

DESARROLLO DE UN PROGRAMA COMUNITARIO PARA LA PROMOCION DEL AUTOCUIDADO CON AGENTES INTERCULTURALES DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE COTA CUNDINAMARCA

Experiencia del CEMI

El Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) es una entidad sin ánimo de lucro que trabaja de la mano con el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud (GESTS) de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (reconocido como grupo de investigación por Colciencias). El enfoque de trabajo establece que la actividad académica debe estar siempre enfocada a fortalecer acciones en beneficio de las comunidades y, a su vez, este trabajo con la gente se convierte en la fuente de nuevo conocimiento científico. En este marco, el CEMI y el GESTS han encontrado y documentado evidencia sobre la importancia del uso de plantas medicinales para el cuidado de la salud en diferentes lugares de Colombia y otros países de Latinoamérica, a la vez que han encaminado acciones para el fortalecimiento de los pueblos que poseen estos conocimientos tradicionales. En términos metodológicos, la aproximación sobre la cual se fundamenta esta propuesta académica se conoce como diálogo intercultural. Las líneas de acción establecidas por el GESTS ante Colciencias son: el estudio de la botánica médica; políticas y legislación; sistemas tradicionales de salud; y estudios epidemiológicos y clínicos.

Los Agentes Interculturales de Salud

La Organización Mundial para la Salud (OMS) ha sugerido desde 1977 que los remedios de origen vegetal podrían ser valiosos para promover la salud de la humanidad y, en el marco de la reunión de Alma-Ata (1978), que las cabezas médicas tradicionales y los remedios de origen vegetal podrían vincularse a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Para lograr aplicar este programa, la estrategia contemplaba el desarrollo de recursos humanos en salud, como el promotor rural o comunitario de salud, que buscaba acercar a las comunidades al sistema formal de salud. Se esperaba, particularmente, permitir la participación social en salud con la formación de personas de las mismas comunidades que logran la interlocución cultural necesaria para ese acercamiento.

Desde entonces, ha llamado la atención e instado en diferentes reuniones, talleres y conferencias sobre la necesidad de estudiar, recuperar y promover la medicina tradicional como medio para lograr las metas de salud para todos, a este llamado se han unido múltiples autores y entidades como la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Un hito emblemático para el reconocimiento de las plantas medicinales es la Consulta Internacional de Conservación de Plantas Medicinales realizada en Chiang Mai (Tailandia) en 1988, organizada por la OMS, la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN) y el Fondo Mundial de la Naturaleza (WWF), y que se concretó en una declaración titulada: “Salve plantas, para salvar vidas”. Allí los profesionales de la salud reafirmaron su compromiso con el propósito colectivo de “Salud para todos en el año 2.000” a través de la APS y los principios de conservación y desarrollo sostenible en la “Estrategia Mundial de Conservación”.

Llama la atención que la OMS ha seguido instando en diferentes reuniones, talleres y conferencias sobre la necesidad de estudiar, recuperar y promover la medicina tradicional como medio para lograr las metas de salud para todos;¹ sobre la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia

¹ La OMS ha propuesto cuatro líneas de acción para la promoción de la medicina tradicional: 1) Política, 2) Seguridad, eficacia y calidad, 3) Acceso y 4) Uso racional. A su vez, la OPS también ha planteado cuatro líneas:

la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y sobre la prioridad en el desarrollo y aplicación de modelos asistenciales centrados en la familia y la comunidad con el debido fortalecimiento de la participación social en salud. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su parte, en el documento de posición de 2007 sobre la Renovación de la APS en las Américas, reconoce que no todos los países cuentan con los marcos políticos e institucionales que garanticen la incorporación del personal comunitario, de la medicina tradicional y de una participación social adecuada. En el mismo sentido la OPS ha enfatizado sobre la necesidad de que el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tengan competencias de salud pública e interculturales demostrables; y que el 30% del personal de atención primaria sea reclutado de sus propias comunidades. Colombia ofrece un marco legal de respeto de la diversidad cultural y una abundante normatividad en materia de salud que promueve el fortalecimiento de los modelos propios de salud y la adaptación de modelos interculturales que, sin embargo, estamos lejos de haber desarrollado a plenitud, y un replanteamiento de las exigencias para la formación de talento humano en salud que ignora completamente la formación en competencias interculturales.²

Por otra parte, en Colombia se promulgó la Ley 1438 de enero 9 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta Ley permite encontrar los elementos conceptuales, políticos y jurídicos para este proyecto. En particular el artículo 13 dice textualmente:

Artículo 13. *Implementación de la atención primaria en salud.* Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

13.1 El sistema de Atención Primaria en Salud se regirá por los siguientes principios: universalidad, **interculturalidad**, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad.

13.2 **Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

13.3 **Acciones Intersectoriales** para impactar los determinantes en salud.

13.4 **Cultura del autocuidado.**

13.5 **Orientación individual, familiar y comunitaria.**

13.6 **Atención integral, integrada y continua.**

13.7 **Interculturalidad**, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.

13.8 **Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios**, motivado, suficiente y cualificado.

13.9 **Fortalecimiento de la baja complejidad** para mejorar la resolutivez.

13.10 **Participación activa de la comunidad.**

13.11 **Enfoque territorial.**

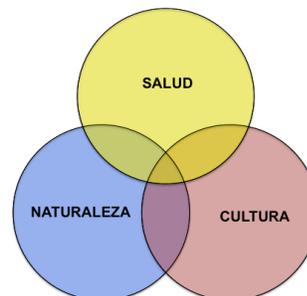
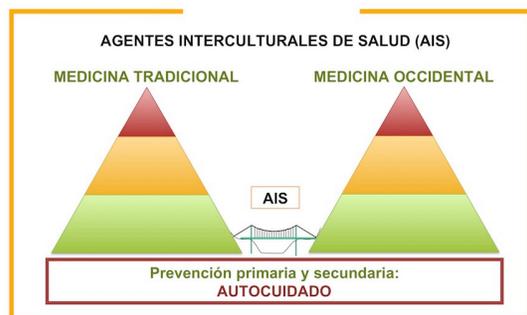
Finalmente, el artículo 15 al hablar de la conformación de los Equipos básicos de salud para el desarrollo de esta estrategia señala que *“el ente territorial, conforme a la reglamentación del Ministerio de la Protección Social, definirá los requisitos óptimos para habilitar la conformación de los Equipos Básicos de Salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la*

1) Marco legal, 2) Complementación teórica, 3) Complementación operacional, 4) Promoción de la interculturalidad.

² Ministerio de la Protección Social de Colombia, Decreto N° 3616 de 2005

financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.”

La experiencia documentada por el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (GESTS) desde el año 1983, ha permitido comprender que los programas de salud pueden ser más eficaces y más integrales si, por una parte, se acoge la riqueza del conocimiento y las prácticas tradicionales de estas comunidades y, por la otra, se proponen actividades que relacionen la salud con la cultura y la naturaleza.



Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, el GESTS propone la formación de un nuevo agente de salud que busca subsanar las deficiencias del promotor: el **Agente Intercultural de Salud (AIS)**. El objetivo del programa apunta a formar un nuevo agente comunitario de salud que incorpore en su actuación los principios de la atención primaria, el autocuidado y el diálogo intercultural para el cuidado de la naturaleza, la conservación de la cultura y la promoción de la salud humana.

Se constituyen en fundamentos del programa de *Agente Intercultural de Salud*³ el reconocimiento de la eficacia de los sistemas médicos tradicionales; el uso de tecnología apropiada existente en la medicina moderna y en la medicina tradicional; el intento por disminuir la dependencia externa en la atención de los problemas de salud; y el reconocimiento de que la diversidad condiciona la necesidad de desarrollar estrategias de promoción y prevención ajustadas a las necesidades ambientales y culturales, que deben ser concertadas entre las comunidades y los servicios nacionales de salud.

La misión del *Agente Intercultural de Salud* se deriva de los siguientes objetivos:

1. Recuperar y promover conocimientos y prácticas tradicionales de salud.
2. Buscar la seguridad alimentaria a partir de prácticas agroecológicas y la conservación de recursos biológicos.
3. Promover la conservación del ambiente.
4. Incorporar las plantas medicinales en el cuidado de la salud.
5. Incentivar actividades comunitarias e institucionales para la promoción de la salud.

Además de las consideraciones anteriores, el programa se funda en el concepto de Autocuidado, propuesto por el GESTS, que supone que todos y cada uno de los miembros de una comunidad son

³ Este es el nombre genérico, sin embargo, dependiendo del contexto geográfico puede variar, por ejemplo en Colombia se le ha dado el nombre de Gestor Comunitario de Salud mientras en México se le conoce como Técnico Intercultural de Salud.

responsables de su salud. Centrar la atención de la salud en el autocuidado supone entonces voltear la pirámide asistencial de modo que el individuo recupera la responsabilidad de su salud o su enfermedad y el *Agente Intercultural de Salud* se erige como agente educador en formas saludables de vida acordes con el medio ambiente y las prácticas culturales, desde la triple dimensión Cultura-Naturaleza-Salud para incidir en la esfera personal, local y comunitaria.



Experiencia previa con *Agentes Interculturales de Salud*

Antes del programa en Cota, se ha formado 129 *Agentes Interculturales de Salud* pertenecientes a siete cohortes (seis en Colombia y una el estado de Guerrero en México). Sobresale la enorme participación de la mujer en este programa. Como puede verse, la denominación de los *Agentes Interculturales de Salud* ha cambiado a lo largo del tiempo de acuerdo con el ámbito territorial y el énfasis en los programas de formación, sin embargo, en todos los casos se mantienen los principios fundamentales del programa.

Nombre de la cohorte	Año	Mujeres	Hombres	Total
Gestores Comunitarios de Salud	2005	9	2	11
Gestores Comunitarios de Salud	2007	13	6	19
Gestores Comunitarios de Salud	2009	15	11	26
Gestores Comunitarios de Salud	2009	21	2	23
Técnicos Interculturales de Salud	2015	13	7	20
Operadores Legales Interculturales	2015	8	22	30
Total		79	50	129
%		61.24%	38.76%	

Programa comunitario en Cota

Mediante el Convenio de Asociación No. 552 DE 2017 entre la Alcaldía y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (Cemi), con la Secretaría de Salud se adelanta un programa para la promoción del autocuidado de la salud en Cota, Cundinamarca. Centrado en la formación de Agentes Interculturales de Salud (AIS), se encuentra actualmente en la cuarta fase de intervención comunitaria con seis AIS contratados y una red de apoyo que contribuye activamente en la gestión intersectorial.

Este proyecto se ha enmarcado en la gestión del conocimiento, a partir de la permanencia y uso de conceptos y recursos de la medicina tradicional, y las condiciones de salud relacionadas con el autocuidado, y tiene como objetivo final brindar capacitación a las familias, maestros, cuidadores de primera infancia y otros sectores en identificación de riesgo.

Curso de formación de Agentes Interculturales de Salud en Cota, Cundinamarca

El Cemi, en asocio con el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (Gests), diseñó el curso de capacitación de Agentes Interculturales de Salud, adecuándolo al contexto, las necesidades y las oportunidades del municipio de Cota. Con la participación de 19 profesores pertenecientes al Cemi y al Gests, se impartieron 320 horas de clases a 25 alumnos seleccionados según un perfil definido previamente y se entregó certificación como AIS a 22 estudiantes. El curso desarrolla el concepto ampliado de la salud trabajado por Cemi y el Gests desde hace varios años en diferentes programas de formación académica y extensión comunitaria. Así mismo desarrolla conceptos de autocuidado y promoción de la salud con seguridad cultural y con un enfoque ambiental, cultural y social ([Ver matriz curricular](#)).

Intervención comunitaria para la promoción del autocuidado de la salud

Terminado el curso se realizó la selección de seis de las Agentes Interculturales de Salud certificadas para continuar con la siguiente fase de intervención comunitaria con el acompañamiento de una red de apoyo para la gestión intersectorial, en la que contribuyen algunos de los profesores del Cemi, el Centro de Estudios en Salud Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana (CESCUS), la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid y el Departamento CIET-Pram de Medicina Familiar de la Universidad McGill en Canadá.

En la Fase I las agentes, después de haber recibido su capacitación, trabajaron primero consigo mismas y con sus familias e hicieron promoción del autocuidado mediante visitas familiares y talleres a miembros de la comunidad, así como diagnóstico comunitario y gestión intersectorial. Para el trabajo comunitario se adaptaron unos materiales para la promoción del autocuidado expresado en las «máximas del autocuidado» que se entregan a las familias en la forma de [postales](#) o [folleto](#) y que se explican durante las visitas de seguimiento y en los talleres comunitarios y en instituciones educativas.

En la Fase II la tarea más importante fue generar procesos intersectoriales, para incidir de manera más amplia en los distintos sectores del municipio, mientras las agentes continuaron sus actividades personales y comunitarias.

Durante la Fase III se desarrollaron actividades de intervención en las instituciones de Primera Infancia y Adulto Mayor, con énfasis en la promoción del autocuidado de la infección respiratoria

aguda, la enfermedad diarreica aguda y nociones básicas de nutrición.

La educación continua ocupa un importante lugar en el Programa para garantizar la permanente formación y profundización de conceptos que no se logran apuntalar en solo dos meses de formación. Para ello se han seguido impartiendo sesiones mensuales de 4 horas a las que asisten las seis AIS contratadas y los demás agentes certificados en el curso, según disponibilidad. Llama la atención la asidua participación de casi todos los agentes formados en todos los talleres de educación continuada ofrecidos.

La gestión del conocimiento estuvo dirigida en las fases I-III a la evaluación técnica mediante procesos de investigación, así: a) estudio epidemiológico transversal para establecer la línea base del autocuidado; b) el cambio más significativo, como técnica cualitativa para evaluar el impacto de la acción de los agentes; c) inventarios peridomiciliarios de plantas medicinales y cambios en la recuperación de la flora medicinal, y d) análisis cualitativo de la información obtenida en las actividades de las agentes.

Teniendo en cuenta que la 'gestión del conocimiento' es el proceso de captura, distribución, uso efectivo y evaluación del conocimiento dentro de la organización, para este programa es condición por excelencia salir de la organización para transmitir el conocimiento a las comunidades beneficiarias. En ese sentido, en la ejecución del proyecto se ha comprobado que los materiales didácticos son repositorios de conocimientos y de lecciones aprendidas, han funcionado como indicadores del capital intelectual del Programa de Autocuidado y han canalizado la capacidad de respuesta de las AIS frente a problemas y desafíos en la promoción del autocuidado en las comunidades. Se erigen, pues, en herramientas y tecnologías de gestión del conocimiento que guardan y documentan el conocimiento organizacional para multiplicarlo y llevarlo de lo individual a lo colectivo. Por ello estos materiales se muestran como una eficaz contribución a la estrategia de divulgación para la salud pública en interculturalidad.

Durante la intervención se han diligenciado alrededor de 300 fichas familiares y se ha hecho seguimiento con visitas y atención de consultas de autocuidado a libre demanda con una cobertura de 2139 beneficiarios. Se han realizado 263 talleres comunitarios, en instituciones educativas y en los diferentes sectores de la Administración Pública como Primera Infancia, Adulto Mayor, Secretaría de Salud, Secretaría de Agricultura, Secretaría de Cultura, entre otros, sobre promoción de autocuidado y educación para la salud para un total de 4034 participantes. En 14 meses de intervención comunitaria el programa ha llegado a cerca de 6000 beneficiarios.