además de los renombrados asentamientos por invasión y de la conformación de paisajes asociados con la miseria[...], el advenimiento a la ciudad de culturas rurales con sus saberes y conocimientos legados de la tradición étnica afrocolombiana” (Montoya & García, 2010, p. 45).

Sin tener en cuenta el subregistro, la proyección del DANE a 2010, promedia que la población afrocolombiana de Medellín es de alrededor de un 10%; es decir 218.068 habitantes que se auto percibe o identifica como negro, moreno, mulato, raizal, chocoano, urabaense, de la región del pacífico, San Basilio o Medellín o como afrocolombiano (Alcaldía de Medellín, 2010 citado en Gómez et. al, 2015), lo que vislumbra una amplia diversidad al interior de la población afrocolombiana.

La identidad y el territorio son esenciales para sostenimiento y posibilidad de supervivencia física y cultural de los afrocolombianos. De esta forma, el destierro al contexto urbano, muchas veces, pone en evidencia “[...] su exclusión sistemática del modelo hegemónico de ordenamiento territorial en Colombia” (Montoya & García, 2010, p. 45) al mismo tiempo que procesos de reacomodación, hibridación y lucha por mantener el legado de sus ancestros.

Las diversidades culturales en los espacios urbanos-ciudadinos deben coexistir “[...] en una ciudad industrial y en una ciudad informacional en el marco de desarrollo urbano contradictorio” (Gómez et. al, 2015, p.19) lo cual estandariza la



ciudadanía actuando bajo el supuesto de una ciudad inclusiva. Los retos son muchos para los indígenas y los afrocolombianos en una ciudad como Medellín que históricamente no ha reconocido sus raíces diversas. La inclusión institucional no puede opacar a estos grupos, sino fortalecer sus producciones, construcciones y saberes por encima de un dictamen burocrático. No obstante, también es importante resaltar que una de las dificultades es la organización política tanto de los indígenas como los afrocolombianos (Zapata, 2014) en parte por la dispersión de la población en el territorio urbano, las diferencias intraétnicas pero también por los conflictos de intereses entre los líderes.

“En este contexto, la construcción de identidad para mirar al futuro desde una perspectiva afrocolombiana e indígena en la ciudad se remonta a la historia, a las formas de ver el mundo, a la conformación de la vida, de visibilizar la historia, al presente que se desconoce, a nuestros líderes, hombres y mujeres, que han sembrado caminos para la creación de una identidad propia, para que ésta trascienda y se reconozca en los espacios de socialización que permiten conocer estas dinámicas. Ellas son lo que, en definitiva, hace posible el acercamiento con el otro, el conocimiento de lo endógeno y lo exógeno, el compartir sentimientos que en definitiva están a favor de la generación de propuestas educativas, sociales, políticas, comunitarias, para todos los grupos culturales que conforman la ciudad” (Sinigüí, 2007, p.214).

Promoción de la salud

La promoción de la salud ha tenido diferentes acepciones, pasando por ser la suma de acciones para el logro de la salud hasta la comprensión de la salud como derecho y en este marco de ideas tan amplias, Marchiori (2003) agrupa las definiciones en dos abordajes: uno, que enfatiza en los comportamientos individuales, de manera que

orienta sus acciones a la modificación de estilos de vida; y otro, que propone una relación con los determinantes de las condiciones de salud y vida desde donde se orientan las acciones colectivas. Este último ha tenido menos desarrollo, por la preponderancia en las prácticas individuales, tales como los estilos de vida saludables con estrategias educativas para modificar comportamientos.

De ahí, se hace necesario tomar la postura de la promoción de la salud entendida en el marco de la salud como derecho humano fundamental que implica desde la acción un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad.

Chapela y Jarillo (2001) sustentan que la promoción de la salud busca transformar las realidades de los sujetos individuales y colectivos inmersos en relaciones comunitarias, con los propios sujetos y desde los propios sujetos, valorando, incluyendo los modos de percibir, pensar, definir, indagar, optar y actuar del sujeto transformador, reconociendo su naturaleza natural (biológica) y simbólica (socio – histórica) que se construye cada día y que es susceptible de cambiar a través de procesos pedagógicos.

En esta búsqueda por transformar las realidades de los sujetos surge la promoción de la salud emancipatoria (Chapela, 2007a), que considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimiento independientemente de los expertos o de las instituciones y, con base en ese conocimiento, dar significado, valor y sentido a su mundo y práctica. Asimismo, asume la emancipación de los sujetos como una condición de la salud, y por ello superar la pobreza y la enfermedad son resultados de dicha condición.

Por lo tanto, la acción de promoción de la salud se sustenta en unas características centrales: compromiso con la salud como derecho humano



fundamental; equidad; consideración de lo social, lo ambiental y lo personal como influencias de la salud; empoderamiento; participación; responsabilidad social; y trabajo en asociación con individuos, comunidades y organizaciones (Chapela, 2007b).

Para que estas características se den es, de importancia reconocer la cultura de los sujetos que viven y expresan su salud en contextos particulares y diferenciales, de allí que la promoción de la salud reconoce la existencia de una dimensión cultural y aboga por el respeto por las diferencias, creencias y modos particulares de vida de los grupos particularmente diferenciados.

La promoción de la salud propone, además una transformación cultural favorable a la salud y el bien-vivir, que permee el conjunto de representaciones y relaciones que se establecen entre los diferentes actores sociales, sea en el ámbito individual o colectivo. Esta es una condición necesaria para superar la inequidad, la dependencia, la intolerancia o la exclusión.

Educación para la salud

Para el anclaje de este proyecto se toma de referencia el enfoque de educación para la salud como un conjunto de orientaciones conceptuales y metodológicas que la Secretaría de Salud de Medellín –SSM-, viene trabajando desde el año 2013.

El concepto que orienta su trayectoria en educación para la salud, es tomado de Zea (2007) en el que se expresa que ésta es una "práctica social intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud hacen los individuos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano" (Secretaría de Salud de Medellín,

2017). Dicho concepto se enraíza en la pedagogía crítico social que se dirige a las transformaciones a partir de las decisiones conscientes.

Al tiempo, implica como lo expresa la Secretaría una apuesta por una educación orientada al buen vivir, pertinente y coherente con las necesidades, saberes y experiencias de las comunidades.

En este orden de ideas, se propone incorporar el enfoque de educación para la salud a través de metodologías vivenciales orientadas a la movilización de experiencias para el cuidado de la salud con una estructura didáctica compuesta por tres momentos pedagógicos (Secretaría de Salud de Medellín, 2017):

Momento 1: Entrelazándonos

Este momento hace referencia a la identificación de los saberes, sentires, emociones y expectativas que tienen los participantes alrededor de la salud y la vida. Mediante un Diagnóstico Rápido Participativo (DRP), se identifica con el grupo, las necesidades e intereses para el cuidado de la salud y la vida (mitos, creencias, estereotipos y prácticas).

Hasta este momento, el proceso formativo permite lograr que los facilitadores, identifiquen las necesidades e intereses; se definen conjuntamente los temas que abordarán en el proceso de formación y se desarrolle una idea creativa (metáfora) del proceso como idea vinculante relacionada con el cuidado de la salud y la vida.

Para ello es fundamental que el facilitador dinamice la creación de ambientes de aprendizaje, entendidos como los espacios físicos, las relaciones sociales, las interacciones con el entorno, que contribuyen a la adquisición y creación de conocimientos y valores.



Seguido a ello, se plantean actividades que permitan generar sensibilización, motivación, generación de acuerdos y compromisos y la identificación de experiencias y vivencias de los participantes relacionadas con el propósito educativo.

Momento 2 Caminando juntos

Hace referencia a la reflexión y a la conceptualización, los cuales son elementos claves del ciclo de aprendizaje experiencial y busca que los participantes encuentren explicaciones a sus inquietudes, busquen significados y den nuevos sentidos a sus realidades a través de la práctica, para integrar sus aprendizajes con las vivencias y generar nuevas comprensiones.

Momento 3 Recogiendo frutos

Este momento posibilita la movilización del pensamiento y de la acción, para generalizar lo aprendido e incorporarlo a otras situaciones de la vida. Este es el cierre del ciclo de aprendizaje experiencial, y es la oportunidad para reflexionar sobre lo aprendido.

En estos lineamientos se hace una decidida apuesta por el diálogo de saberes como proceso en el que se ponen en interacción las lógicas de los participantes que son diversas y el aprendizaje experiencial que se fundamenta en la experiencia, que a la vez orienta la reflexión, permite la conceptualización y en sí lleva a la aplicación de los saberes.

La Secretaría de Salud de Medellín en la propuesta metodológica, da importancia al rol del educador como facilitador de los procesos pedagógicos, es decir, el responsable de dinamizar entre los conocimientos científicos, los saberes propios y las experiencias personales, mediante una relación dialógica, bidireccional y concertada.

Actualmente la Secretaría de Salud, viene cualificando la propuesta de educación para la Salud, a partir de las experiencias pedagógicas que se implementan en sus programas y proyectos como apuestas integrales que apuntan a desarrollar capacidades en los sujetos para el cuidado de la salud y la vida.

Interculturalidad en salud

La comprensión de la interculturalidad supone el reconocimiento de la cultura como un sistema múltiple y diverso, como una forma de organizarse para vivir la vida la cual no está ligada inexorablemente a la biología o el medio geográfico sino concebida como una creación simbólica, una construcción conjunta y experiencial del mundo; en esa idea de diversidad cultural se exhorta a, ... entender la cultura como un proceso de construcción de realidad, inmerso en relaciones de dominación, en el que juegan los propósitos, los intereses y las emociones, los que a su vez responden a las condiciones también cambiantes del contexto, implica visualizarla como dinámica, abierta, relacional, fragmentaria, heterogénea, contradictoria, siempre en permanente creación por parte de sociedades que reaccionan, rechazan, resisten, que apropian y dan significados de maneras diversas a sus coyunturas, sus entornos, sus contextos (Serje, Souza & Pienada, 2002 p.125).

Asimismo, esta mirada se enlaza adecuadamente con el estudio de los grupos étnicos colonizados inmersos, en permanente y necesaria relación con la sociedad colonializadora/occidental.

Para Cardoso de Oliveira (2007) la interculturalidad está relacionada e con el estudio de las culturas y los grupos humanos hoy, pues la relación es la clave para comprender las dinámicas en sus múltiples formas: contacto, alianza, exterminio, sometimiento y demás.



De igual forma destaca el autor que el abordaje de la interculturalidad se corresponde con el contacto interétnico entendido como relaciones entre individuos y grupos de diferentes procedencias – nacionales, raciales, culturales; por ello la interculturalidad remite a contactos en los que hay ganancias, pérdidas, tensiones rupturas, persistencias y resistencias, por lo tanto se hace visible en el nivel estructural, el grupal y el interpersonal.

Precisamente la interculturalidad supone relaciones asimétricas y de conflictividad, en términos de Albán y Rosero (2016) quienes plantean que más allá de ser una armonía absoluta, implica una utopía realizable en razón de reconocerla como construcción socio histórica que implica su consonancia con un proyecto político, ético y epistémico para la posibilidad de existencia digna.

Dicho asunto se complejiza al momento de relacionar la interculturalidad y la salud en el plano de la acción práctica que conllevan a la interculturalidad en salud, la cual es entendida como el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del otro en el proceso de atención de salud (Alarcón, Vidal & Neira, 2003).

Por su parte Menéndez (2016) considera que en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a/p) es necesario analizar los procesos de interculturalidad operantes en la vida cotidiana y a partir de ellos impulsar y concretar objetivos interculturales en salud que se expresan en dos niveles a saber: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas (occidental y propia), y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción.

La interculturalidad en salud trae consigo unas relaciones asimétricas que en algunos casos no se han tenido en cuenta en el campo de la salud, por no asumir que en los grupos étnicos funcionan simultáneamente relaciones de solidaridad y cooperación junto con relaciones de conflicto y violencia (Menéndez, 2016).

Lozano (2017) analiza algunas de las problemáticas que afronta la interculturalidad en salud, entre las que están: a) postura ética para enfrentar la discriminación hacia pueblos indígenas y afrocolombianos; b) marco teórico para la comprensión del proceso-salud-enfermedad desde disciplinas como la antropología; c) estrategias de sensibilización orientadas al personal de salud en lo que implica la comprensión del otro como persona con identidad cultural diversa; d) orientaciones para los planes de adecuación intercultural de los servicios de salud; e) justificación para la medicalización del saber tradicional de indígenas y afrocolombianos; f) discurso conciliador y paternalista del modelo biomédico respecto a otros saberes originarios; g), desconocimiento de actores tradicionales: parteras, hueseros, curanderos, yerberos; entre otros.

Finalmente, la interculturalidad en salud es un campo que además de estar en disputa está en construcción e implica transformaciones estructurales de largo plazo que van más allá del sector salud y que implican al Estado y sus instituciones así como a las organizaciones indígenas y afrocolombianos.



Crecimiento de las plántulas

Todavía el proceso es germinal y para que las plántulas crezcan se requieren manos que cuiden, que rieguen el agua necesaria, que protejan de las corrientes de aire y que resguarden del sol ardiente, unas manos que permitan la expresión de la vida en el naciente árbol.

La interculturalidad ha existido desde todos los tiempos, pues siempre que dos o más sociedades diferenciadas se encuentran, entre sus intercambios, estarán esos saberes conectados al origen de la vida en los que se encarna la salud y su cuidado. De allí vienen la idea de esta metáfora de manos que siembran, porque de alguna manera, desde que se gestó la idea, hasta que se ejecutó y aún ahora, luego de terminarse, sigue creciendo la interculturalidad en salud en Medellín, esa es la semilla que se plantó a muchas manos.

Pensar en la siembra

Para este proyecto -árbol- alguien lo imaginó y se dedicó a crear las maneras para que fuera posible. En la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín desde el año 2012, se plantearon varias propuestas de promoción de la salud con enfoque diferencial, dirigidas a grupos específicos como la primera infancia, la población privada de la libertad y los cuidadores de población en situación de discapacidad y/o movilidad reducida.

En los años 2015-2016, se intentó incorporar a la comunidad indígena en el marco de la promoción de la salud con enfoque diferencial, pero no estaban los elementos necesarios para lograrlo. Sin embargo, algunos indígenas de la comunidad Inga, lograron hacer parte del proceso de formación como agentes primarios en salud y se integraron en varias propuestas de la ciudad, aportando sus experiencias desde la salud propia e intercultural.

Con la comunidad afrocolombiana, se proyectaron acciones de promoción de la salud, en el marco de proyectos de ciudad como cultura del cuidado en el entorno educativo, servicios amigables para jóvenes, entre otras estrategias; pero no se planteó una propuesta propia a las construcciones de salud que tienen los grupos étnicos.

Durante el año 2017, la Secretaría de Salud de Medellín para la implementación de Política Integral de Atención en Salud -PAIS- y el Modelo de Atención Integral, -MIAS- se planteó estrategias de abordaje integral socio sanitario con enfoque diferencial, donde se realizó un acercamiento y validación con diversos actores que hacen parte en la atención integral de dos grupos de interés: Ciclo vida vejez y población en situación de discapacidad.

Para el año 2018, la Secretaría de Salud, se incluye en la estrategia de abordaje socio sanitario, el análisis de la atención integral con enfoque diferencial a comunidades indígenas en el proceso de gestión y articulación con actores a través de una contratación de servicios profesionales especializados; paralelo a ello, se inicia con el diseño del proyecto de promoción de la salud con enfoque diferencial étnico.

En junio de 2018, empieza a nacer el proyecto como una apuesta exploratoria de promoción de la salud con el propósito de comprender y actuar ante las necesidades e intereses de la población afrocolombiana e indígena que habita la ciudad de Medellín. Se delega a una licenciada en educación especial, servidora pública de la Secretaría de Salud y referente del componente de educación para la salud, para gestar la idea y proponer los elementos técnicos y metodológicos.

De esta manera iniciamos con la elaboración de los estudios previos, sabíamos que esta propuesta debía tener unos cuidados especiales para su



crecimiento que no se habían contemplado en otras propuestas anteriores donde se abordaba el enfoque diferencial.

Es por ello que desde la Secretaría de Salud, realizamos un encuentro con la Unidad de Etnias de la Secretaría de Inclusión Social y Familia para presentar la propuesta general, conocer el proceso que estos vienen realizando en el marco de la política pública con comunidades indígenas y afrocolombiana y validar las orientaciones para el nuevo proyecto.

De esta manera las especificaciones técnicas del proyecto en común acuerdo, contemplaron las ideas de cómo cuidar la siembra; de las consideramos importante mencionar:

La concertación previa con las comunidades indígenas y afrocolombianas para la implementación del proyecto y la selección de los participantes.

La realización de un Diagnóstico Rápido Participativo y con base al resultado, realizar una planeación educativa previamente concertada con los grupos.

Priorizar los contenidos definidos por las comunidades en el marco de la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y sus intereses y necesidades como etnias.

Definir los docentes facilitadores de los procesos educativos que identifiquen y sean parte activa de las comunidades étnicas.

Incorporar y flexibilizar con la comunidad el material pedagógico y la alimentación acorde a su cultura y necesidades.

Incorporar sabedores (personas referenciadas por una comunidad étnica que tienen un conocimien-

to ancestral y son validados por su comunidad) en calidad de docentes y facilitadores.

A partir de estos acuerdos validados y descritos en el estudio previo, se procede a invitar mediante convenio interadministrativo a dos Facultades de la Universidad de Antioquia por su experiencia e idoneidad: Facultad Nacional de Salud Pública y Facultad de Enfermería, quienes deciden presentarse con una sola propuesta, que fue aprobada por la Secretaría de Salud y celebrada mediante el contrato 4600077555 de 2018, con una duración de 80 días hábiles.

Este fue el inicio de un proceso de articulación entre distintas organizaciones: el ente territorial, es decir la Secretaría de Salud como dirección administrativa y técnica, la Universidad como operadora y facilitadora y las comunidades étnicas como participantes activos del proyecto.

Sembrar una semilla con muchas manos implica que varios conocimientos, saberes y experiencias dialoguen, compartan y se transformen con respeto, pero también con críticas constructivas para poder sembrar llegando a consensos y acuerdos. Nuestra semilla, la salud intercultural, la sembramos varias personas con historias, aprendizajes e intereses diferentes.

Luego de tener el proyecto listo, se firmó el acta de inicio el 4 de Octubre de 2018 y en consenso con la Secretaría de Salud, las Facultades de Enfermería y Salud Pública de la Universidad de Antioquia empezaron con la conformación de los grupos mediante reuniones de acuerdos con la Dirección de Etnias que convocó inicialmente a los participantes, por un lado con comunidades afrocolombianas y por la otra con los cabildos indígenas de la ciudad de Medellín y otros líderes no inscritos en los cabildos.



Se plantearon cuatro grupos para el proceso formativo, dos para indígenas y dos para afrocolombianos; entre las características de los procesos se encontraban:

- Que cada grupo tenía el acompañamiento dos docentes siendo uno de ellos un sabedor y el otro un profesional del área de la salud que se identificaba con la comunidad étnica.
- Todos los asistentes contaban con bitácora, es decir un portafolio con hojas de colores en el cual describían los aprendizajes y experiencias alrededor del cuidado de la salud y la vida.
- Un kit educativo, flexible a las necesidades e intereses de los participantes.
- Una sesión de inicio y final dinamizada por un sabedor ancestral como un momento para entrelazar y otro para recoger frutos del proceso formativo.

El enfoque diferencial en este proyecto también contempló que la alimentación iba a ser delegada a la misma población para fomentar una comida que retomará los saberes tradicionales de cada comunidad y el fomento del trabajo comunitario y participativo con cada grupo étnico.

Además de ello, se concertó con los participantes en el marco de la intensidad horaria (30 horas por proceso formativo), las sesiones y periodicidad de encuentro. En este caso quedó para la comunidad afro encontrarse los sábados, y la comunidad indígena los domingos.

La entrega de auxilio de transporte a cada participante, como una acción afirmativa para garantizar la asistencia y generar motivación para los niños y niñas y adultos de ambas comunidades étnicas.

Teniendo estos acuerdos fundamentales, dos profesionales, una enfermera docente de la

Facultad de Enfermería y una antropóloga con experiencia de trabajo con grupos culturalmente diferenciados, nos responsabilizamos de acompañar todo el proceso con estos grupos.

A la hora de construir una propuesta educativa conjunta con ellos, debíamos tener en cuenta los requisitos del proyecto, sus límites y libertades, además de las realidades históricas de los procesos organizativos indígenas y afrocolombianos para en conjunto crear alianzas y construir acuerdos que nos ayudaron a todos.

Las diferentes manos sembradoras

Las manos de los pueblos indígenas

Con los pueblos indígenas, empezamos a dialogar con las autoridades de los 5 cabildos urbanos: Chibcariwak, Quillasingas-Pastos, Inga-Kamsá, Nutabe y Cabildo Indígena Universitario.

El Cabildo indígena Chibcariwak tiene sus inicios en 1979, pero se reconoce legalmente hasta 1999. Siendo el primer cabildo en la ciudad de Medellín, agrupa indígenas de diferentes etnias que buscan solucionar problemas económicos y sociales que los afectan en la ciudad (Uribe, 2016).

El Cabildo Quillasingas-Pastos se funda en el 2002 por mujeres y hombre de Nariño, Cauca y Putumayo que buscaban la identidad, cultura, costumbres, folclore y gobierno propio de los pueblos Quillasingas y Pastos. Así, este cabildo ejerce la representación legal de los indígenas de esta zona que habitan la ciudad de Medellín (Uribe, 2016).

El Cabildo Inga se reconoce formalmente en el 2013. La comunidad inga proviene del departamento del Putumayo, norte de Nariño, sur del Caquetá y Cauca. Además, de luchar por sus



derechos en cuanto a la educación y vivienda, también tienen como objetivo la lucha por el territorio en la ciudad para poder construir sus viviendas y chagras (Uribe, 2016).

El Cabildo indígena universitario de Medellín (CIUM) tiene como objetivo trabajar por la permanencia de los estudiantes indígenas de diversas partes del país en los centros educativos y generar espacios que permita que los jóvenes no se desliguen del movimiento indígena. Este cabildo no ha sido reconocido formalmente, pese a su trabajo continuo multiétnico en la ciudad (Uribe, 2016).

Finalmente, el Cabildo Nutabe y yamesíes inicia desde 1993 a indagar sobre los ancestros y recopila datos sobre la historia de esta etnia que se encontraba en el Valle de Aburrá, pero también en todo el Cañon del río Cauca desde Santa Fé de Antioquia hasta Ituango, el puente Pescadero, San Andrés de Cuerquía y Toledo. Este ha sido un proceso de reindianización con personas de Medellín que se autoreconocen como nutabe. El cabildo es reconocido legalmente en el 2008 (Cabildo Indígena Nutabe y Yamesies, 2019).

Tuvimos varias reuniones colectivas e individuales con los gobernadores para socializar la propuesta y llegar a puntos de encuentro. En la primera reunión el 19 de septiembre de 2018, antes de la firma del contrato se socializó la propuesta general. De aquí, nos volvimos a encontrar el 19 de octubre para llegar a acuerdos sobre las necesidades e intereses de las comunidades en promoción de la salud, los posibles temas, la definición de los participantes y los cronogramas.

En estas reuniones, las autoridades se mostraron dispuestas a escuchar, sin embargo, les parecía muy corta la duración para una propuesta formativa. Este factor de tiempo causaba cierta preven-

ción para muchos pues expresaron que varios proyectos se han ejecutado de manera acelerada y no han permitido la participación real de los procesos políticos indígenas y los avances que tienen con sus Planes de Vida.

Por otro lado, se identificó que el proyecto no había presupuestado un indígena que fuera el enlace entre el proyecto y la comunidad para la convocatoria. Esto era complicado ya que muchas veces la convocatoria tomó mucho tiempo, sin embargo, este compromiso fue asumido por los gobernadores. En cada reunión se pactaron unos acuerdos básicos para empezar a abonar el terreno para la siembra.

Otro punto de discusión se dio alrededor de las temáticas por trabajar en el proceso formativo. Ellos estaban muy interesados en presentar las temáticas que querían trabajar, empero, era un requisito para el proyecto hacer un Diagnóstico Rápido Participativo (DRP) directamente con los participantes del proceso formativo para que éstas partieran de sus intereses y así construir una experiencia significativa.

En este sentido, se dejó claro que en el DRP se podrían dar las discusiones necesarias con los participantes desde los Planes de Vida. Además, entre ellos tenían que llegar a varios acuerdos, pues son 34 pueblos indígenas en Medellín, y solo se podían escoger 4 docentes, entre estos dos sabedores y dos profesionales, 1 sabedor ancestral para los rituales y 60 participantes. Lo intercultural se vivió no solo en la concertación del proceso con la Secretaría de Salud y los Cabildos, sino inter etnias por la necesidad de llegar a acuerdos.

Después de varias conversaciones formales e informales, los cabildos aceptaron los puntos centrales del proyecto dejando claro sus observaciones y se comprometieron a que entre los 5



cabildos iban a escoger a diferentes indígenas para conformar dos grupos: 1 de niños y otro de adultos. Además, propusieron como docentes del proceso: 1 sabedor nutabe, 1 médico occidental que hace parte del cabildo nutabe, un sabedor ancestral inga, 1 médica pediatra inga, e internamente, una enfermera inga y una profesional de salud pública inga. Un taita inga iba a hacer el ritual de apertura y de cierre. El cabildo Quilla-singas-Pastos se iba a encargar de la alimentación. Estas decisiones las tomaron los cabildos.

Así las cosas, con los pueblos indígenas se crearon dos grupos. El primero con 18 niños y jóvenes entre 8 y 17 años de los cabildos y algunos embera con el propósito del proceso formativo de: **Reconocer aspectos culturales de los pueblos indígenas que permitan la configuración de la identidad de los niños indígenas y la apropiación de saberes tradicionales para el cuidado de la salud y el buen vivir en la ciudad.**

El otro grupo se configuró con 42 adultos entre 18 y 48 años de los cabildos y algunos embera. Su objetivo central era: **Reflexionar sobre los saberes ancestrales de los pueblos indígenas y los territorios de origen como aporte al buen vivir de los indígenas en el contexto de ciudad. Entre los dos grupos participaron 36 mujeres y 33 hombres.**

Para los dos grupos se definen cinco encuentros incluyendo DRP, evaluación y cierre con certificación para un total de 30 horas divididas en un encuentro semanal de 6 u 8 horas por 5 semanas.

Las manos de las comunidades afrocolombianas

En el caso de los afrocolombianos, la dirección de Etnias, propuso a la Fundación Etnosalud puesto que, desde los consejos comunitarios afro-

colombianos y otros procesos organizativos en la ciudad de Medellín, esta institución es reconocida como líder en trabajar el tema de salud afrocolombiana.

El 11 y 19 de septiembre fueron las primeras reuniones en la Secretaría de Salud, y con representantes de la Unidad de Etnias, se hizo una socialización del proyecto en general con algunos líderes de la Fundación de Etnosalud para llegar a algunos y socializarlos con la comunidad.

De aquí, la Fundación de Masproca convocó a los participantes para una reunión el 20 de octubre. En este encuentro, varias personas de la comunidad no se querían comprometer sin primero saber cuáles eran las temáticas, por lo que se hizo una lista de las temáticas más comunes e importantes, se concertaron horarios, se escribieron en un tablero y se llegó a un acuerdo de iniciar, dichas decisiones se concretaron en una presentación power point. En el DRP, se socializó el cronograma y con los 60 participantes se hicieron algunos ajustes necesarios.

Durante esa semana, la Fundación propuso 3 profesionales del área de la salud y un sabedor ancestral que es oriundo de Barranquilla quien sería también el encargado de hacer los rituales de apertura y de cierre. La alimentación sería realizada por diferentes personas cada fin de semana con recetas tradicionales. Estas decisiones se tomaron internamente entre los participantes.

El DRP permitió conocer a los participantes y hacer un ejercicio para llegar a las temáticas de interés en salud. En esta sesión se crearon dos grupos. El primero se creó con 26 niños y jóvenes entre 6 y 22 años. El segundo con 37 adultos entre 22 y 47 años. La mayoría de la población es del Chocó, aunque algunos llevan varias genera-



ciones en la ciudad. Los dos grupos se centraron en: **Reflexionar sobre el cuidado de la salud desde los saberes tradicionales y propios de las comunidades afrocolombianas para la configuración de comunidades saludables en el contexto de ciudad.**

Para ambos grupos se definieron cinco encuentros incluyendo DRP, evaluación y cierre con certificación para un total de 30 horas divididas en un encuentro semanal entre 4 y 6 horas por 6 semanas.

A modo de prisma ¿cómo fue el trabajo con los docentes?

Las manos de las organizaciones, los participantes, y los funcionarios del proyecto pudimos sembrar la semilla de la salud intercultural con los DRP. Así, empezamos a cuidar la semilla construyendo cada sesión para que germinara con los docentes afrocolombianos e indígenas.

Después del DRP, nos reunimos con los docentes para socializar y discutir el enfoque de educación para la salud, basado en el diálogo de saberes y la pedagogía crítica, y retomando las temáticas del DRP desde el enfoque diferencial. Los docentes hicieron preguntas en cuanto a su autonomía en el proceso educativo, y se dejó claro que ellos podían proponer las temáticas y sus estrategias de enseñanza y aprendizaje, recalcando la importancia de seguir los lineamientos generales del enfoque de educación para la salud.

Cada semana, los docentes nos enviaban la propuesta de planeación en la estructura didáctica establecida, nosotras la revisamos y les enviamos algunos comentarios sobre todo en cuanto a la pedagogía y las estrategias educativas con sugerencias concretas de materiales. En último lugar, nos reuníamos para discutir los comentarios y finalizarla.

De este modo, la base de la planeación era hecha por los docentes, y en conjunto finalizamos su construcción discutiendo cada punto, y analizando los objetivos de los momentos pedagógicos, pensando en la heterogeneidad de los participantes y en la necesidad de retomar elementos culturales para darle identidad a cada material educativo.

Desde el seguimiento y acompañamiento con los docentes, se construyó el material necesario y se le dio el apoyo con su construcción. Se buscó que fuera pertinente y que permitiera fluir la interacción entre los docentes y participantes según la dinámica de la sesión. También, nos apoyamos en material audiovisual para dinamizar los espacios y sensibilizar mediante la imagen.

Algunos de estos insumos se recogieron para poner en las bitácoras, otros, por ejemplo, los audiovisuales, se presentaron en las aulas y se discutieron en los grupos. La bitácora fue un eje transversal en todo el proceso pedagógico y permitió recoger la memoria de lo que se había venido haciendo desde la experiencia y reflexiones de cada participante.

El trabajo con los docentes se centró en construir confianza y canales de comunicación que nos permitieran discutir las planeaciones desde diversas perspectivas. Durante las sesiones siempre tomamos notas y acompañamos la dinamización de algunas actividades lo que nos permitió compartir y tejer confianza con los docentes. De aquí, sacamos insumos para hacer comentarios y sugerencias para la próxima jornada.

De igual forma, con cada proceso, se creó un grupo por whatsapp para mejorar nuestra comunicación. Se les envió por correo todo el material para su estudio. Establecimos también comunicación vía llamadas telefónicas para poder acompañarlos de manera más cercana y hacer seguimiento a sus procesos individuales.



En los cuadros I, II, III, IV podemos leer la construcción de las sesiones con los temas, los objetivos y las estrategias educativas. Esta construcción se hizo a partir de todo el proceso descrito.

Así, los cuidados estuvieron dados por la posibilidad del diálogo de saberes, por los consensos y consensos, por cada encuentro construido en proceso enlazado con el anterior, por el uso de la lúdica, de los rituales, de los chistes, de los trabajos en grupo, de las anécdotas; en fin, por esas metodologías vivenciales que enriquecen la posibilidad de compartir desde la diferencia.

Este enfoque diferencial en el contexto de ciudad ha permitido resaltar esas identidades complejas

que se han ido construyendo en este territorio urbano. De hecho, en ambos procesos étnicos, con los niños se iniciaron reflexiones sobre su identidad, historia y experiencias desde lo étnico en la ciudad.

Con los adultos, también se discutió esa diferencia entre las personas que han crecido en la ciudad, y las que crecieron en su territorio, y han llegado, por diversas razones, a Medellín. Este es un punto importante que ayudó a que nuestra semilla germinar y llegara a ser una plántula fuerte que puede seguir creciendo con el abono de más procesos construidos y tejidos a muchas nanos interinstitucionales e interculturales.

Cuadro 1. Temas, objetivos y estrategias educativas del proceso formativo de Adultos indígenas

Tema	Objetivo	Estrategias educativas
Diagnóstico Rápido Participativo y Encuentro con Sabedor	Identificar las necesidades de formación en promoción de la salud con enfoque diferencial étnico con comunidades indígenas (adultos) a partir de un DRP para la construcción del proceso formativo.	Ritual, Diálogo de saberes y presentación en cartillas
Relaciones entre la Ley estatutaria, las leyes propias de salud de los pueblos indígenas y la salud como derecho fundamental de los pueblos indígenas en contexto de ciudad	Promover el conocimiento de los elementos centrales de la ley estatutaria y sus relaciones con las leyes propias de los pueblos indígenas en temas de salud para el reconocimiento de mecanismos y acciones de fortalecimiento de la medicina tradicional indígena en el contexto de ciudad	Ritual, Actividad magistral y Preparación de cartulinas por grupos de trabajo
Rescate de conocimientos ancestrales desde el intercambio de saberes.- Medicina ancestral indígena (fortalecimiento de saberes)	Fortalecer los conocimientos sobre la medicina ancestral indígena, y facilitar el reconocimiento sobre los diversos saberes ancestrales en relación con el cuidado de la salud y a enfermedad cultural a través del diálogo de saberes.	Ritual, Dramatizaciones, grupos de discusión, presentación de documentales
Concepciones de vida desde las leyes de origen de los Pueblos indígenas habitantes de Medellín y Territorio y SISPI	Sensibilizar sobre el Sistema Indígena en Salud Propia e Intercultural como resultado de la lucha del movimiento indígena para garantizar la práctica de la medicina indígena y la salud de los indígenas en Colombia y generar propuestas para la implementación de acciones en Medellín para el cuidado de la salud desde la medicina propia y la interculturalidad y dialogar sobre las concepciones de territorio, su relación directa con el buen vivir y la construcción de territorio en la ciudad.	Ritual, Grupos de discusión, presentación de documentales, escritura reflexiva sobre el SISPI.
Evaluación y clausura Evaluación Clausura con sabedor Certificación		



Cuadro 2. Temas, objetivos y estrategias del proceso formativo de niños indígenas

Tema	Objetivo	Estrategias educativas
Diagnóstico Rápido Participativo Y Encuentro con Sabedor	Identificar las necesidades de formación en promoción de la salud con enfoque diferencial étnico con comunidades indígenas (niños) a partir de un DRP para la construcción del proceso formativo.	Ritual, Dibujo, construcción de árbol de temáticas.
Relaciones entre la Ley estatutaria, las leyes propias de salud de los pueblos indígenas y la salud como derecho fundamental de los pueblos indígenas en contexto de ciudad	Fortalecer la identidad y la cultura de las comunidades indígenas de los cinco cabildos de Medellín, para la pervivencia de la historia y el legado de nuestros ancestros.	Ritual, Diálogo de saberes alrededor de fotografías para reconocer la identidad indígena, lectura de cuentos, compartir de manillas, compartir con un mayor
Rescate de conocimientos ancestrales desde el intercambio de saberes.- Medicina ancestral indígena (fortalecimiento de saberes)	Fortalecer los conocimientos sobre la medicina ancestral indígena y la música y danza propia a través del diálogo de saberes y promover su práctica en el contexto de ciudad.	Ritual, Baile, dibujo, videos y cuentos propios
Concepciones de vida desde las leyes de origen de los Pueblos indígenas habitantes de Medellín y Territorio y SISPI	Recrear los territorios de origen con base en los conocimientos, recuerdos, historias ancestrales y reconocer cómo se cuida la naturaleza y su importancia y explorar algunas prácticas culturales como pintura corporal y artesanía en chaquira.	Ritual, Realización de artesanías, construcción noticiero sobre el medio ambiente.
Evaluación y clausura Evaluación Clausura con sabedor Certificación		

Cuadro 3. Temas, objetivos y estrategias del proceso formativo de niños y jóvenes Afrocolombianos

Tema	Objetivo	Estrategias educativas
Encuentro con sabedor Introducción a la salud afrocolombiana y Modelo propio de salud	Identificar las necesidades de formación en promoción de la salud con enfoque diferencial étnico con comunidades afrocolombianos (Niños-adultos) a partir de un DRP para la construcción del proceso formativo.	Baile, dramatizaciones y discusiones en grupos.
La historia, la cultura y la identidad afrocolombiano	Dar a conocer elementos de la historia y la cultura afro para la reflexión sobre la identidad afrocolombiano	Improvisaciones, baile, discusiones en grupo, dibujo
Buen trato y Comunicación	Promover el buen trato y la comunicación en las familias y comunidades desde las experiencias cotidianas de los niños y jóvenes afrocolombianos en Medellín	Actividades de comunicación, videos, dramatizaciones
Música, Danza y Salud	Promover la buena salud entre las familias y la comunidad desde la experiencia musical afro entre Niños y Jóvenes Afrocolombianos de Medellín.	Baile, reflexiones escritas, improvisaciones
Alimentación Propia, y Saludable, Y Plantas Medicinales.	Promover la buena alimentación propia, y saludable, y la enseñanza de las plantas medicinales, entre las familias, la comunidad los Niños y Jóvenes Afrocolombianos de Medellín.	Recorridos, reconocimientos de plantas, actividades culinarias.
Evaluación y clausura Evaluación Clausura con sabedor Certificación		



Cuadro 4. Temas, objetivos y estrategias del proceso formativo de Adultos Afrocolombianos

Tema	Objetivo	Estrategias educativa
Diagnóstico Rápido Participativo y Encuentro con Sabedor	Identificar las necesidades de formación en promoción de la salud con enfoque diferencial étnico con comunidades afrocolombianos (Niños- adultos) a partir de un DRP para la construcción del proceso formativo.	Ritual, Diálogo de saberes y cartillas
Salud propia del pueblo afrocolombiano	Reflexionar sobre la salud afrocolombiana desde su configuración histórica y la experiencia de los participantes afrocolombianos en Medellín	Diálogo de saberes, construcción de carteleras, presentación magistral
Identificación y uso de plantas Medicinales, Aromáticas, y alimenticias en nuestros territorios de manera que garantizamos que la sabiduría ancestral perdure en nuestras generaciones.	Identificación de las plantas aromáticas, medicinales y de uso alimentario desde nuestro contexto Familiar de conformidad con las etapas en el ciclo de vida del niño, jóvenes, adultos mayores y mujeres en gestación y lactancia como afrocolombianos que vivimos en Medellín.	Identificación de plantas, recorridos, grupos de discusión
Prácticas de cuidado propio desde saberes ancestrales, visión y genética, Cuidados ancestrales del medio ambiente y manejo de residuos, Alimentación propia de manera que garantizamos que la sabiduría ancestral perdure en nuestras	Identificación de prácticas de cuidado propio desde saberes ancestrales, visión y genética, Cuidados ancestrales del medio ambiente y manejo de residuos, Alimentación propia de manera que garantizamos que la sabiduría ancestral perdure en nuestras generaciones.	Diálogo de saberes, carteleras colectivas.
Evaluación y clausura Evaluación Clausura con sabor Certificación		

Plantar el árbol

Este apartado presenta nuestro árbol en crecimiento, sus troncos y ramas van teniendo forma intercultural con los relatos y testimonios de los participantes. Comprendemos mejor cómo está nuestro árbol con sus aprendizajes para decidir cómo sigue creciendo la salud intercultural reconociendo nuestros errores, aciertos y posibilidades.

Por un lado se detallan las experiencias de aprendizajes de los grupos indígenas y por el otro de los grupos afrocolombianos.

El tejido pluricultural de experiencias de aprendizaje indígenas

En el caso de los indígenas, los aprendizajes se orientan en dos tendencias, la de la experiencia y la metodológica. En lo correspondiente a la expe-

riencia se identifican dos categorías centrales: 1) el vínculo al origen de la salud propia, y 2) el compartir, entendernos y unirnos. Y en lo que respecta a 3) lo metodológico, comentan los participantes de asuntos de la enseñanza-aprendizaje, la apropiación de conocimientos, la relación con los docentes y el tiempo.

Salud propia

Valoran los participantes un espacio de formación con estas características de interculturalidad porque les permitió encontrarse y recordar sus territorios de origen y la sabiduría ancestral. En términos de la salud propia, entendiéndola como algo complejo e importante que invita a los indígenas al rescate de las tradiciones y costumbres, en general de las cosmogonías de los pueblos de origen, especialmente en la ciudad que conlleva a la pérdida del sentido identitario propio. Y aunque hay diferentes visiones tiene un asunto



común y es la armonía consigo y con los otros y lo otro,

“Aprendí que la salud es un tema demasiado álgido, necesario, obligatorio, importante, tenemos nosotros como indígenas que de darnos a la tarea realmente de rescatar aquellas costumbres, aquellas tradiciones, aquellos aprendizajes, hacer parte de las guardianas, de los guardianes, traer como todo ese proceso que se ha quedado oculto a través de la culturización que se tiene en la ciudad, pero que realmente está ahí, que se vive, incluso ahí se vio no son poquitos lo que saben, al conteo, somos muchos y necesitamos reforzar ese proceso” (Entrevista, mujer embera, 39 años).

“Comprendimos también que la salud es la armonía con el entorno, eso es la salud. Aunque ese concepto se maneja diferente desde cada población indígena, pero en ese consenso llegamos a la conclusión que nos encontramos que la salud es la armonía con el entorno y con todos los seres sintientes” (Evaluación de adultos, Gobernador nutabe)

En este entendimiento, la salud se sitúa en una visión integral, más allá de los conceptos fragmentarios de occidente en los que se prepondera lo biológico, y destacan que el curso los acercó a sus valores, lo cual está íntimamente relacionado con la salud, de tal forma que les ha permitido “[...] resaltar esos valores, no solamente folclóricos de las comunidades indígenas sino también tradicionales, ancestrales, tienen que ver mucho con la salud, no solamente mental, física, espiritual, toda esta conexión que como comunidades indígenas hemos podido heredar de nuestros antepasados a lo largo de todos estos años” (Entrevista, gobernadora indígena, Cabildo Universitario).

Aunado a lo anterior, en la salud propia cobran

relevancia los aprendizajes de los saberes ancestrales que tienen que ver con la medicina ancestral, el conocimiento y uso de plantas medicinales, el reconocimiento de algunos rituales, la elaboración de artesanías, el dialogo intergeneracional.

Dichos saberes son esa riqueza inmaterial de los pueblos indígenas que les permite el encuentro con el origen, con los mayores en el contexto de ciudad para su objetivo de vivir en equilibrio, tal como lo expresan: “Los saberes ancestrales de los mayores excelentes, se pudo ver como cada comunidad desde el territorio se desplaza para la zona urbana y llevan un gran conocimiento y desde allí se puede trabajar unidos para vivir en equilibrio” (Notas del encuentro de evaluación)

La medicina ancestral como elemento esencial de los saberes es transversal en la vida de los indígenas, hace parte de sus tradiciones, costumbres y raíces, puede entenderse como lo expresa un participante en “la importancia de sentir y dar el corazón para sanar” (Evaluación escrita, mujer kamsá, 25 años).

Asimismo, implica un elemento central para la salud propia física y espiritual en el ciclo de la vida porque permite curar y sanar y para ello deben reconocer las esencias de la naturaleza que las componen, “La medicina tradicional es muy fundamental desde nuestra comunidad indígena que nos ayuda a evitar muchas enfermedades, desde lo físico hasta lo espiritual. Empezando desde donde nace la vida que es desde el vientre, además las costumbres de cómo llevar la vida en forma de armonía desde niños hasta la adultez” (Notas del encuentro de evaluación).

“Aprendí que la medicina indígena ancestral con sus propiedades cura o mejora la salud y que para eso es importante conocer esas formas que la naturaleza tiene para ello” (Eva-



luación escrita, hombre nutabe, 50 años).

Entre los aprendizajes está la relación que se establece entre la medicina ancestral y el buen vivir como horizonte en el que caminan conjuntamente los pueblos indígenas en aras de su soberanía y pervivencia cultural. De alguna forma el buen vivir como proyecto de vida supera las cosmovisiones particulares y se convierte en un eje articulador para la vivencia en el contexto de ciudad,

“También aprendimos, nos quedó claro que la medicina ancestral es preponderante para el buen vivir, es a través de la medicina ancestral reconocida desde el territorio, y que este sea nuestro territorio obviamente como podemos tener un buen vivir, recuperando nuestros usos y costumbres y ponerlos en práctica. Otro punto que nos ha quedado claro también es la importancia de la medicina ancestral e intercultural. [...] Hoy convergemos varias culturas, varias comunidades y que bueno que hoy llegamos a ese consenso que si cada uno aprendemos de cada uno, armonizamos un buen concepto y por eso podemos hablar de interculturalidad” (Evaluación adultos, Gobernador nutabe)

Toda medicina es desarrollada por especialistas y en los complejos de medicina ancestral no es diferente, consideran los participantes que en este curso aprendieron de las diferentes especialidades y sus prácticas, por ejemplo nombran a las parteras, los taitas y los médicos tradicionales, quienes tienen un papel muy importante de preservar la sabiduría ancestral, tal como se expresa a continuación:

“Aprendimos lo de las jerarquías de las comunidades indígenas y los quisimos llamar jerarquías porque vemos que son cada uno de los nombres específicos, entonces que cada una de las comunidades existen los sabedores, existen las parteras, y que cada uno tiene unos nombres propios, al médico le dan diferentes nombres cierto” (Mujer indígena, Grabación

Evaluación adultos indígenas)

“He aprendido mucho, porque por ejemplo nosotros nos pudimos acercar a otros que uno ni siquiera conocía, por ejemplo, a Fidel siempre había querido conocerlo, me pareció una persona maravillosa, con mucha sabiduría, es muy sencillo muy querido, también con otros de ahí del grupo que nos hicimos juntos, uno ve con ellos que, aunque hay diferencias” (Entrevista, mujer nutabe, 57 años).

“Hay una diferencia: Sinchi es el médico tradicional y un Taita gobernador. El médico tradicional viene de origen, el médico tradicional es el que lo elige y el que está toda la vida con ese Taita, y después queda el aprendizaje ejerciendo como taita” (Notas del encuentro de evaluación).

En este recorrido, queda la reflexión del anclaje profundo que tienen los pueblos indígenas con la medicina ancestral, en lo cual considera que “Nosotros siempre vamos a estar sujetos a la medicina tradicional” (Evaluación adultos, Gobernador Quillasinga- Pasto)

Además, hay una invitación clave de los participantes que es un reto para el personal de salud y es a su vez una invitación a que se formen en las particularidades culturales de los pueblos indígenas, para que de esta manera se mejore la atención en salud y aportar al buen vivir, “[...] es importante que el personal de salud sea capacitado para atender a las comunidades indígenas desde su cultura, su cosmovisión, sus saberes y tradiciones de una manera integral, para garantizar el buen vivir de todos” (Notas del encuentro de evaluación).

Un asunto fundamental correspondiente a la medicina ancestral es que además del reconocimiento de sus sabedores, está el reconocimiento de sus límites puesto que no es la panacea, “Que



la medicina tradicional busca memorar a nuestros mayores, mamás y sabedores y que no todo lo puede curar la medicina tradicional” (Evaluación escrita, hombre pasto, 20 años). Lo anterior de gran importancia para darle cabida a la salud intercultural y de articulación entre sistemas: propio y occidental.

En lo que respecta a las plantas medicinales para la curación y la sanción de enfermedades y para el mantenimiento de la salud, destacan los participantes sus usos y beneficios, así, “plantas medicinales por el taita que nos mostró su saber sobre las plantas, entre las que mostró están: caléndula, boldo, penca sábila, ortiga, ruda, casco de vaca. Él explicó sus beneficios y algunas fórmulas especiales para sanación” (Notas del encuentro de evaluación)

También el compartir de los saberes ancestrales de las plantas llevó a que los niños conocieran más al respecto, “aprendí muchas cosas de las plantas, porque yo no sabía eso, pues si sabía, pero no cómo hacerlo, siempre le preguntaba para que se hacia esa planta y todo eso” (Entrevista, niña inga, 9 años). Y especialmente permitió que aprendieran del cuidado y responsabilidad de la naturaleza de la que hacen parte, “Estar participando en las clases de las plantas aprendí a ser responsable con las plantas y aprendí de las plantas medicinales” (Evaluación escrita, Niña Quillasinga-Pasto, 11 años).

Otro de los aprendizajes que refieren de las plantas es que ante la falta de territorio para cultivar, pueden aprovechar lo que saben para plantarlas en la ciudad y que posibilitan con ello el recurrir menos a las medicinas occidentales, “La evaluación de este encuentro de medicina ancestral es muy productivo por cuanto motivo a volver a las plantas; en cuanto al contexto de ciudad, se pueden cultivar en pequeños recipientes para de esta forma acercarse a las plantas como la mejor alternativa ante medicamentos occidentales” (Notas del encuentro de evaluación)

De igual forma el espacio favoreció la interconsulta con algunos sabedores que orientaron en el

tratamiento de enfermedades y que además al ser valorados también refiere la confianza que van afirmando los vínculos entre pueblos, como se evidencia a continuación, “Estuve hablando con sabedor nutabe, empezamos a intercambiar conocimientos, ellos me han recomendado por que soy diabético, me han recomendado unas plantas, compartí conocimiento con ellos, de la cultura con mi hermana porque ella fue la que me incluyó ahí, ellos me explicaron de unas plantas que es la que estoy tomando para ver si mejoro” (Entrevista, Hombre wayú).

Otro eje de los aprendizajes en los saberes ancestrales en el que enfatizaron los participantes fue el de los rituales y las artesanías. Cabe indicar al respecto que los rituales acompañaron cada encuentro, por lo tanto es experiencia viva que se incorpora. Los rituales limpian, armonizan y protegen la vida de los seres humanos y los espacios en que habitan. El sentido de los soplos, las lociones, los sahumeros y los baños a base de elementos naturales fue una marca de importancia en los aprendizajes, así como la entrega de una planta medicinal para que cuidaran, tanto adultos como niños recalcan estos asuntos, tal como lo muestran sus voces, “El tener en lo ancestral rituales, sahumeros, baños” (Notas del encuentro de evaluación) “Pues me queda de recuerdo que nos soplaran, que nos dieran vitaminas; la tía María [mama] que nos dio esas plantas, el taita y como ella dijo: la loción, entonces es fue muy bonito, eso me queda de recuerdo” (Entrevista, niña inga, 9 años).

“Un momento en específico, cuando nos entregaron las plantas, porque fue muy bonito, todos los niños con una responsabilidad, el tema de lo espiritual, la plantica cuidarla, me pareció muy bonito” (Entrevista, niña pasto, 16 años).

De igual forma, hubo espacio para el compartir de algunos rituales de los que se realizan en el



ciclo de la vida que tienen que ver con el origen, con la madre, con las ofrendas y con la protección de la vida, tales como la entrega de placenta que debe volver a la tierra para mantener el vínculo con esta como madre que nos provee y mantiene, dicha conexión con la madre tierra es un continuum en los pueblos indígenas, así realizan rituales diferentes, según la etnia, “[...] y además de lo sagrado de entregar la placenta y el ombligo a la madre Pachamama para armonizar y protección y mantener la conexión con la madre” (Notas del encuentro de evaluación).

“En momento que más me pareció importante, fue en la dinámica en donde hicimos la representación de la tierra, hablamos sobre lo de dar a luz, teníamos una partera que la iba atender yo le dije que a la muchacha que el ombligo lo íbamos a guardar y ella dijo que no que ese ombligo había que enterrarlo, y ahí me di cuenta de la diferencia de cultura. Ese fue un momento revelador (Entrevista, Hombre wayú).

En cuanto a las artesanías, especialmente los niños tejieron y en los tejidos aprendieron de su origen, lo cual manifiestan fue de agrado, “me gusto cuando nos reunimos todos, hicimos manillas y todos aprendimos, pusimos mucha atención” (Entrevista, niña inga, 9 años).

Los saberes ancestrales de manera muy especial se conservan porque mantienen una línea de aprendizaje intergeneracional, para esta experiencia, los participantes adultos reconocen que lo que han aprendido en materia, viene de sus padres y madres y los niños valoran la posibilidad de acercarse a estos aprendizajes porque les permite conectar con la sabiduría ancestral, y en algunos casos conocer de los territorios de origen de sus familias, porque algunos de ellos han nacido en la ciudad y quieren como futuras generaciones seguir aprendiendo, al respecto expre-

san:

“Yo soy nacida en Corinto, Cauca, me trajeron de 7 años, llevo 57 años de estar en la ciudad pero no olvido mis tradiciones, lo que mi papá y mi mamá me enseñaron. Son personas que saben y poco a poco he ido aprendiendo y siempre para compartir con ustedes” (Palabras en ritual, Maima inga).

“Estas cosas que debemos aprender ya que está en manos de nosotros compartir y poder saber aprovechar todas esas sabidurías al máximo más adelante a futuras generaciones seguir transmitiendo el mensaje y poder explicar su importancia” (Palabras en ritual, niña pasto, 16 años).

“Aprendí que los niños en el campo crecen libres, tienen conocimientos espirituales con las huertas, plantas, con el agua, los animales, con la madre tierra, con sus medicinas ancestrales. Conocimientos desde el nacimiento de la madre, desde la familia, abuelos y abuelas” (Notas del encuentro de evaluación).

Otro elemento constitutivo de la salud propia se relaciona con la necesidad que tienen los indígenas en el contexto de ciudad de acercarse y conocer el marco normativo en salud para poder actuar bajo sus directrices y ganar en derechos. Destacan algunos de los participantes que es un gran aporte conocer de leyes en salud porque les da además herramientas para luchar y existir, me pareció muy importante, yo me di cuenta que todos los que estamos ahí, pues sabemos que se tiene que conformar algo para la salud, y que la gente está desprotegida pero que muchos ni siquiera una norma, que se pueden acoger a una norma, y como dice uno; el desconocimiento de la norma no lo exime de su cumplimiento” (Entrevista, mujer nutabe, 57 años).



“Me aportó demasiado conocimiento con respecto a las leyes las cuales están ahí pero no se las ha hecho cumplir. Que el pueblo indígena tenemos con que defendernos y hay que luchar por ello, porque si existimos” (Evaluación escrita, mujer Quillasingas-Pasto, 33 años)

“Conocer sobre las leyes, normas estatutarias para nosotros los indígenas, y saber que la salud abarca muchos puntos de cómo vivimos y no solamente decir estoy bien” (Evaluación escrita, mujer nasa, 35 años).

De manera contundente valoran del curso la posibilidad de reconocerse como sujetos de derechos y en tal medida ponderan la necesidad de “seguir luchando por nuestros derechos en salud” (Hombre nutabe, 55 años, evaluación escrita)

En esta vía y bajo las reflexiones que hicieron en el curso, los aprendizajes de la salud propia van hacia la posibilidad de acción de los pueblos indígenas en la ciudad, pues consideran que a partir del trabajo conjunto y unido es posible que desarrollen proyectos viables como lo es el Sistema Intercultural de Salud Propia –SISPI- esa salud que supone la recuperación de la medicina tradicional, “Se pueden evidenciar las diferentes experiencias de organizaciones nacionales sobre el SISPI, además de hacer un análisis situacional del sistema de salud en la ciudad de Medellín, reflexionar sobre el trabajo conjunto en relación a la supervivencia de la medicina tradicional” (Evaluación escrita, mujer embera chami, 30 años)

“Importante es que hay que mantener la unidad, la forma de armonizarnos, para crear una unidad múltiple, creando más lazos de familiaridad y hermandad entre los pueblos indígenas, para realizar proyectos viables y sólidos, como el SISPI algo de verdad importante para las comu-

nidades indígenas” (Evaluación escrita, hombre nutabe, 48 años)

También coinciden los participantes en que los aprendizajes para que el SISPI sea una realidad continúan a modo de tejido que requiere compromiso y fortaleza, “A partir del proceso que se finaliza hoy, veo que es una invitación al tejer de la palabra, es una invitación a que haya una integración, una unión, porque la lucha es de unión, así haya diferencias en cada una de las comunidades por una u otra razón, cada quien tendrá su cometido a partir de ello. Si hay unión y se fortalece la calidad para crear un SISPI que realmente los comprometa a todos y participen de él, sería maravilloso” (Evaluación de adultos, hombre indígena)

Compartir, entendernos y unirnos

La segunda categoría de la tendencia aprendizajes de la experiencia es compartir, entendernos y unirnos, allí se expresa cómo la posibilidad de compartir en estos encuentros educativos posibilitó un vínculo con la raíz de origen, la co-construcción en el dar y recibir, conectarse y entenderse al identificar elementos comunes y articuladores, así como asuntos diferenciales por etnia que en suma les da un horizonte de unidad de trabajo conjunto que implica saber que son diferentes por sus leyes de origen, pero, que en el contexto de ciudad son un colectivo cuya garantía de derechos requiere la unidad.

En este sentido, la experiencia educativa permitió a los indígenas participantes generar reflexiones y conciencia sobre elementos comunes como son los vínculos con la raíz (origen), “[...] en realidad las experiencias fueron muy buenas, compartir experiencias es muy bueno y ojala que se siga haciendo porque es muy importante para encontrar una raíz, algo que sea de manera general para muchas comunidades” (Entrevista, gobernadora indígena Cabildo universitario). De igual forma,



implicó el acercamiento a las raíces de su historia personal, estrechamente ligada a la de su familia, su comunidad y su etnia, así lo expresa una niña: “Significó conocer más sobre lo que yo soy y lo que es mi familia, de donde vengo y de hago parte, me ayudo a reconocer más lo que es mis raíces y lo que puedo seguir aprendiendo” (Entrevista, niña pasto, 16 años)

Se destacan en los aprendizajes la intención de seguir indagando por la historia de sus pueblos y el despertar de la curiosidad por continuar aprendiendo: “Yo siento que entendí muchas cosas, sobre mis abuelos, sobre mi familia, y más aún que me falta demasiado por saber, todavía hay muchas cosas que tengo que preguntar, que tengo investigar, entonces creo que fue una buena base para seguir” (Entrevista, niña pasto, 16 años).

Hubo la oportunidad de recordar la fuerza de la identidad indígena en resistencia en la ciudad, a partir de reconocer la conexión del individuo que hace parte de una familia y una comunidad, en la que todos son responsables de su cuidado, como a continuación se expresa: “aprendí que cuando un integrante llega a una familia, también llega a la comunidad, es decir, es responsabilidad de todos” (notas de evaluación de encuentros)

El curso fue además un espacio de encuentro e interacción interétnica, que permitió conocer las estructuras organizativas en la ciudad, así como la emergencia de identidades como los nutabe en proceso de re-indianización, lo que implica que el ser indígena está en permanente construcción y reactualización, así lo expresan los participantes adultos y niños:

“Aprendí los otros pueblos que no conocía, por ejemplo, el nutabe ese no lo conocía, había otros pueblos que nos los conocía, y de los territorios que yo no conocía. Me gustó mucho, porque ellos también aprendían otras cosas y yo iba apren-

diendo más con ellos, las comunidades de ellos y lo que vivían ellos” (Entrevista, niña inga, 9 años).

“Conocimiento de los demás cabildos indígenas como: rituales, uso de plantas, sabor sobre leyes propias” (Evaluación escrita, mujer nutabe, 57 años)

Al tiempo implicó no solo aprender de los otros, sino representar una voz de su propio grupo, costumbres y tradiciones, donde se recibe y se entrega, en ese ciclo de intercambiar, de enseñar y aprender y de co-constucción entre todos: “Al curso yo intente aportar mis conocimientos sobre mi etnia que me han sido legado desde mis generaciones anteriores, compartí con los compañeros costumbres y respeto por nuestras creencias” (Evaluación escrita, hombre wayuu, 44 años)

Otro elemento que se destaca es el de conectarse y entenderse en la diferencia para el reconocimiento de su potencial para el trabajo conjunto, en este sentido resalta una autoridad: “Debemos resaltar la importancia de este encuentro, este encuentro que ha permitido conectarnos, que ha permitido que logremos dentro de esa aleación intercultural poder entendernos, poder acercarnos para saber cómo pensamos, como actuamos, para saber entender la diferencia entre los unos y los otros, para podernos acercar para podernos mirar a los ojos, para poder abrazarnos y decirnos que estamos en capacidad potencial de ser una comunidad” (Palabras de cierre en graduación, Gobernador Cabildo Nutabe)

En conjunto, todo lo anterior permite una aproximación a las concepciones y vivencias de la salud de los indígenas que están expuestos a la complejidad de vivir en la ciudad y de la necesaria unidad en medio de las dificultades que supone el contacto inter e intra étnico para crear un modelo



intercultural de atención en salud en Medellín.

Aprendizajes metodológicos

La otra tendencia en los aprendizajes es la metodología desarrollada, en esta discuten sobre asuntos de la enseñanza-aprendizaje tales como estrategias educativas, participación de docente y sabedor y la relación docente participante.

En el caso de estrategias educativas, este proyecto tomó diferentes estrategias, por ejemplo al inicio del proceso se realizó un diagnóstico rápido participativo –DRP–, para identificar necesidades particulares de los indígenas en el contexto de ciudad con énfasis en salud, además de la adecuación del proceso educativo según las orientaciones básicas de la interculturalidad, al respecto dice una participante: “lo que más me gusto fue el diagnóstico, aunque yo sé que todo lo que dijéramos no se podía dar por que de todas maneras como tratamos fue de priorizar, esa idea me encanto, que uno fuera el que escogiera la temática” (Entrevista, mujer nutabe, 57 años).

Otra estrategia fue la necesaria adecuación de estrategias lúdicas y creativas para los niños, para asegurar la participación y adherencia y apropiación de conocimientos, que incluso implicó que los adultos, en este caso sus padres tuviesen que adaptarse y esperarlos, una docente considera al respecto: “Enseñarle a los niños es un reto mucho más grande, en el que la metodología pues es diferente, que uno tiene que aprender si no ha trabajado con ellos, cuando lo hicimos nosotras en este equipo por ejemplo con la metodología de la artesanía pues fue maravilloso, los niños se concentraron, los papás que se querían volar del curso de los adultos tuvieron que esperarlos hasta las 4 porque ellos no se querían ir, querían terminar con la tarea de terminar la manilla” (Evaluación docentes)

En cuanto al acompañamiento docente, la dupla sabedor indígena y profesional - indígena en la mayoría de los casos-, permitió un ejercicio de comparación, en dos vías, la primera para identificar las divergencias entre el conocimiento de occidente y de los pueblos indígenas, y la segunda para reconocer la importancia de ambos saberes occidental e indígena para el avance y materialización de la salud intercultural: “Es una metodología que sirvió bastante en el tema de conocimientos, ya que se podía realizar un paralelo de como el conocimiento occidental y el conocimiento indígena tienen diferentes puntos de ver el mundo, la salud, pero al tiempo podemos identificar la importancia de que ambos conocimientos se pueden fusionar ayudando a resolver mejor y rápidamente problemas de salud, medicina y tratamientos” (Evaluación escrita, hombre pasto)

“Fue importante porque se pudo ver una sinergia, cada uno apporto un gran conocimiento desde el conocimiento occidental y el otro desde el conocimiento ancestral que fue muy marcado” (Evaluación escrita, mujer nasa, 35 años)

Algunos participantes llaman la atención sobre los conocimientos de los docentes y la pertinencia de algunos énfasis en los contenidos, pues consideran que los pueblos indígenas que hay en la ciudad son cerca de 35 y en el caso del curso hubo un marcado énfasis en los saberes del pueblo inga, porque la mayoría de docentes eran de esta etnia: “Como se evidencio en el curso, la participación de los indígenas fueron de varios pueblos y etnias, por lo que tener profesionales o sabedores de un solo pueblo no abarco todo los conocimientos que cada uno tiene. También entrar en detalle de los temas, ya que se hizo una presentación muy general” (Evaluación escrita, hombre pasto)



“Es muy importante que ese conocimiento no solamente sea de una sola comunidad que en este curso fue predominante, variar y todo eso, o que al menos ese conocimiento no sea solamente sobre una sola comunidad. Creería que las personas que están al frente deberían indagar más, son muy aptos, muy sabedores de una comunidad, trata de conocer de otras, sino yo siento que excluimos en esta ocasión en cuanto a conocimiento tradicional a otras comunidades” (Entrevista, Gobernadora indígena, Cabildo universitario).

En algunos casos, consideran que los docentes no tenían claridad metodológica o temática: “La participación de los docentes fue regular ya que no había una buena dinámica, la metodología y alguno de estos docentes no tenían conocimiento profundo del tema a tratar y únicamente se enfocaban en un solo pueblo”. (Evaluación escrita, hombre pasto, 20 años)

“Es una buena metodología porque se complementan los saberes, pero se logró evidenciar que uno de los profesores tenía conocimientos en el tema de salud, pero no en el trabajo de comunidad lo cual ocasiono algunos vacíos” (Evaluación escrita, mujer inga, 31 años)

En la relación docente participantes, en general hubo una relación “cordial, respetuosa y comprensiva ante las inquietudes” (Evaluación escrita, mujer inga, 30 años) que fue “amable, motivadora, tenían coherencia de los temas” (Evaluación escrita, mujer embera chami, 55 años)

Sin embargo, aparecen algunos elementos en tensión como lo son la inconformidad de algunos participantes en términos de no ajustar la metodología en la marcha y del autoritarismo en el trato, “A algunos docentes les faltó reajustar su plan, con los requerimientos de los participantes, el disgusto del sabedor nutabe por no haber parti-

cipación fue bastante fuerte, pero no se dio cuenta que era su forma de trabajar” (Evaluación escrita, mujer inga, 31 años)

“Falta respeto y tolerancia hacia los asistentes, la observación la realizó exactamente [por un profesor] que en algunas ocasiones se exaltó por que el proceso que él dirigía no estaba mostrando la participación que él quería” (Evaluación escrita, mujer inga, 29 años)

Complementan otros participantes al respecto que estos asuntos relacionales también tienen que ver con tensiones sobre lo que esperan unos y otros: “me pareció que entre ciertos compañeros indígenas hubo mucho discriminación hacia ciertos docentes, me pareció que hubo algún recelo por lo cual creo que es bueno trabajar en ese aspecto” (Evaluación escrita, hombre nutabe, 35 años)

En definitiva como se vienen esbozando y a manera de síntesis, el consenso es un requisito esencial para la unidad indígena, la garantía de derechos y el horizonte del buen vivir en la ciudad, “Lo más importante que me puedo llevar es que aprendí que ante todo debemos unirnos y fortalecernos como pueblos ya que nuestras diferencias de etnias pueden llegar a ser un gran obstáculo. En nuestros propósitos debemos coincidir” (Evaluación escrita, hombre wayuu, 44 años)

Entre cantos y bailes: los aprendizajes compartidos entre los afrocolombianos

“Dormite mi niño, que tengo que hacer, lavar los pañales, sentarme a coser, este niño quiere que le canté yo, cantarle su madre, la que lo parió”

-Alabao, Mujer participante, 80 años

Entre cantos y bailes, los participantes afrocolombianos compartieron sus preguntas, deseos y



sueños alrededor del cuidado de la salud y de la vida para aprender desde la experiencia y la metodología. Los aprendizajes experienciales se centraron en: **1) la identidad afrocolombiana como un eje transversal y en 2) la construcción de la salud propia. En cuanto a los 3) aprendizajes metodológicos, los participantes expresan que aprendiendo de los aspectos metodológicos de enseñanza-aprendizaje, la relación con los docentes y la importancia del tiempo.**

Identidad afrocolombiana

En esta construcción, la identidad afrocolombiana fue un eje transversal reconocido por los adultos, los niños y jóvenes como un aprendizaje importante que dio bases sólidas para fortalecer la salud propia. El reconocimiento y fortalecimiento de la identidad son cruciales para *“adquirir nuevos conceptos de vida saludable por medio de los diferentes saberes de nuestros antepasados”* (Trabajo grupal escrito, 24 de noviembre 2018). Como comparte una niña de 11 años, aprender sobre la identidad es *“Aprender cosas sobre la cultura Afro, nuestras raíces y ancestros”* (Evaluación escrita, niña afrocolombiana, 11 años) lo cual refuerza otra joven con su reflexión de que *“ser Afro no es solo por ser de piel negra que ser Afro es también por la cultura”* (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 16 años).

Algunos participantes han vivido en el Chocó, otros llevan varias generaciones en Medellín. En este sentido, entre las diferentes vivencias y relaciones con su territorio, se puede encontrar que la gran mayoría concuerda que este proceso formativo fomentó las conversaciones para indagar, fortalecer o recordar su identidad afrocolombiana en la ciudad.

“[...] hay muchos jóvenes que tenemos familia de otros lados que no sabemos nada la cultura de

nosotros, no sabemos casi cosas porque nunca nos las han contado, se están perdiendo las tradiciones [este curso] es una manera particular de recuperarlas” (Entrevista, joven afrocolombiano, 19 años).

“[...] yo considero que muchas personas saben poco, y acá en Medellín hay muchos jóvenes, pues que no saben la cultura, entonces se acostumbran a la cultura de acá, entonces ya para después es como muy difícil” (Entrevista, mujer afrocolombiana, 33 años)

“Pues uno como joven a uno le gusta aprender siempre, una persona le pregunte que es la afro descendencia o que le pregunte algo sobre la identidad de uno, porque uno no conocía muchas cosas y no sabía muchas cosas y ya las puede saber y puede responder preguntas sobre esos temas” (Entrevista, joven afrocolombiano, 19 años).

Empezando el DRP, un adulto ejemplifico una actividad diciéndole a un niño que era afro. Este se quedó mirando y con una cara de sorpresa le dijo que él no era afro, que era su papá quién había nacido en el Chocó, pero que él no. A partir de anécdotas como estas, con los niños y jóvenes pudimos conversar sobre la identidad desde el baile, cantos y conversando sobre los ancestros haciendo un árbol genealógico e investigando las historias de los padres y abuelos.

“Para mí el aprendizaje más importante de este curso es saber cómo somos los afros y como somos y también aprender las cosas de nuestros abuelos y preguntarles a mis padres sobre mis abuelos y aprender más acerca de la música y también me gusta porque nosotros escuchamos una música y nos preguntan que aprendimos de ella” (Evaluación escrita, joven afrocolombiana, 17 años).



“Un aprendizaje importante fue que últimamente no me interesaba ni me preguntaba mucho por mi familia y el árbol genealógico, también el himno del Chocó el cual no me había interesado por escuchar” (Evaluación escrita, joven afrocolombiana, 14 años,) *”Me enseñó a los afrocolombianos sobre mi raza afro sobre los bailes típicos de la cultura afro”* (Entrevista, joven afrocolombiano, 13 años).

Los aprendizajes entorno a la identidad permitieron cuestionar el tema de la discriminación, en palabras de una niña: “aprendí a no tratar mal a los afrocolombianos, aunque yo también soy afrocolombiana” (Niña afrocolombiana, 8 años, evaluación escrita) pues como complementa una joven *“Yo aprendí que antes no se nos trataba con respeto, pero ahora sí y que hay que estar orgullosos de lo que somos”* (Joven afrocolombiana, 14 años, evaluación escrita).

Poderse reconocer como afrocolombianos es empezar a valorarse como personas y a sentirse parte de una historia colectiva: *“[aprendí] que debo estar a gusto con mi color de piel, y que me siento orgullosa de ser afrocolombiana”* (Entrevista, niña afrocolombiana, 8 años).

En el caso de los adultos, empezamos las jornadas escuchando a varias mujeres cantando alabaos, recordando las palabras danzando con ritmo y cadencia. Era una manera de empezar recordando toda la historia y saberes afrocolombianos plasmados en los cantos, los cuales construyen la esencia de la salud más allá de lo biológico *“las cantoras se quedaban cantando con un mal dormir, trasnochando, con un gualí, hay que rescatarlo, ellas son las que saben”* (Grabación jornada, hombre afrocolombiano).

El tema de la identidad para los adultos se relaciona con los recuerdos y la alegría de poder compartir con varias personas: *“Me aportó*

mucha alegría porque volví a recordar los aprendizajes de cómo cuidábamos a los niños” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana). Al recordar, se compartían más saberes ancestrales: *“me tiene entusiasmada porque son cosas que le hacen recordar a uno, a nosotros en el Chocó tenemos médicos de medicina, los médicos, pero también mantenemos médicos de yerba, tanto mujeres como hombres, y yo lo he usado... porque yo tuve 9 hijos y hasta hoy no se me ha muerto ninguno gracias dios”* (Evaluación adultos, mujer afrocolombiana).

Recogiendo los aprendizajes de los niños, jóvenes y adultos, fortalecer o recordar la identidad afrocolombiana permitió darles relevancia a los saberes ancestrales. Así, se pueden resaltar las reflexiones de los participantes en cuanto a que fortalecer la identidad, es también fortalecer la salud propia desde los saberes ancestrales: *“Que no hay que dejar perder tradiciones que nos hacen bien solo por nuevas cosas que esas antiguas nos hacen ahorrar tiempo, dinero etc.”* (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 15 años)

“[...] es importante que los saberes de nuestros ancestros para el cuidado de salud no se pueden dejar perder en el tiempo” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 22 años).

“Mucho conocimiento y retomar las enseñanzas ancestrales relacionadas con la medicina de mis padres y abuelos” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 58 años).

“Me parece muy pertinente cierto, ya que permite fortalecer ciertos saberes ancestrales que han sido invisibilizados a lo largo de esta historia” (Grabación Evaluación adultos afro, Estudiante universitario afrocolombiano).



La salud propia

La salud propia afrocolombiana que se ha venido construyendo en Medellín “[...] es el camino para el cumplimiento de una política pública intercultural en salud que abarque la etnosalud afro desde el modelo de atención en salud propio y complementario afrocolombiano” (Evaluación escrita, docente afrocolombiano). Así, la salud propia es empoderar y defender los derechos de las comunidades afrocolombianas para desarrollar sus prácticas ancestrales alrededor de la salud y para reconocer sus necesidades las cuales también se pueden satisfacer desde un sistema complementario que recoja diversos saberes. Como retoman algunos participantes: “A mí me pareció muy chévere el espacio y el desarrollo de los talleres, tocar estas temáticas la etnosalud para los afrocolombianos es muy enriquecedor, y es algo que ayuda a retomar y a rescatar digamos lo que estamos tratando de hacer que no se pierda la costumbre” (Mujer Afro. Grabación Evaluación adultos afro).

“Aprendí que debemos empoderarnos y llegar a reclamar nuestros derechos” (Trabajo grupal escrito 24 de noviembre 2018).

La salud propia afrocolombiana en la ciudad también ha permitido pensar más allá del mismo grupo étnico por su relación con el medio ambiente puesto que “en el contexto urbano, la salud no solo es del afrocolombiano sino de todo como evitar la tala de árboles, no contaminar el agua y reusarla” (Trabajo grupal escrito 24 de noviembre 2018). La salud propia interactúa directamente con el medio ambiente pues de éste dependen los humanos para vivir de manera saludable. No se puede separar la salud del territorio, sea en la ciudad o en la ruralidad, puesto que dependemos del agua, de los árboles y de toda la alimentación que se siembra. En unas reflexiones grupales se llega al acuerdo que “Tener el buen

cuidado con el medio ambiente y la salud era más saludable, vivían las personas más sanas y gozaban de buena salud, y el ambiente era más sano” (Trabajo grupal, escrito 24 de noviembre 2018). El buen cuidado con el medio ambiente se puede construir sembrando árboles, pero también fomentando la siembra de productos tradicionales para consumir como se plasmó en un trabajo grupal: “podemos fortalecer nuestra salud cuidando el medio ambiente: promoviendo el regreso de nuestras plantas medicinales, aromáticas y alimenticias, cultivando productos sin químicos” (Trabajo grupal escrito 24 de noviembre 2018).

En su gran mayoría, los participantes reconocen que la salud propia afrocolombiana se ha configurado históricamente por una relación dinámica con otros saberes ancestrales, alternativos y biomédicos. Por ejemplo, un participante recalca que “hay que reconocer la importancia de las diferentes disciplinas y enfoques de la salud tradicional convencional” (Evaluación escrita, Hombre afrocolombiano, 44 años). En este sentido, y pese a las diversas visiones, la salud propia se sigue transformando pues se centra en “el conocimiento de nuevas formas de tener una vida más sana por medio de la interacción de culturas y etnias ancestrales debido al sistema de salud por medio de las plantas y por los sistemas tradicionales y lo nuevo de los programas de salud” (Evaluación escrita, hombre afrocolombiano, 63 años).

Los participantes se mostraron muy entusiastas con esta apertura intercultural para aprender de diversas disciplinas y saberes y así “aporta integración de saberes e intercambio de conocimiento para aplicar como persona al igual que replicar en el grupo familiar interior” (Evaluación escrita, hombre afrocolombiano, 44 años). La reflexología permitió aprender de una tradición egipcia y su aplicación en el contexto afro-



colombiano para mejorar la salud. En la misma vía, los cuidados para la visión abrieron la discusión desde lo occidental para comprender cuidados propios. Todo se compartió con el acompañamiento del sabedor afrocolombiano para anclar estas sesiones a la realidad sociocultural de los afrocolombianos, tal como se percibe en las glosas: *“Fueron todos los conceptos que se desarrollaron y muy especial visual y ocular y la reflexología unos temas poco vistos dentro nuestro entorno”* (Evaluación escrita, hombre afrocolombiano, 63 años).

“Me gusto el de la vista con cataratas, aprendí que no me puedo tocar los ojos con las manos sucias, y echar limón para limpiar los ojos” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 61 años,).

“Me parece excelente pues hoy por ejemplo que trabajamos lo visual junto con el sabedor aprende de uno muchas cosas que nos permiten tener mejoría en ciertas enfermedades con elementos naturales y que por lo general tenemos en nuestra casa” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 49 años).

Prosiguiendo con los aprendizajes de los participantes, los saberes ancestrales son un pilar fundamental para la salud propia. Los saberes ancestrales afrocolombianos son diversos y dependen en gran medida de su desarrollo histórico en cuanto a los intercambios con otros saberes medicinales. Como relata un estudiante *“Los conocimientos ancestrales medicinales ancestrales de las comunidades afrocolombianas son producto del acervo en este tema que encontraron de los indoamericanos y la experimentación con las plantas endémicas de los lugares que se encontraban buscando alivios para los males que se hacían en ellos dados sus largas jornadas de trabajo”* (Grabación de cierre, joven afrocolombiano, 16 años). Los aprendizajes de los partici-

pantes en cuanto a los saberes ancestrales se pueden separar en dos vías: plantas medicinales y los cuidados propios.

Las plantas medicinales son centrales para el cuidado de la salud. Durante los diálogos de saberes, se compartían los nombres de muchas plantas y preparaciones para el cuidado de la salud. Para muchos, fue el elemento central de su aprendizaje como comentan varios participantes: *“Aprendí sobre la utilización de la planta esqueleto, la cual sirve para la picadura de culebras, la utilización de varias plantas para la cocina que se encuentran con facilidad en nuestro medio y como tratar la conjuntivitis que nosotros conocemos como mirada china, la cual se da con frecuencia en nuestro territorio”* (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 22 años,)

“[...] el aprendizaje fue muy significativo porque aprendí nombre de plantas y como yo sabía muy poco de las costumbres ancestrales” (Entrevista, mujer afrocolombiana, 33 años).

Es importante resaltar que, al aprender de plantas medicinales, varias personas se apropian de este aprendizaje para que más personas se acerquen: *“Haciendo uso de las plantas conocidas para diferentes enfermedades cotidianas en nuestro entorno, compartiendo el conocimiento a nuestros hijos y vecinos”* (Trabajo grupal, 24 de noviembre 2018) o bien *“he aprendido de las plantas, los remedios que se hacen en casa, incluso estoy haciendo como una bitácora para hacer como un blog”* (Entrevista, mujer afrocolombiana, 33 años).

Los cuidados propios son prácticas que permiten fomentar la salud desde los saberes ancestrales. Los adultos mencionan particularmente los cuidados de las parteras alrededor de la gestación, parto y puerperio: *“Aprendí de las parteras y conocimiento de plantas medicinales. Las parteras como desarrollaban sus labores para el*



nacimiento de niños y sus cuidados” (Evaluación escrita, Mujer afro, 63 años). En los trabajos de equipo, surgieron varios cuidados alrededor de estas etapas: *“Desde nuestra vivencia podemos reconocer que en nuestra cultura se tenían algunos comportamientos que aplicaban para el embarazo, el parto y el postparto durante el embarazo se cuidaba la mujer del sereno, de hacer fuerza y se tenía una buena alimentación en el parto las parteras ayudaban a dar a luz y después el cuidado de la dieta era fundamental para garantizar la salud del bebé y la madre”* (Trabajo grupal, Actividad escrita sobre de sensibilización y de identificación de experiencias previas, 3 noviembre 2018) *“Se cuidaba los niños del sereno, de que no todos los podían tocar, le ponían un corallito o cinta roja para que no lo ojearan. Se sacaban a solear”* (Trabajo grupal, Actividad escrita sobre de sensibilización y de identificación de experiencias previas, 3 noviembre 2018) *“Cuando salía de la dieta de 40 días nacedera para la limpieza del abdomen (en toma) como no había controles prenatales la mujer embarazada se alimentaba con gallina criolla, chocolate con canela, agua panela en limoncillo, jengibre”* (Trabajo grupal, Actividad escrita sobre de sensibilización y de identificación de experiencias previas, 3 noviembre 2018).

Los cuidados de la gestación, parto y puerperio trascienden lo biológico pues también es importante realizar rituales para la protección de la persona y darle fuerza y carácter. Así en las jornadas pudimos aprender sobre la ombligada: *“Yo hago una moción, cuando iba a ombligar el ombligo, recuerdo yo, le echaban canela, oro, lo que uno quisiera para curarle todo, lo que yo entiendo es ombligar”* (Jornada cuidados propios, mujer afrocolombiana).

Estos aprendizajes se consideraron tan importantes que en la sesión de cierre se organizó una obra de teatro para recogerlos y poder compartir con

los niños y los jóvenes. Un participante recalca, *“la hicimos como propósito de recordar a los niños, jóvenes, o a los por alguna razón han siempre vivido en el interior del país, esa es la práctica que se maneja de forma cultural...ha sido un recuerdo que de verdad esa misión de las parteras, dio buen resultado...culturalmente son parte de nuestras práctica, para que no olvidemos nuestras costumbres ancestrales”* (Cierre Grabación, hombre afrocolombiano).

Finalmente, en los cuidados propios, la alimentación fue un eje de discusión fundamental, tanto así que algunos niños valoran como aprendizaje la comida dentro de la identidad cultural afro: *“Lo que yo no sabía, culturas, raíces, comida, lugares, etc., esto fue lo que no sabía de los afro”* (Evaluación escrita, niños afrocolombiano, 11 años). En las sesiones, se compartieron reflexiones generales sobre el acceso a la comida, pero también recetas y preparaciones tradicionales para cuidar la salud. De manera general, los adultos reflexionan sobre la importancia de la alimentación para la salud: *“Aprendimos sobre el acceso a la alimentación de niños, jóvenes, mujeres en embarazo y adulto mayor a partir de los conocimientos propios. En los niños, comidas bajas en grasa, en harina y más frutas. Con jóvenes, pescado y borjón, yuca, ñame. Y mujer embarazadas bebidas calientes y además la dieta de los 40 días. Y ya los adultos mayores comer todo tipo de plátano, frutas y comidas bajas en grasa”* (Trabajo grupal escrito 24 de noviembre 2018).

“También aprendí mucho lo que yo hacía porque uno debe alimentar, mantener buena alimentación, así como se alimenta uno, así mismo uno tiene que alimentar el niño, porque, así como yo me alimento, mi hijo lo saca también si..., y cuando ya nace mi hijo yo también tengo que alimentarlo bien para que él tenga prosperidad” (Evaluación adultos, mujer Afrocolombiana).



Los adultos también compartieron los saberes ancestrales sobre la alimentación: *“Aprendí a identificar y a usar algunos alimentos para curar algunas enfermedades como, fiebre, mal de ojo, dolor de cabeza y algunas enfermedades estomacales”* (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 25 años). Dentro de estos, se destaca por ejemplo el agua de mar *“Aprendimos sobre las propiedades del agua del mar, nuevos alimentos que nos permiten tener buena salud...el agua de mar mejora las defensas”* (Trabajo grupal escrito 24 de noviembre 2018).

Se indica que los aprendizajes alrededor de las experiencias se construyeron de manera colectiva desde el inicio. Con los niños y los jóvenes se estableció conjuntamente que era necesario una jornada únicamente para conversar y aprender sobre la identidad afrocolombiana. En el caso de los adultos, este tema se tocó en todas las sesiones con los saberes ancestrales. En ambos grupos, la identidad afrocolombiana fue un tema transversal durante todo el proceso formativo para poder aprender de la salud propia la cual engloba tanto las construcciones del modelo de etnosalud y los saberes ancestrales. La apuesta fue la construcción de las temáticas de manera interrelacionada como explicita una mujer: *“Aprendí a identificar algunas plantas como, morcidity, guasimo, por su nombre y el uso, a reconocer los saberes ancestrales que había perdido, a identificar mis raíces ancestrales como en la cultura alimentaria, a compartir y recibir información valiosa”* (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 37 años).

Compartir posibilita seguir fortaleciendo los saberes de las comunidades afrocolombianas, al igual que recibir permite la flexibilidad para aprender nueva información valiosa para su salud individual y colectiva.

Aprendiendo del hacer

Es importante recuperar los aprendizajes centrales de los participantes acerca de la metodología pues muchos elementos son nuevos en la implementación de los estilos de vida con enfoque diferencial en la ciudad de Medellín. Así aprendimos del hacer, o sea de la metodología que se construyó con los docentes para fomentar el diálogo de saberes entre los participantes. Los participantes expresan que han aprendido en cuanto a los aspectos de enseñanza-aprendizaje y docencia. Asimismo, para mejorar la metodología se exponen algunas reflexiones en cuanto a la importancia del tiempo.

Los aspectos metodológicos del proceso enseñanza-aprendizaje valorados por los participantes se centraron en el aprender compartiendo, en las anécdotas como fuente de aprendizaje y en el baile y la música.

En el enfoque de educación para la salud, basado en la pedagógica crítica y el dialogo de saberes permite construir herramientas o crear espacios propicios para que la enseñanza y aprendizaje sean más fluidos y acordes a como una comunidad comparte los conocimientos. Así, en ambos grupos, se establecieron dinámicas entre los docentes y los participantes que acogen algunas formas de compartir de las comunidades afrocolombianas. En los grupos había niños, jóvenes y adultos y todos podían compartir según sus experiencias: *“este es un espacio donde ustedes aprenden de nosotros y nosotros de ustedes, nosotros sabemos que los niños son inquietos, son traviosos y que este es un espacio donde usted como mamá adolescente pueden compartirlo con ellos”* (Evaluación jóvenes afro, docente afrocolombiana). Los participantes pudieron aprender compartiendo con un grupo que cuenta con diversas experiencias: *“Yo pienso que es muy importante porque entre todos nos ayudamos y si*



uno no sabe bien de tema le pregunta a la otra y así podemos aprender mejor del tema” (Evaluación escrita, joven afrocolombiana, 17 años).

“Es muy interesante porque, si tenemos dudas, tu puedes preguntar y ser aclarados, también los temas se pueden mirar de diferentes puntos de vista” (Evaluación escrita, Mujer afrocolombiana, 33 años).

Este ambiente posibilitador de conversaciones entre todos, y no solo en la relación con los docentes, construyó una integración que posibilitó varios aprendizajes significativos como la convivencia y el compartir: *“Aprendí muchas cosas, también me gusto la integración con los niños a convivir más como persona” (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 20 años).*

Este compartir significó aprender con las anécdotas de cada uno. Retomemos una clase para comprender mejor: *“Un día la profesora empezó a contar que en un trabajo la discriminaron por negra. La madre de una de las niñas del colegio le empezó a decir cosas ofensivas, y ella se tuvo que ir del pueblo donde trabajaba porque la amenazaron. Los niños y jóvenes se quedaron callados y escucharon toda la historia. Cuando terminó un joven empezó a contar: “A mí por donde yo vivo, me discriminan y no tengo amigos, más que todo por mi discapacidad y porque soy negro, casi no me dejan salir a la calle, y por eso peleo” Otro joven compartió como le gritan negro o esclavo. Todos se solidarizaron y dijeron que él se tenía que hacer respetar. Otra joven, madre adolescente, empezó a contar su historia. Ella siempre había crecido en una unidad cerrada, y todas sus amiguitas eran blancas, y no le gustaban los ingresos, “gas los negros” contó que pensaba. Hasta que un día tuvo que ir al Chocó por su mamá y allá se dio cuenta de su historia. “Ya a mí me daba algo pasar por el río y con esos negritos no”. La tuvieron*

que meter a un psicólogo porque ella solo buscaba amigas blancas. Y decía que Quibdó era feo. Y para ella fue muy duro, pero ya es orgullosa de ser negra. Otra joven contó que ella siempre ha sido orgullosa de ser negra, que no le importa lo que le digan, siempre es fuerte y dice lo que piensa. Al final, una niña de 6 años contó que un día, su papá llegó y le quebró el brazo. Y que ella solo estaba con su mamá. En este momento, varias jóvenes le dijeron que tenía que ser fuerte y siempre contar lo que le pasaba a alguien de confianza.” (Notas de la jornada 17 de noviembre 2018).

Las docentes desde su experiencia propiciaron un diálogo desde las experiencias de los niños y jóvenes para aprender desde su realidad. Se tejió la confianza y la solidaridad en el grupo para aprender desde las experiencias reales de los participantes sobre la historia y la identidad de los afrocolombianos en Medellín. Los mismos niños y jóvenes se ayudaron y se aconsejaron con sus anécdotas.

Las anécdotas también permitieron aprender sobre los saberes ancestrales. Es decir, después de reflexionar sobre saberes ancestrales, muchos participantes contextualizaban los saberes en historias reales, tal como se aprecia a continuación: *“Cuando nace un niño muy débil, que nadie da nada por él, lo ponen en el buche de la vaca, para que vuelva a coger fuerza. Yo lo experimenté con un niño que tuve, prácticamente los médicos me decían que no se salvaba, mi esposa tuvo la iniciativa, durante tres días lo pusimos en el buche, y hasta el día de hoy, hasta fue más alto que yo” (Jornada, de cuidados propios, hombre afrocolombiano).*

“Llama la atención que durante este ejercicio, no sólo recordaban lo que había sucedido en las sesiones anteriores, sino que la actividad generó unas nuevas reflexiones y aportes adicionales



que complementaban lo aprendido. Por ejemplo, se recrearon nuevos saberes en relación al proceso de parto y al cuidado del útero, mediante la narración de anécdotas” (Notas de la jornada 24 de noviembre 2018).

Finalmente, en cuanto a las estrategias educativas en el grupo de los niños y los jóvenes, el baile y las canciones ayudaron a aprender sobre diferentes temáticas. Por ejemplo, los jóvenes para contar sobre la discriminación escogieron la canción “Me gritaron negra” de Victoria Santa Cruz para representar lo que vivían, como dice uno de ellos “De todo lo que más me gusto, fue el día que hicimos la coreografía por que fue algo muy bien hecho me divertí y la hicimos muy rápido y el día que hicimos la actuación” (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 20 años).

Con el baile y la música, los participantes se sentían tranquilos para transmitir sus reflexiones: “Como bailamos en las clases me gusta la música que escuchamos porque hay un que nos habla de la cultura” (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 16 años). Esto creó un ambiente para “divertirse mejor y estar más feliz y compartir con los compañeros bailando y escuchando música” (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 17 años).

En cuanto a la relación con los docentes, la mayoría de los participantes resaltan que “el acompañamiento de los docentes fue excelente ya que la dinámica permite una reflexión y análisis de los contenidos expuestos” (Evaluación escrita, hombre afrocolombiano, 40 años). La relación con los docentes se basó en el respeto y en la construcción conjunta de conocimientos desde los intereses y experiencias de los participantes: “...me gustaba la metodología, porque las curiosidades; uno preguntaba algo y siempre había una respuesta de los profesores, siempre nos sacaban de dudas” (Entrevista, joven afroco-

lombiano, 19 años). Asimismo, algunos participantes, sobre todo los niños y jóvenes, aluden a la manera de acompañar de los docentes desde la paciencia: “Considero que cada uno de los profesores ha traído una metodología y la ha planteado, y de igual manera considero tratan de hacer que las personas pierdan su timidez y sus nervios al salir al tablero” (Evaluación jóvenes, joven afrocolombiano).

En el caso de las orientaciones por los docentes, la apuesta para construir el enfoque diferencial se hizo principalmente con el acompañamiento de un docente sabedor. Muchos participantes resaltan su importancia “Yo quiero resaltar la importancia de este proyecto o evento, y la participación de nuestros compañeros sabedores y todo porque todos son sabedores del tema y esa participación fue tan asertiva realmente y propositiva a la vez” (Evaluación adultos, hombre afrocolombiano) y recalcan que es “muy bien tener un sabedor que no es profesional, pero tiene mucho conocimiento” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 80 años).

No obstante, una mujer hacer un llamado a que se puede seguir mejorando la relación entre el sabedor afrocolombiano con un profesional médico: “Es totalmente pertinente el acompañamiento de los profesionales con el sabedor porque se convalida y complementa el conocimiento, pero hizo falta el médico en las sesiones” (Evaluación escrita, mujer afrocolombiana, 40 años). Asimismo, un joven advierte que “el sabedor debe ser alguien de nuestras comunidades, los conocimientos tradicionales no están acorde a la región y la cultura” (Evaluación escrita, joven afrocolombiano, 17 años). Esta observación es importante, pues en este proceso formativo, participo un sabedor afrocolombiano oriundo de la zona de Barranquilla, y si bien, muchos de los saberes afrocolombianos tienen una matriz cultural médica similar, hay mucha diversidad según las



regiones, para este caso el reclamo por los saberes del pacífico, pues la mayoría de los participantes es o sus padres son del Chocó, por lo cual hubiera sido importante incluir también un sabedor de esta región como docente.

Finalmente, es importante recordar que este curso se hizo en menos de dos meses, en el último trimestre del año, por lo cual la gran mayoría hace un llamado a que estas experiencias tengan más tiempo para desplegar realmente su potencial metodológico. En la evaluación, algunos participante sintetizan la reflexión en cuanto al tiempo: *“es muy necesario como tener esos conocimientos que usted nos estaba enseñando, pero entonces aquí fue muy someramente como muy por encima, me gustaría como tener más amplitud, más claridad sobre estas cosas”* (Evaluación adultos, hombre afrocolombiano) y *“en cuanto mejorar simplemente quiero resaltar que el tiempo es muy corto para el desarrollo de un trabajo como este tan importante, entonces la propuesta es que a futuro este tiempo sea mayor”* (Evaluación adultos, hombre afrocolombiano).

Recogiendo estas reflexiones, la metodología permitió afianzar la propuesta de educación para la salud y aterrizar las ideas del enfoque diferencial. Los participantes resaltaron como el aprender compartiendo con sus anécdotas, el baile y la música, la docencia sobre todo con el acompañamiento de los docentes y el rol del sabedor fueron apuestas metodológicas que aportaron a los objetivos que tenían en el curso. Estas construcciones se tienen que fortalecer o mejorar según la experiencia de los participantes.

Horizonte de crecimiento del árbol

La tarea es cuidar el árbol de la interculturalidad en salud desde todos los actores implicados, para que sus ramas crezcan fuertes y puedan dar buen abrigo a los pueblos culturalmente diferenciados de este corto trabajo educativo, para el cual si se suman voluntades es posible que continúe.

Esta sistematización significó la posibilidad de recuperar, organizar y darle el valor a las experiencias de aprendizajes en las palabras de los participantes. En medio de sus reflexiones y propuestas, tenemos que resaltar que procesos como este en la ciudad de Medellín son posibles y necesarios. Sobre todo cuando al principio de cada jornada, los participantes veían una nueva oportunidad para seguir aprendiendo juntos, y construir nuevas reflexiones para cuidar la salud individual y colectiva. Ellos valoraron y validaron este proceso pedagógico y se apropiaron de tal manera que fueron capaces de reconocer los puntos de fortaleza pero también lo que tenemos que mejorar. Esto en gran parte fue posible por la concertación que promovió la Secretaría de la Salud con las autoridades, organizaciones y participantes desde sus necesidades reales y sentidas en la ciudad. Pese a las dificultades, esta construcción conjunta es necesaria para seguir trabajando el enfoque diferencial.

Consideramos unos elementos centrales fruto de las reflexiones de los encuentros educativos, los sentidos de los participantes y las necesidades de continuar.

Consideramos unos elementos centrales fruto de las reflexiones de los encuentros educativos, los sentidos de los participantes y las necesidades de continuar con acciones concretas de implementación del enfoque diferencial étnico en salud en la ciudad:



Recomendaciones y flexiones desde los aprendizajes y experiencias de los participantes

Continuar con procesos educativos interculturales

- Dar continuidad a los procesos de formación con ambos grupos poblacionales: indígenas y afrocolombianos en términos de posibilitar acercamientos a los saberes propios para el fortalecimiento, apropiación y pervivencia de estos, en tiempos en los que este patrimonio inmaterial está cada vez más en riesgo de pérdida.
- Replantear el tiempo de ejecución debido a que esta experiencia fue de 30 horas en encuentros concentrados de 5 o 6 horas en los que las discusiones fueron limitadas, así como la posibilidad de construir una memoria detallada para perfilar mejor sus necesidades en salud.
- Mantener el acompañamiento de sabedores y profesionales de la salud en las sesiones, de ser posible garantizando la variabilidad étnica y con un previo trabajo en el que se formen en la línea de educación para la salud que propone la Secretaría de Salud para que tenga sentido la aplicación. Tener en cuenta en estos procesos pedagógicos el acompañamiento por profesionales con experiencia en salud intercultural, comunidades étnicas y en pedagogía. Es necesario superar el supuesto de que por el hecho de ser profesional, se trae implícito la capacidad de construir encuentros educativos y desarrollarlos en términos del diálogo de saberes.
- Continuar con el trabajo educativo de saberes ancestrales e identidad étnica con los niños indígenas y afrocolombianos, para que reconozcan sus raíces, las valoren y fortalezcan sus habilidades y relaciones en contextos intercul-

turales como la escuela, en la que se ven expuestos a procesos de discriminación en razón de su etnia. Además esta apropiación hace que se mantengan en el tiempo los conocimientos en salud.

Acciones con los médicos tradicionales y sabedores

Indígenas

- Caracterización de los sabedores y sus saberes para la ciudad de Medellín, con la cual sea posible mapear quiénes son, qué hacen, cómo lo hacen, dónde lo hacen, quiénes son sus pacientes, con la idea de construir un portafolio de oferta de servicios desde estos saberes para la atención intercultural. En este caso es de importancia velar por los procesos de identificación que tengan varios ejes: autoreconocimiento, reconocimiento en el contexto de ciudad, y desde las comunidades de origen, en términos de que se posibilite una práctica transparente e idónea.
- Conformación de un consejo de médicos tradicionales y sabedores que discutan conjuntamente las posibilidades y salidas a las situaciones de salud intercultural como especialistas en sus áreas y que éste tenga injerencia en los sabedores en términos de sus prácticas. Pueden contemplar para el mejoramiento de sus prácticas la construcción conjunta de un código de ética que vele por el buen vivir.
- Realizar un encuentro de sabedores de la ciudad, uno por año en el que se permita el compartir experiencias y la presentación de casos de atención en salud, para ir posicionando la evidencia en sus prácticas y trabajos. Permite mostrar el valor de su trabajo.
Afrocolombianos
- hay que posicionar el debate de la salud propia en diferentes escenarios de ciudad y



con participación amplia, puesto que son cerca del 10% de la población. Esto con la idea de identificar sus necesidades y reconocimientos, más allá de los planteamientos de la Fundación Etnosalud el modelo de salud propia. Estos debates a la vez pueden enriquecer dicha propuesta o identificar otras.

- Caracterizar a los sabedores y sus prácticas, para lo cual se debe detallar y delimitar ¿qué es lo propio? Y que hace parte de otros sistemas médicos, porque se reconoce en este proceso el sincretismo con prácticas de otras medicinas tradicionales o alternativas. Esto también debe abrirse a discusiones de ciudad, especialmente para dar cuenta de este fenómeno en la ciudad.

Recomendaciones y reflexiones desde el proceso de sistematización de la experiencia La promoción de la salud.

A partir de la experiencia de los participantes en los procesos de formación en promoción de la salud, se identifica que este abordaje desde un enfoque diferencial étnico, debe reorientar los programas y proyectos en: Favorecer el derecho fundamental a la salud centrando el interés en la transformación de las realidades socio históricas, biológicas y ambientales que tiene la población étnica, siendo el SISPI, la ruta para continuar fortaleciendo el bien vivir de pueblos indígenas, las discusiones de los modelos propios en salud afrocolombiana y la implementación de las políticas públicas que recientemente se sembraron en nuestra ciudad.

Los mecanismos de participación social en salud y las formas de organización de los grupos étnicos, podrían hacer parte activa de los COPACOS, comités de éticas hospitalarios y mesas de salud, entre otras instancias que aportan a la resignificación del indígena urbano y del afro.

peración de los saberes ancestrales y la consolidación de organizaciones sociales y comunitarias de los grupos étnicos.

Tal como lo narraron los participantes, es necesario recuperar la historia, los relatos, los saberes ancestrales; es decir que la promoción de la salud con enfoque diferencial debe girar hacia los saberes que tienen comunidades étnicas para el cuidado de la salud y la vida.

En este orden de ideas, no podríamos implementar los estilos de vida saludables estandarizados para la población en general, acorde al curso de vida. Con lo anterior, las propuestas de promoción de la salud con enfoque étnico pueden orientarse hacia las construcciones y reconfiguración de identidades étnicas; la alimentación y su conocimiento ancestral como prioridad para vivir bien; la armonía con la naturaleza y el reconocimiento de las plantas como prácticas de cuidado propio; y las actividades tradiciones de baile, movimientos corporales, canticos y rituales que aportan al cuidado de la vida. De igual manera para todo proceso formativo es importante realizar un DRP que posibilite la elección de los contenidos de promoción de la salud acorde a los intereses y necesidades de la población.

La educación para la salud

El enfoque de Educación para la salud de la Secretaría de salud, se constituye en una apuesta que guarda coherencia con las necesidades y dinámicas de las comunidades étnicas basadas en el diálogo de saberes, las metodologías vivenciales mediante el cuerpo, la ritualización de los encuentros y el juego como posibilitador de aprendizajes, fomentando el pensamiento crítico y propositivo.

Es importante que dentro de la propuesta pedagógica se incluya un proceso de formación de formadores, en esta medida los profesionales y/o



sabedores que cumplan el rol de educadores, tengan herramientas basadas en la construcción de conocimientos, los ritmos y estilos de aprendizaje y estrategias psicoeducativas que promuevan ambientes de confianza y construcción colectiva. Este proceso debe hacerse mediante la planificación y distribución de tiempos adecuados para la retroalimentación y el acompañamiento.

Además, es necesaria una alfabetización en asuntos interculturales, étnicos y de salud propia de los pueblos indígenas y afrocolombianos para funcionarios y profesionales que trabajan con estas poblaciones, porque solo en la medida que los profesionales aprendan, estudien e identifiquen los procesos étnicos, podrán acercarse desde lógicas dialógicas para hacer posible el trabajo intercultural.

Referencias bibliográficas

1. Alarcón, A.M., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Conceptual bases of intercultural health. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065.
2. Alban, A. & Rosero, J. (2016). Colonialidad de la naturaleza: ¿imposición tecnológica y usurpación epistémica? *Interculturalidad, desarrollo y re-existencia Nómadas* (45) 27-41.
3. Bari, M. C. (2002). La cuestión étnica: Aproximación a los conceptos de grupo étnico, identidad étnica, etnicidad y relaciones interétnicas. *Cuadernos de Antropología Social* No, 16, 149-163. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n16/n16a02.pdf>
4. Barnechea, M.M. & Morgan, M. (1996). Búsquedas teóricas y epistemológicas desde la práctica de la sistematización. *Sistematización y producción de conocimientos para la acción*. Santiago de Chile: CIDE.
5. Barth, Fredrik (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras: La organización social de las diferencias culturales*. F. C. E. Méjico.
6. Bartolomé, Miguel A. (2006). Los laberintos de la identidad: procesos identitarios en las poblaciones indígenas. *Avá*, (9), 28-48. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942006000100003&lng=es&tlng=es.
7. Cardoso de Oliveira, R. (2007). Identidad étnica, identificación y manipulación. En: Cardoso de Oliveira R. *Etnicidad y Estructura social*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad Autónoma Metropolitana y Universidad Iberoamericana.
8. CabildoIndígena Nutabe y Yameses. (2019). Recuperado de <http://cabildonutabes.wixsite.com/cabildonutabes/cabildo-indigena>
9. Chapela, M.C. & Jarillo, E. (2001) Promoción de la Salud, Siete tesis del debate. *Cuadernos Médico Sociales* (79): 59-69
10. Chapela, MC. (2007a). Quinto aspecto ¿qué promoción de la salud ha fracasado? Uam-x documento de circulación interna. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/122516354/Chapela-A#scribd>
11. Chapela, MC. (2007b) Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipadora. En Jarillo EC y Guinsberg E (editores) *Temas y desafíos en salud colectiva*. Argentina: Lugar Editorial. Capítulo 14:347-37.
12. Franco, S., Ochoa, D. & Hernández, M. (1992) *La Promoción de la Salud y la Seguridad Social. Seguro Social y Corporación salud y desarrollo*. Serie de documentos especiales No. 5, Santa Fe de Bogotá.



13. Ghiso, A. (1998). De la Practica singular al diálogo con lo plural. Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización. La piragua. Revista Latinoamericana de Educación. Sistematización de prácticas en América Latina.
14. Gómez, E., Vásquez, G., Betancur, V., Martínez, D., Ocampo, M., Uribe, E., Arcos, A. (2015). Diálogo de saberes e interculturalidad: Indígenas, afrocolombianos y campesinado en la ciudad de Medellín (Vol. 180). Medellín: Universidad de Antioquia y Pulso & Letra Editores.
15. Jara, O. (1994). Para sistematizar experiencias. 3 ed. San José CR: Alforja.
16. Lozano, P. (2017). Propuestas para la acción alternativa en salud. Saberes y prácticas de promotoras y promotores comunitarios indígenas en el campo de la salud en la Costa Chica de Guerrero, México, y en el Norte del Cauca, Colombia. (Tesis doctoral) Doctorado en Desarrollo Rural Universidad Autónoma Metropolitana, México.
17. Marchiori, P. (2003). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado C. (organizadores). Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar.
18. Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 109-118.
19. Montoya, V., & García, A. (2010). "Los afro somos una diversidad!" Identidades, representaciones y territorialidades entre jóvenes afrocolombianos de Medellín, Colombia. *Boletín de Antropología*, 24(41), 44-64.
20. Rivera, L. A. (2016). El indígena urbano: Análisis de la política pública para los pueblos indígenas de Antioquia. Antecedentes, logros y desafíos en el municipio de Medellín entre los años 2004 a 2015. *Encuentro Latinoamericano*, 3(1), 7-33. <http://doi.org/10.22151/ELA.3.1.1>
21. Ruiz L.D. (sin fecha). La sistematización de prácticas. Educadora del proyecto de convivencia: conflictos, Democracia y Derechos Humanos en la Escuela. IPC Consultado el 15/03/2012. Disponible en: <http://www.oei.es/equidad/liceo.PDF>
22. Secretaría de salud (2013) Alcaldía de Medellín. Enfoque de Educación para la salud. Revista Secretaría de Salud Municipio de Medellín Volumen 6 número 1 junio 2013
23. Secretaría de Salud de Medellín. (2017). Orientaciones Pedagógicas para la realización de propuestas de información y educación con enfoque de educación para la salud. Documento genérico para los contratos suscritos con la Secretaría de Salud. Medellín: Subsecretaría de Salud Pública.
24. Serje, D. L. O, Suaza, M. & Pineda, R. (2002). Palabras para desarmar. Una mirada crítica al vocabulario del reconocimiento cultural. Bogotá: Ministerio de Cultura.
25. Sevilla, M. (2007). Yanaconidad oculta en Popayán: Indígenas urbanos ante el modelo multicultural colombiano. De Su Puño y Letra *El Conflicto En Democracias. Límites ...*, 137-166. Recuperado de http://www.puj.edu.co/humanidades/politica/archivos/perspectivas_internacionales_Vol3_No2.pdf#page=137



26. Sinigüí, S. Y. (2007). ¿Es posible ser indígena en la ciudad? Sobre estudios indígenas y afrocolombianos. Memoria personal. Revista Educación y Pedagogía, 19(49), 199–214. Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaey/article/view/6644/6087>

27. Torres, A. (2000). La sistematización desde la perspectiva interpretativa. Revista Aportes, 44, 23-37

28. Uribe, E. (2016). Estrategias Organizativas de los Pueblos Indígenas en la Ciudad de Medellín: Una mirada desde el Trabajo Social Intercultural (Tesis de pregrado para título de Trabajo Social). Facultad Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Antioquia.

29. Valencia, E. (2013). Dayi ãberã werãrã tokedé. Construcciones socioculturales del comportamiento reproductivo en indígenas embera eyabida de la comunidad de Nusidó. Frontino, Antioquia, Colombia (Tesis Maestría) Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.

30. Zapata, Olga L., Agudelo, Marco F. (2014). El fracaso de la política pública para la población indígena de Medellín. Reflexión Política No, 16, (Diciembre). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11032880011> ISSN 0124-0781



Información para los autores

La “Revista de Salud Pública de Medellín” publicará manuscritos discriminados bajo las siguientes denominaciones:

Artículo de investigación científica y tecnológica: Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

Artículo de reflexión: Documento que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Artículo de revisión: Documento resultado de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias.

Artículo corto: Documento breve que presenta resultados originales preliminares o parciales de una investigación científica o tecnológica, que por lo general requieren de una pronta difusión.

Reporte de caso: Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

Revisión de tema: Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

Editorial: Documento escrito por el editor, un miembro del Comité Editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

Traducción: Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

Revisión de la normatividad: Resumen, análisis y comentarios sobre la legislación municipal, departamental y nacional, que tengan relación con la Salud Pública.

Documento de reflexión no derivado de investigación

Reseña bibliográfica: Revisión y comentarios sobre libros, revistas y otro tipo de material, relacionado con el campo de la Salud Pública.

Otros: Diferentes tipos de material escrito, como por ejemplo: informe de gestión, reseña histórica, sitios Web de interés, entre otros.

A continuación se ofrecen instrucciones prácticas para elaborar el manuscrito.

Envío del manuscrito: Se prefiere que los autores envíen sus manuscritos elaborados en Microsoft Word a veronica.lopera@medellin.gov.co. Cualquier autor que no tenga acceso a correo electrónico puede mandar el manuscrito original, tres fotocopias y un disquete con el texto completo a la siguiente dirección:

La Revista de Salud Pública de Medellín acusará recibo del manuscrito mediante correo electróni-



co o carta al autor encargado de la correspondencia. El autor puede solicitar información sobre el estado de su manuscrito a veronica.lopera@medellin.gov.co

Derechos de reproducción (copyright): Cada manuscrito se acompañará de una declaración en la que se especifique si corresponde a una publicación inédita, (que no ha sido publicado anteriormente en formato impreso o electrónico). En todo caso, cualquier publicación anterior, sea en forma impresa o electrónica, deberá darse a conocer a la redacción por escrito. Los autores adjuntarán una declaración firmada indicando que, si el manuscrito se acepta para publicación, los derechos de reproducción son propiedad exclusiva de la Revista de Salud Pública de Medellín y que asumen la responsabilidad por los conceptos y juicios emitidos en el mismo. Se debe anexar una carta firmada por el autor principal en donde se exprese claramente que el trabajo ha sido leído y aprobado por todos los autores.

Se solicita a los autores que proporcionen la información completa acerca de cualquier beca o subvención o financiación total o parcial recibida para costear el trabajo en que se basa el artículo.

Los autores tienen la responsabilidad de obtener los permisos necesarios para reproducir cualquier material protegido por derechos de reproducción. El manuscrito se acompañará de la carta original que otorgue ese permiso; en ella debe especificarse con exactitud el número del cuadro o gráfico o el texto exacto que se citará y cómo se usará, así como la referencia bibliográfica completa.

Extensión y presentación: El texto completo del manuscrito, sin incluir cuadros, gráficos y referencias, se recomienda que no exceda de alrededor de 15 a 20 páginas a doble espacio en Microsoft Word. Se deberá usar caracteres de estilo Times New Roman o Arial que midan 12 puntos.

Todos los márgenes serán de 2,5 cm.

Título y autores: El título debe limitarse a 10 palabras, de ser posible, y no exceder de 15. Debe describir el contenido de forma específica, clara y concisa. Hay que evitar los títulos y subtítulos demasiado generales y el uso de jerga y abreviaturas. Un buen título permite a los lectores identificar el tema fácilmente y ayuda a los centros de documentación a catalogar y clasificar el material. Es necesario que también se coloque el título del artículo en idioma inglés.

Se debe incluir el nombre y apellido de todos los autores (en el orden en que deseen aparecer), así como la institución donde trabaja cada uno, indicando el título académico más alto además de su cargo y su afiliación a un grupo de investigación (si existiere). También se debe incluir el correo electrónico y los números de teléfono y de fax del autor encargado de responder a la correspondencia relativa al manuscrito.

Solo deben constar como autores quienes hayan participado directamente en la investigación o en la elaboración del manuscrito y puedan hacerse públicamente responsables de su contenido.

Resumen: Cada artículo se acompañará de un resumen estructurado de hasta 300 palabras dividido en las siguientes secciones: a) Objetivos, b) Métodos, c) Resultados y d) Conclusiones. En el resumen no se incluirá ninguna información o conclusión que no aparezca en el texto. Conviene redactarlo en tono impersonal, sin abreviaturas, remisiones al texto principal, notas al pie de página o referencias bibliográficas. El resumen permite a los lectores conocer el contenido del artículo y decidir si les interesa leer el texto completo. De hecho, es la única parte del artículo que se incluye, además del título, en los sistemas de disseminación de información bibliográfica, tales como Index Medicus.



Los autores deberán traducir sus resúmenes al inglés (abstract).

Palabras claves: A continuación del resumen agregue de 3 a 5 palabras claves. Para ello, utilice preferentemente los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) para las palabras en castellano y su traducción al inglés. Consultar en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Cuerpo del artículo: Los trabajos que exponen investigaciones o estudios por lo general se dividen en los siguientes apartados correspondientes al llamado “formato IMRYD”: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión. Los trabajos de actualización y revisión bibliográfica y los informes especiales suelen requerir otros títulos y subtítulos acordes con el contenido.

Notas a pie de página: Estas aclaraciones en letra menor que aparecen enumeradas consecutivamente en la parte inferior de las páginas se utilizarán para identificar la afiliación (institución y grupo de investigación) y dirección de los autores y algunas fuentes de información inéditas. También sirven para hacer aclaraciones y dar explicaciones marginales que interrumpen el flujo natural del texto. Su uso debe limitarse a un mínimo.

Referencias bibliográficas: Estas son esenciales para identificar las fuentes originales de los conceptos, métodos y técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores; apoyar los hechos y opiniones expresados por el autor, y proporcionar al lector interesado la información bibliográfica que necesita para consultar las fuentes primarias.

Para los artículos de investigación y revisión la Revista de Salud Pública de Medellín, requiere un mínimo de 20 referencias bibliográficas perti-

nentes y actualizadas en el caso de un artículo científico. Los artículos de revisión tendrán un mayor número de fuentes.

La Revista de Salud Pública de Medellín Medicina usa el “Estilo de Vancouver” para la citación de las referencias. La lista de referencias se numerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto. La lista de referencias o la bibliografía se agregará en hojas separadas, al final del manuscrito, y se ajustará a las normas que se describen a continuación. Las referencias en el texto aparecerán como números entre paréntesis al finalizar la idea que requiere el apoyo de la cita bibliográfica y antes del signo de puntuación, tal como se muestra aquí mismo (9). Para aquellas situaciones en donde se mencionan varias referencias deberá hacerse como se muestra en el siguiente ejemplo (13,35-38).

La citación de los artículos en la sección de la bibliografía debe hacerse de la siguiente forma:

1. Artículos de revistas. Es necesario proporcionar la siguiente información: autor(es), título del artículo (en su versión original sin traducir), título abreviado de la revista (tal como aparece en PubMed/Index Medicus) en que este se publica; año; volumen (en números arábigos), número y páginas inicial y final. Toda la información se presentará en el lenguaje original del trabajo citado. Los siguientes son ejemplos que ilustran el “estilo de Vancouver” para la elaboración y puntuación de citas bibliográficas.

a. De autores individuales: Se darán los apellidos e iniciales de los primeros seis autores y, si son más, se añadirá la expresión “et al.”. Los nombres de los autores deben ir en letras altas y bajas, no en letras mayúsculas (p. ej., escriba Ramos AG, no RAMOS AG). Ejemplos:



Kerschner H, Pegues JAM. Productive aging: a quality of life agenda. *J Am Diet Assoc* 1998;98(12):1445-1448.

Morán Moguel MC, Aceves Hernández D, Peña Montes de Oca PM, Gallegos Arreola MP, Flores Martínez SE, Montoya Fuentes H, et al. Detección de *Mycobacterium tuberculosis* mediante la reacción en cadena de la polimerasa en una población seleccionada del noroccidente de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;7(6):389-394.

b. Que constan de varias partes:

Lessa I. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arq Bras Cardiol* 1985;44:255-260.

c. De autor corporativo: Si consta de varios elementos, mencionar de mayor a menor. En revistas publicadas por organismos gubernamentales o internacionales, los trabajos sin autor se pueden atribuir al organismo responsable:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ*. 1993;27(3):287-295.

Organisation Mondiale de la Santé, Groupe de Travail. Déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase. *Bull World Health Organ*. 1990;68(1):13-24.

d. Artículo sin autor dentro de una sección regular de una revista:

Organisation Mondiale de la Santé. Vers l'utilisation de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques: memorandum d'une reunión de l'OMS. *Bull World Health Organ*. 1990;68(6):717-720.

e. Tipos especiales de artículos y otras comunicaciones: Se indican entre corchetes.

García Hernández N. ¿Es el marcapaso VVI aún vigente? [editorial]. *Arch Inst Cardiol Mex*. 1998;68(3):203-205.

f. Suplemento de un volumen:

Guerrero LB de. Vacunas experimentales contra la fiebre hemorrágica argentina. *Medicina*. (Buenos Aires) 1977;37 (supl 3):252-259.

g. Suplemento de un número:

Barreiro C. Situación de los servicios de genética médica en Argentina. *Brazil J. Genet*. 1997;20(1 supl):5 -10.

2. Libros y otras monografías. Se incluirán los apellidos e iniciales de todos los autores (o editores, compiladores, etc.) o el nombre completo de una entidad colectiva; título; número de la edición; lugar de publicación, entidad editorial y año. Cuando proceda, se agregarán los números del volumen y páginas consultadas, serie a que pertenece y número que le corresponde en la serie.

a. De autores (o editores) individuales:

Pastor Jimeno JC. Anestesia en oftalmología. Barcelona: Ediciones Doyma; 1990.

b. Cómo citar la edición:

Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3.a ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

c. De autor corporativo que es también editor:

España, Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria. Alcohol y juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.



d. Cómo citar un capítulo:

Soler C, Tanislowski EC. Pruebas de laboratorio para detectar infección por VIH. En: Sepúlveda Amor J, Bronfman MN, Ruiz Palacios GM, Stanislowski EC, Valdespino JL, eds. SIDA, ciencia y sociedad en México. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1989. Pp. 103-117.

e. Cómo indicar el número de volúmenes o citar uno en particular:

Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524; 2 vol).

Organización Panamericana de la Salud. Vol II: Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Publicación científica 524).

f. Cómo citar un volumen que tiene título propio:

Kessler RM, Freeman MP. Ischemic cerebrovascular disease. En: Partain CL, Price RR, Patton JA, eds. Magnetic resonante imaging. 2.a ed. Vol. 1: Clinical principles. Philadelphia: Saunders; 1988. Pp. 197-210.

Cowie AP, Mackin R. Volume 1: Verbs with prepositions and particles. En: Oxford dictionary of current idiomatic English. London: Oxford University Press; 1975.

g. Actas publicadas de congresos, simposios, conferencias, etc:

Organización Panamericana de la Salud. Informes finales: 104.a y 105.a Reuniones del Comité Ejecutivo de la OPS; XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; XLII Reunión, Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Documento oficial 238).

h. Informes y documentos completos sin autor:

Solo se darán detalles acerca de informes escritos que los lectores puedan solicitar y obtener. Es importante indicar el nombre exacto de la entidad colectiva responsable del documento, más su título completo, ciudad, año y número. De ser posible, se debe dar la fuente del documento. Ejemplo:

World Health Organization. Case management of acute respiratory infections in children in developing countries. Geneva; 1985. (WHO/RS-D/85.15).

3. Otros materiales publicados. Deben seguirse en general las indicaciones para citar un libro, especificando su procedencia (autores o entidad responsable), título, denominación común del material, sitio de elaboración o emisión y fecha.

a. Artículos de prensa:

Sánchez Ron JM. La ciencia del envejecimiento [reseña]. El País 1998 10 de enero; sección "Babelia":15 (col. 1).

b. Materiales en la Internet:

Artículos de revista:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [publicación periódica en línea] 1995. Jan-Mar [citada 1996 Jun 5]; 1(1):[24 pantallas]. Hallado en: URL://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm

Sitios en Internet

Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal. [Sitio en Internet] Ingress Communications. Hallado en: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html> Acceso el 8 junio 1995.

4. Fuentes inéditas y resúmenes (abstracts).

No se consideran referencias apropiadas los resúmenes de artículos, los artículos que aún no han



sido aceptados para publicación, y los trabajos o documentos inéditos que no son fácilmente accesibles al público. Se exceptúan los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación y aquellos documentos que, aun siendo inéditos, pueden encontrarse fácilmente. En esta categoría se encuentran las tesis y algunos documentos de trabajo de organismos internacionales.

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [tesis doctoral]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Organización Panamericana de la Salud, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo. Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993. Washington, D.C., febrero de 1991. (Documento fotocopiado).

5. Trabajos presentados en conferencias, congresos, simposios, etc: Los trabajos inéditos que han sido presentados en conferencias deben citarse en notas al pie de página dentro del texto. Solo deben constar en las referencias si se han publicado en su totalidad (no solo el resumen) en las actas correspondientes u otras fuentes.

Harley NH. Comparing radon daughter dosimetric and risk models. En: Gammage RB, Kaye SV, eds. Indoor air and human health: proceedings of the Seventh Life Sciences Symposium; 1984 Oct 29-31; Knoxville, Tennessee, Chelsea, Michigan: Lewis; 1985. Pp. 69-78.

World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept; Alma-Ata, Kazakstán, old U.S.S.R. Geneva: WHO; 1979.

6. Comunicaciones personales. Inclúyanse únicamente cuando aporten información esencial no obtenible de una fuente pública.

Con en el texto entre paréntesis, sin nota a pie de página, de la manera siguiente:

“D. A. Ramírez (comunicación personal, 7 de abril de 1991) observó que . . .”

“Para el análisis de los datos se usó un modelo de regresión logística modificado (S. M. Pereira, comunicación personal, 1996)”.

Obténgase de la fuente, sin excepción alguna, verificación por escrito de la exactitud de la comunicación.

Cuadros: Los cuadros, cuyo propósito es agrupar valores en renglones y columnas fáciles de asimilar, deben presentarse en una forma comprensible para el lector. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar -no duplicar- el texto. Los cuadros no deben contener demasiada información estadística porque resultan incomprensibles y confusos.

Cada cuadro debe estar identificado con un número correlativo. Tendrá un título breve pero completo, de manera que el lector pueda determinar sin dificultad lo que se tabuló; indicará, además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida y ser lo más breve posible; debe indicarse claramente la base de las medidas relativas (porcentajes, tasas, índices) cuando estas se utilizan. Se pone “NA” en las casillas correspondientes a datos que no son aplicables; si falta información porque no se hicieron observaciones, deberán insertarse tres puntos suspensivos. No se usarán líneas verticales y solo habrá tres horizontales: una después del título, otra a continuación de los encabezamientos de columna y la última al final del cuadro, antes de las notas al pie si las hay. Las llamadas a notas al pie del



cuadro se harán mediante letras colocadas como exponentes (“voladitos”) en orden alfabético: a, b, c, etc. Dentro de los cuadros las llamadas deben colocarse en orden consecutivo de arriba a abajo y de izquierda a derecha. El título de un cuadro debe ir en la parte superior de éste.

Gráficos: Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos lineales, mapas, fotografías, etc.) se deben utilizar para destacar tendencias y comparaciones de forma clara y exacta. Deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicar la que ya se ha dado en el texto. Los títulos de los gráficos serán tan concisos como sea posible, pero al mismo tiempo muy explícitos. No se pondrán notas a pie de gráfico, pero se identificará la fuente si se ha tomado de otra publicación y se obtendrá el permiso por escrito para reproducirla del dueño de los derechos de autor de la publicación original. Si hay espacio suficiente, la explicación de los gráficos o mapas quedará incluida dentro del propio gráfico, pero si no es así, se incorporará al título del gráfico. Los mapas y dibujos llevarán una escala en unidades SI. El título de un gráfico debe ir en la parte inferior de éste.

Las fotografías deberán tener gran nitidez y excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fuente de origen y fecha. Cada fotografía estará identificada en el reverso con un número e incluirá un título claro y breve. Esta información se deberá escribir en una etiqueta engomada en el dorso de la fotografía.

El exceso de cuadros, material gráfico o ambos resulta costoso, disminuye el efecto que se desea lograr y ocupa mucho espacio. Es preciso seleccionar estos materiales cuidadosamente y evitar, por ejemplo, dar la misma información en un cuadro y una gráfico.

Abreviaturas y siglas: Se utilizarán lo menos

posible. La primera vez que una abreviatura o sigla aparezca en el texto, hay que escribir el término completo al que se refiere, seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis, como en el ejemplo, Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Unidades de medida: Se utilizarán las unidades del Sistema Internacional (SI), que se basa en el sistema métrico decimal (véase la Bibliografía). De acuerdo con dicho sistema, los símbolos de las unidades no toman la terminación del plural (5 km y no 5 kms) ni van seguidos de punto (10 mL y no 10 mL.). En textos en castellano, los números decimales se expresarán mediante la coma decimal en vez del punto. Las cifras deben agruparse en tríos, dispuestos a la derecha y a la izquierda de la coma decimal, y separados entre sí por un espacio simple. Las cifras con porcentaje se expresarán en su respectivo número, luego un espacio y luego el símbolo de porcentaje.

Forma correcta:

12 500 350 (doce millones quinientos mil trescientos cincuenta)

1 900,05 (mil novecientos y cinco céntimos)

Formas incorrectas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05.

Forma correcta en los porcentajes:

58,8 %

Formas incorrectas:

58,8% / 58.8% / 58.8 %

Forma correcta en los años calendario:

2007

Formas incorrectas:

2 007 / 2.007 / 2,007

Las fechas se presentarán en el orden: día/mes/año

Forma correcta:

14/01/2006

Formas incorrectas:

Enero 14 de 2006 / 14 de enero de 2006 / 14-01-06 / 01-14-06



Alcaldía de Medellín

Secretaría de Salud de Medellín

Centro Cívico de Antioquia Plaza de la Libertad

Carrera 53A N° 42 - 161. Piso 21

www.medellin.gov.co/salud

e-mail: secre.salud@medellin.gov.co

Línea de atención a la ciudadanía 44 44 144