

Revista Fisioterapia y Desarrollo Humano

Proyecto estudiantil CoMMoverse

Fisioterapia en comunidad

Número 5 | 2024





UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

REVISTA FISIOTERAPIA Y DESARROLLO HUMANO

número 5 · 2024

issn 2011-8082 | issn en línea 3028-421X

Desde el año 2008 y en el marco de la línea de profundización en Comunidad y Desarrollo Humano de la Carrera de Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, nuestra revista estudiantil está comprometida con la difusión de reflexiones, experiencias, investigaciones y proyectos donde estudiantes, profesionales y comunidades intercambian sus conocimientos mientras se promueve el ejercicio profesional integral, el respeto por el contexto cultural y una visión holística de la salud.

RECTOR	Leopoldo Alberto Múnera Ruiz
VICERRECTORA SEDE BOGOTÁ	Andrea Carolina Jiménez Martín
DIRECTORA BIENESTAR SEDE BOGOTÁ	Nancy Jeanet Molina Achury
DECANO FACULTAD DE MEDICINA	José Fernando Galván Villamarín
JEFE DE DIVISIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL	Zulma Edith Camargo Cantor
COORDINADOR PROGRAMA GESTIÓN DE PROYECTOS	William Gutiérrez Moreno
DIRECTORA BIENESTAR FACULTAD DE MEDICINA	Fabiola Moscoso Alvarado

EQUIPO EDITORIAL

Docente que acompaña y avala el proyecto	Aydee Luisa Robayo Torres
Coordinación	Annai Victoria Carrillo Miranda
Preedición	Annai Victoria Carrillo Miranda Beatriz Mena Bejarano
Evaluadores	Aydee Luisa Robayo Carmen Elena Suarez Reyes
Corrección de Estilo	Manuela Rondón Triana Diana Consuelo Luque V
Diseño y diagramación PGP	Sergio E. Bachiller Medina Jose Castro Garnica
Portada y Contraportada	Sergio E. Bachiller Medina Jose Castro Garnica
Imagen de portada	Johan Nicolas Suarez Piñeros

El material expuesto en esta edición puede ser distribuido, copiado y expuesto por terceros si se otorgan los créditos correspondientes. Las obras derivadas del contenido del presente volumen/número deben contar con el permiso del (de los) autor(es) de la obra en cuestión. No se puede obtener ningún beneficio comercial por esta publicación.

Las ideas y opiniones presentadas en los textos de esta edición son responsabilidad exclusiva de sus respectivos autores y no reflejan necesariamente la opinión de la Universidad Nacional de Colombia.

CoMMoverse

commmove_bog@unal.edu.co

Programa de Gestión de Proyectos (PGP)

proyectoug_bog@unal.edu.co

(601) 3165000 Ext.: 10661-10662

[facebook/gestiondeproyectosUN](https://www.facebook.com/gestiondeproyectosUN)

Instagram: @pgp_un

bit.ly/biblio_PGP

Contacto Facultad de Medicina

dirbienes_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Cra. 45 No 26-85 Edificio Uriel Gutiérrez

Sede Bogotá

www.unal.edu.co

Contenido

EDITORIAL

Fisioterapia en comunidad:

Reflexiones y perspectivas ///

9

Proyecto estudiantil CoMMoverse

**'Reconocimiento': una herramienta
clave para la interacción**

fisioterapéutica en el fin de vida ///

10

Maria Catalina Malaver Moreno

Chistian Stibben Navarro Santamaria

Fisioterapia y APS en escuelas

rurales: ¡sí!, pero ¿así? ///

20

Karen Daniela Peláez Montenegro

Aldair Restrepo Cárdenas





Reflexiones sobre la partería tradicional en Colombia: barreras de acceso a la salud y su relación con la fisioterapia en Sibundoy-Putumayo // **28**

Ana Isabel Sanchez Vinasco
Geimy Elizabeth Osorio Urbano
Ayssa Fernanda Reyes Baquero

Descolonización del proceso salud-enfermedad-atención desde la perspectiva intercultural // **36**

Annai Victoria Carrillo Miranda
Deisy Yorelly Cuesta Perugache
David Andres Marulanda Granados



EDITORIAL:

Fisioterapia en comunidad: Reflexiones y perspectivas

Proyecto estudiantil CoMMoverse¹

La edición de esta serie de ensayos titulada Fisioterapia en Comunidad, en su quinta edición bajo nuestro proyecto CoMMoverse, presenta un compendio de reflexiones que toma diversos aspectos importantes de la fisioterapia en contextos comunitarios, con un sentido particular e innovador en la profesión sobre los cuidados paliativos y la interacción con comunidades rurales e indígenas. Cada ensayo argumentativo ha sido creado con el objetivo de invitar al lector a pensar el rol del fisioterapeuta, no solo como un profesional de la salud, sino también como un acompañante en las diversas etapas de la vida, incluyendo aquellas más profundas y complejas.

En dichos escritos, desde diversas perspectivas, buscamos contestar interrogantes como los siguientes: ¿qué herramientas tiene la fisioterapia para acompañar un plan de fin de vida?, ¿cuál es la labor de la fisioterapia en la atención primaria de salud en el ámbito educativo?, ¿qué es la partería y por qué es relevante para el fisioterapeuta?, ¿por qué es importante el reconocimiento cultural y el abordaje integral en el cuidado paliativo?, ¿cuál es la necesidad de un enfoque que valore tanto la dimensión física como la espiritual y emocional del paciente por medio de la salud intercultural?, entre otras.

Este compendio de ensayos es una clara invitación a todos los profesionales de la salud, especialmente para los fisioterapeutas, a no ejercer de manera mecánica la profesión, sino de una manera más consciente, buscando un contacto más humano. Nosotros editamos esta edición con la creencia de que la fisioterapia no solo es la ciencia del movimiento, sino también el arte de acompañar y cuidar del otro.

¹ Integrado por las y los estudiantes del pregrado en Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia: Annai Victoria Carrillo Miranda, David Andrés Marulanda Granados, Karen Daniela Pelaez Montenegro, Aldair Restrepo Cardenas, Ana Isabel Sanchez Vinasco, Ayssa Fernanda Reyes Baquero, Christian Stibben Navarro Santamaria, Deisy Yorelly Cuesta Perugache, Geimy Elizabeth Osorio Urbano y Maria Catalina Malaver Moreno



'Reconocimiento': una herramienta clave para la interacción fisioterapéutica en el fin de vida

Maria Catalina Malaver Moreno

Chistian Stibben Navarro Santamaria¹ //

*"La muerte es parte de la vida así como la sombra
es parte de la luz, el miedo arruina el placer de vivir.
Acepta la vida en todos sus aspectos"*

(Jodorowsky, 2014).

¹ Estudiantes del pregrado en Fisioterapia de la
Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá

En primer lugar, es importante reconocer que, para muchas sociedades, el fin de la vida ha sido y sigue siendo un tema delicado e incluso un tabú, ya que aceptar la muerte como una verdad inevitable e inmutable no es sencillo en algunas culturas. Esto determina de forma importante cómo se aborda la muerte en un contexto de salud (El tabú de la muerte, 2020).

La muerte se deriva de una construcción social y es un término que, a lo largo de la historia, ha adquirido diversas definiciones y múltiples significados según el contexto en el que los individuos se sitúan y crecen. Por un lado, en la cultura occidental, la muerte conlleva un sentimiento de miedo profundo y su mención se omite, a pesar de su inevitable desenlace (Caycedo Bustos, 2007). Para otras culturas, como las comunidades rurales e indígenas, la muerte es un tema del que se habla desde edades muy tempranas como parte del ciclo natural de la vida (Caycedo Bustos, 2007).

Según esta percepción de la muerte, los individuos tienen múltiples formas de vivirla. Por ejemplo, en las comunidades indígenas, las ceremonias cargadas de rituales y espiritualidad son esenciales, y la compañía de la familia al individuo en este proceso es fundamental (Caycedo Bustos, 2007). Estas ceremonias se complementan con caricias, cantos e incluso masajes que adquieren un significado profundo, pues no son percibidos no solo por el cuerpo, sino también por el espíritu, debido a la comunicación permanente que ambos tienen según sus creencias (Caycedo Bustos, 2007).

Contrario a lo expuesto anteriormente, algunos individuos ven la muerte como algo totalmente negativo que debe ser combatido. Esto es especialmente común en las grandes ciudades, donde diversos factores contextuales, como el modelo médico tradicional enfocado en la enfermedad, han llevado a la satanización de este concepto, lo cual constituye una barrera para una interacción multidimensional. Esta percepción ha influido significativamente en la forma en que se aborda la muerte, especialmente en instituciones de salud y en el actuar de los profesionales que trabajan en ellas.

La muerte, entonces, es vista como algo que se debe evitar a toda costa. Como resultado, surgen todo tipo de procedimientos en salud, intervenciones y exámenes que, en muchas ocasiones, someten al individuo a condiciones de aislamiento, afectando aún más su bienestar y calidad de vida, todo con el fin de alejarlo de una situación inevitable (Caycedo Bustos, 2007).

Es fundamental, por tanto, que todos, incluyendo los profesionales y centros de salud analicen y transformen el concepto de muerte, reconociendo su naturaleza y el momento en el cual los objetivos de curación y la tecnificación de la medicina ya no tiene lugar pues la satisfacción de otras necesidades toma el protagonismo (Masse García, 2022). A través de este cambio, se podrá otorgar a la muerte un significado profundo, de manera que vivir la etapa de fin de vida no sea solo un evento biológico, sino también una experiencia que impacta en todas las dimensiones a cada uno de los individuos implicados en el proceso (Fascioli, 2016). Entender esto será crucial para construir las herramientas que guíen un adecuado actuar profesional, proporcionando a los individuos la posibilidad de 'vivir su fin de vida' mientras sus necesidades son atendidas.

Normatividad del cuidado paliativo en Colombia

Según lo establecido por la Sociedad Americana del Cáncer y la Ley 1733 de 2014, durante la etapa de fin de vida se proporciona a los individuos la «atención de enfermos terminales» que hace parte de lo que se conoce como cuidado paliativo (Svansson et al., 2024), enfocado en pacientes con una expectativa de vida menor a un año con un diagnóstico de una enfermedad mortal. En el marco de este cuidado, los profesionales deben velar por brindar una buena calidad de vida no solo al individuo con la condición, sino también a su familia, y reducir los síntomas y efectos secundarios de una enfermedad grave, ya sean físicos, psicológicos, espirituales, etc. (American Cancer Society, s. f.).

De acuerdo con la ley mencionada, por otro lado, se establece que cualquier profesional formado en este campo puede ser partícipe del equipo, ya sea médico, enfermero, fisioterapeuta, etc. Asimismo, expone los múltiples derechos que deben garantizarse a estas personas, como el derecho al cuidado paliativo, a participar de forma activa en el proceso de atención y en la toma de decisiones, el derecho a una segunda opinión, a la voluntad anticipada, a la información y, finalmente, el derecho de los familiares a la toma de decisiones en caso de estado de coma o incapacidad por parte del individuo que padece la condición (Ley 1733/2014). Este marco legal establece los derechos y estándares necesarios para asegurar una atención de calidad, de manera que debe ser la base del actuar de los profesionales en este campo.

En dicho contexto, los fisioterapeutas han sido reconocidos por su rol crucial, ya que abordan tanto la dimensión física como la funcional, impactando positivamente y de forma integral en la calidad de vida de estos pacientes. La ley 528 de 1999, que regula su práctica, indica que los fisioterapeutas procuran el «[...] mantenimiento, optimización o potenciación del movimiento, así como a la prevención y recuperación de sus alteraciones y a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social.» (Art. 1).

La verdadera pregunta que surge es hasta qué punto la definición establecida se aplica y se cumple plenamente, de manera que permita a los fisioterapeutas adaptarse a las necesidades de las personas al final de sus vidas. Por tanto, resignificar la percepción que se tiene frente a la muerte e identificar las necesidades de reconocimiento de los seres humanos es esencial, ya que potencia y fortalece el rol que los profesionales en fisioterapia tienen con los pacientes que se encuentran en el proceso de cuidados paliativos.

La fisioterapia muestra el poder, interés y la capacidad de manejar los conceptos del reconocimiento de la muerte y el proceso de fin de vida, impactando

en múltiples esferas, como son las físicas, mentales, etc. Esta capacidad es especialmente relevante en una sociedad que aún lucha por aceptar y entender la partida como una parte natural de la vida humana (Campos Serena, s. f.).

El cuidado paliativo: dos caras de la misma moneda

Los seres humanos han tomado ventaja de la muerte a lo largo de la historia para su desarrollo, construyendo así una sociedad civilizada; de modo que la muerte de otras especies no es considerada una desgracia (Campos Serena, s. f.), son explotadas como beneficio propio, para convertirse así en la especie más dominante del mundo.

No obstante, en la sociedad occidental se encuentran dificultades para comprender la muerte y sobre todo la 'muerte digna' en humanos (BBC Mundo, 2018). Se ha llegado a evitar incluso mencionar la palabra 'muerte' debido al impacto emocional que genera. Esto se debe principalmente al miedo inherente que provoca pensar en ella y su deseo de evitarla, que lleva a considerarla como una desgracia en el transcurso de la vida (Campos Serena, s. f.). Este término se vuelve más impactante cuando viene acompañado de un diagnóstico médico y fecha esperada, el cual también afecta a los seres cercanos de quien va a morir hasta el punto de formar un factor negativo del proceso paliativo terminal. La muerte, entonces, se percibe como una derrota o un fracaso de la medicina, en lugar de una etapa natural (Achury y Pinilla, 2016).

Por tal motivo, es importante considerar todos los factores que cada individuo en cuidado paliativo necesita para poder llevar este proceso de la mejor forma y lograr, así, su objetivo principal, que es aliviar las manifestaciones de la enfermedad que limita la vida más allá de eliminarla (Svansson et

al., 2024), tratando al paciente de forma holística. Claro está, se debe reconocer lo esencial del trabajo multidisciplinar, que incluye soporte psicológico, social y espiritual, y está dirigido también a las familias y seres cercanos (NHS, 2022).

El fin mismo del cuidado paliativo implica, según lo establecido por la ley, que cualquier enfermo terminal, sin importar su estadio clínico, debe tener acceso con el fin de mejorar su calidad de vida. Sin embargo, lamentablemente en Colombia, por factores como la dificultad de acceso al sistema de salud y el régimen en que se encuentre el paciente, su educación, su estrato socioeconómico, etc., el paciente puede recibir o no estos cuidados y en ocasiones puede recibirlo de manera diferencial. La remisión de los pacientes terminales es baja, incluso más de lo que se recomienda a nivel nacional (Sánchez-Pedraza et al., 2017). Adicionalmente, se ha encontrado que, aunque los pacientes sean remitidos a cuidado paliativo, esto no implica una relación directa con un aumento en la percepción de calidad de vida (Sánchez-Pedraza et al., 2012). Incluso se ha encontrado que los pacientes que no lo reciben a veces logran llegar a obtener puntajes más altos de calidad de vida que aquellos que sí lo reciben. (Sánchez-Pedraza et al., 2017).

En un estudio realizado por Lemos (2019) con el objetivo de conocer e identificar las percepciones de los pacientes y sus cuidadores frente a los cuidados paliativos, se encontraron dos perspectivas que contrastan. Para algunos individuos y sus familias, fueron de gran importancia e impactaron significativamente en la calidad de vida de todos los involucrados. Permitieron no solo una mejora física, mediante la disminución del dolor y el sufrimiento, sino que también tuvieron un efecto muy positivo en su bienestar mental. Los pacientes se sintieron escuchados, acompañados y reconocidos a lo largo del proceso por los profesionales de la salud (Lemos, 2019).

Sin embargo, para otros, el proceso fue totalmente deshumanizante, pues se centró únicamente en la disminución del dolor mediante el uso de múltiples medicamentos y sedantes. No hubo interacción humana, apoyo, ni escucha, y se ignoraron otras áreas de la vida que también debían ser atendidas. Estos pacientes incluso manifestaron estados de malestar mental, como la depresión, lo que repercutió negativamente en su dimensión física, causando aún más sufrimiento (Lemos, 2019).

Aquellos individuos cuidadores que mostraron una especial adherencia a los cuidados paliativos destacan que estos no solo mejoran la calidad de vida, sino que también disminuyen la carga social del cuidador y facilitan la resignificación de la muerte (Lemos, 2019). Esto pone en evidencia que la calidad de vida de los pacientes en cuidado paliativo en ocasiones no se aborda de forma eficaz, ya que desafortunadamente en este país los cuidados no se aplican de manera equitativa para todos, lo que depende de varios factores, tanto relacionados con el acceso (evidentemente determinado por diversas condiciones socioeconómicas) como con la forma en que se prestan. Esto último se debe, por un lado, a la percepción de la muerte, que a menudo se basa en un modelo tradicional centrado en la enfermedad, y, por otro, al no reconocimiento de las necesidades reales de los individuos

Adicionalmente, existen múltiples barreras que afectan la eficacia del cuidado paliativo (MinSalud, s.f.), como el escaso desarrollo de herramientas técnicas para su implementación, la falta de claridad sobre la habilitación de servicios y organización de las redes de cuidados, el tipo de contratación de servicios que no favorece la atención integral por el equipo en salud especializado, la escasa oferta de formación interdisciplinaria en cuidados paliativos, etc. Por esto, no es claro hasta qué punto las entidades hospitalarias permiten un cuidado paliativo que cubra todos los aspectos que cada paciente necesita (MinSalud, s.f.).

A pesar de todas estas limitaciones, la intervención fisioterapéutica ha demostrado múltiples beneficios en los usuarios de cuidado paliativo, incluso con las notorias barreras existentes. Un abordaje integral permite usar las estrategias terapéuticas más comunes en cuidados paliativos como el fortalecimiento muscular/ ejercicio terapéutico, educación en salud al paciente y familiar/cuidador, entrenamiento de balance y desplazamiento, ejercicios respiratorios, drenaje linfático, etc. Estas intervenciones tienen un efecto positivo en la funcionalidad, independencia, alivio del dolor músculo-esquelético y calidad de vida (Putt et al., 2017).

Calidad de vida: perspectiva a través de experiencias individuales

Otras estrategias comúnmente usadas enfocadas en el componente físico son el uso de modalidades térmicas, modalidades eléctricas, modalidades mecánicas, maniobras de terapia física manual, uso de elementos de asistencia, etc. (Kumar y Jim, 2010). El impacto de la fisioterapia en la calidad de vida percibida se refleja concretamente en las experiencias de los pacientes y sus familiares con el personal de salud. Los testimonios indican un notable aumento en la percepción del estado de ánimo, la motivación, la confianza y la sensación de bienestar tanto durante como después de la intervención (Putt et al., 2017).

Ahora bien, la calidad de vida debe entenderse como un concepto que apunta al bienestar de una persona o población en conexión con la presencia de elementos positivos en un punto específico del tiempo (Bautista-Rodríguez, 2017). Además, incluye aspectos como la salud personal, relaciones, educación, trabajo, seguridad, autonomía, etc.

El estudio de caso realizado por Kasven-Gonzalez et al. (2010) muestra un abordaje integral desde fisioterapia y terapia ocupacional en una paciente con osteosarcoma. En este caso, se priorizó una intervención centrada

en el paciente pues se mantuvo una estrecha comunicación tanto con él como con sus familiares y cuidadores en el entorno hospitalario. Sus resultados fueron satisfactorios para la paciente, que fue parte activa en su tratamiento. Sus deseos fueron escuchados en su estancia hospitalaria, lo cual le dio una sensación de independencia en cuanto a actividades básicas de la vida diaria. Según su reporte, esto aumentó su percepción de calidad de vida y ello la motivó a conseguir más logros funcionales para poder volver a su vida cotidiana, reduciendo de esta forma la ansiedad en su estancia hospitalaria. Así se mantuvo hasta finalizar las 4 semanas de tratamiento hasta el día de su muerte (Kasven-Gonzalez et al., 2010).

Algo tan simple, pero crucial como poder vestirse, alimentarse y desplazarse en la camilla por sí misma motivaba a la paciente a levantarse, lo cual le daba una finalidad y un significado a sus días en la estancia hospitalaria. Este sentido de propósito fue fomentado por el equipo de rehabilitación, que estuvo presente hasta su último aliento.

A partir de lo anterior, se puede observar que este enfoque permite al profesional reconocer su propia vida, así como la del paciente, su familia, sus cuidadores, su historia y sus preferencias. Estos aspectos no suelen ser considerados en una estancia hospitalaria tradicional, lo cual compromete la independencia del ser humano, específicamente cuando otros profesionales a cargo del cuidado paliativo toman decisiones por los pacientes (Kasven-Gonzalez et al., 2010).

Este es un caso para resaltar ya que en él se puede reconocer la calidad de vida del individuo. Además, en él los profesionales en salud, en un trabajo conjunto con la familia, el paciente, etc., tuvieron un impacto de manera multidimensional en el ser. Es importante destacar que todo debe estar fundamentado en las leyes de la bioética y la ética que postulan la dignidad como principio fundamental de la muerte y destacan que el individuo es quien toma decisiones sobre su vida y, por tanto, se deben respetar su autonomía y derechos (Fascioli, 2016).

Morir con reconocimiento

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es importante definir primero los conceptos de dignidad y autonomía. La dignidad puede entenderse como aquel valor intrínseco e inalienable que posee cada ser humano y es reflejo de la empatía y el respeto mismo de la humanidad. Considerando esto, es claro que asegurar el bienestar físico, psicológico, espiritual, etc. es crucial (Faro Democrático, s.f.). Este, en sí, es un valor base en el actuar de los profesionales en salud e incluso se plasma en lo que hoy día sigue siendo el juramento hipocrático (Fundación Favaloro, 2017).

Por otro lado, la autonomía se define como un proceso en el cual el sujeto puede realizar la toma de decisiones libres sustentadas en la conciencia de su persona basada en sus valores, principios y creencias (Moderna, s.f.); es, además, uno de los principios de la bioética. La autonomía les brinda a los pacientes la potestad de decidir si se someten o no a ciertos tratamientos y procedimientos. Sin embargo, es importante resaltar que la autonomía no depende de un único individuo y es un término que se queda un poco corto frente a lo que podría considerarse un 'buen morir' (Fascioli, 2016).

Nosotros, los seres humanos, somos sujetos sociales y nos construimos en función de los demás, de modo que debemos introducir un nuevo término, a saber, el reconocimiento. Puesto que todos dependemos de la aprobación de las otras personas para otorgarle integridad a nuestra propia persona, es decir, todo aquello que creemos merecer tiene una raíz en el reconocimiento de los demás (Fascioli, 2016). De modo que 'morir con reconocimiento' ha sido un término que se ha acogido por sobre el 'buen morir'. En consecuencia, el reconocimiento se convierte en una necesidad que todos los seres humanos tienen, como individuos que deben ser igualmente respetados. Según Honneth, filósofo y sociólogo alemán, los seres humanos siempre necesitan ser reconocidos en tres aspectos: el reconocimiento del amor, de la justicia y de la valoración social (Fascioli, 2016).

En el reconocimiento del amor, se presenta la necesidad de cariño por parte del otro, a través del cual el ser humano valida sus propias necesidades y genera autoconfianza. En segundo lugar, está el reconocimiento en las relaciones jurídicas, que fundamenta el autorrespeto y se refiere a las colectividades. Con respecto a esto, debe destacarse que todos los seres humanos tienen derechos innatos que deben ser trabajados en conjunto, ya que los derechos de uno son también los derechos del otro. Finalmente, el reconocimiento de la valoración social fomenta la autorrealización, al reconocer las cualidades diferenciadoras que posee un individuo o grupo, las cuales lo hacen valioso en la sociedad (Fascioli, 2016).

Si se establece un verdadero reconocimiento intersubjetivo, se logrará instaurar una base sólida que guíe la interacción fisioterapéutica en el fin de la vida. La idea de 'trato' del paciente se verá modificada y se dejará de considerarlo un mero ente u objeto de intervención, incluso en el proceso de cuidado paliativo. La muerte dejará de ser invisibilizada, y 'morir con reconocimiento' implicará aceptar la naturaleza propia de la muerte. Esto es vital para un proceso de fin de vida en el que los individuos y sus familias puedan sentir finalmente la tranquilidad y, sobre todo, que no son solo un caso más ni un problema a resolver, sino seres humanos que son valiosos por su misma condición, que merecen un trato justo sin discriminación de ningún tipo, que tienen derechos, que requieren de la compañía y el amor del otro y merecen un fin de vida adaptado a sus necesidades.

Para concluir, el concepto de muerte debe ser resignificado y las necesidades de reconocimiento identificadas para que la interacción fisioterapéutica vaya encaminada a una interacción multidimensional en el proceso de cuidados paliativos. Si bien existen algunas barreras asociadas al acceso a los servicios de salud, la organización, etc., el proceso mismo de interacción fisioterapéutica y las herramientas expuestas que se proponen desde el ejercicio terapéutico, modalidades físicas, etc., deben complementarse con todo un enfo-

que desde el cual los seres humanos sin distinción de su estrato socioeconómico deben ser reconocidos desde la intersubjetividad con la aceptación de la muerte como un proceso natural. De esta forma se transformará la atención en el proceso de final de la vida.

Los profesionales de la salud, especialmente los fisioterapeutas, podrán proporcionar una atención más humana y respetuosa, con una interacción más significativa y compasiva con los pacientes, ayudándoles a 'morir con reconocimiento' y dignidad (Fascioli, 2016). En el momento en que los cuidados paliativos dejen de centrarse en el manejo del dolor y la enfermedad y se enfocan finalmente en el individuo, en su familia, en su entorno y en general en todo lo que lo hace ser un ser humano, se podría decir que su objetivo se cumple a cabalidad. Este abordaje holístico muestra un beneficio para todos los involucrados. A la luz de la evidencia científica y empírica, es un acompañamiento que asegura calidad de vida a lo largo de este proceso.

Como se expuso anteriormente, entre las comunidades indígenas se tiene una concepción de la muerte como algo totalmente natural, que no debe ser evitado, sino por el contrario aceptado. Por esto, si observáramos al individuo en su totalidad desde los ojos de múltiples comunidades rurales, podríamos potenciar nuestro crecimiento como sociedad, como profesionales de la salud en servicio de seres humanos valiosos que, por su condición, merecen todo el amor, la compasión, el cariño y la compañía durante todo su ciclo vital, hasta sus últimos minutos y segundos de vida, y sin que intentemos evitar lo inevitable.

Bibliografía

Achury, D. M., y Pinilla, M., (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería universitaria*, 13(1), 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.12.001>

American Cancer Society. (s. f.). ¿Qué es el cuidado paliativo? *American Cancer Society*. <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/atencion-paliativa/que-es-el-cuidado-paliativo.html>

Bautista-Rodríguez, L. (2017). La calidad de vida como concepto. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(1), 5-8.

BBC Mundo. (2018, abril 18). El secreto mejor guardado de la medicina: Morir no es tan malo como se cree. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43642955>

Campos Serena, O. (s. f.). *¿Es la muerte un daño para los animales no humanos?* <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/95042/1/%C2%BFes%20la%20muerte%20un%20da%C3%B1o%20para%20los%20animales%20no%20humanos.pdf>

Caycedo Bustos, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: Antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339.

El tabú de la muerte. (2020, mayo 25). Derecho a Morir Dignamente. <https://derechoamorir.org/2020/05/25/el-tabu-de-la-muerte/>

Faro Democrático. (s. f.). Faro Democrático. Recuperado el 26 de julio de 2024 de: <https://farodemocratico.juridicas.unam.mx/>

Fascioli, A. (2016). Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 46-53.

Fundación Favaloro. (2017, junio 15). Qué es el juramento hipocrático y qué obligaciones determina. *Fundación Favaloro*. <https://www.fundacionfavaloro.org/juramento-hipocratico-obligaciones-determina/>

Jodorowsky, A. (2014). *365 tuits de sabiduría*. Siruela. https://www.siruela.com/catalogo.php?id_libro=2567&tnmostrar=0

Kasven-Gonzalez, N., Souverain, R., y Miale, S. (2010). Improving quality of life through rehabilitation in palliative care: Case report. *Palliative and Supportive Care*, 8(3), 359-369. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000167>

Kumar, S. P., y Jim, A. (2010). Physical therapy in palliative care: From symptom control to quality of life: A critical review. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3), 138-146. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.73>

Lemos, M. (2019). Percepciones y conocimientos de pacientes y cuidadores sobre cuidados paliativos, de la ciudad de Medellín (Colombia). *Summa Psicológica UST*, 16(2), 79-87. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rc=t=j&opi=89978449&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8039646.pdf&ved=2ahUKEwiHqP7R9pGJAxV5v4kEHZidHE0QFnoECBkQAQ&usg=AO-vVaw37PfQMAWJdD6ljzIFojZh0>

Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. 8 de septiembre de 1999. D.O.No. 49268. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=59379

Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. 14 de septiembre de 1999. D.O.No. 43711. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105013_archivo_pdf.pdf

Masse García, C. (2022). El concepto de muerte natural hoy, entre la futilidad y la necesidad ética. Un concepto para el siglo XXI. *Cuadernos de Bioética*, 33(109), 293-302. <https://doi.org/10.30444/CB.134>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2018, agosto 8). Juan Pablo Uribe Restrepo, nuevo Ministro de Salud y Protección Social. *MinSalud* [Boletín de prensa 094]. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Juan-Pablo-Urbe-Restrepo-nuevo-Ministro-de-Salud-y-Proteccion-Social.aspx>

Moderna (Modelo de Desarrollo Económico de Navarra). (s.f.). *Escuelas de familia moderna bloque iii documentación sobre las competencias*. https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/51352/AUTONOMIA_Y_RESPONSABILIDAD.pdf/34e7af0a-341e-47eb-b7a6-5b44a2c56a4e

NHS. (2022, abril 6). What end of life care involves. *NHS*. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>

Putt, K., Faville, K. A., Lewis, D., McAllister, K., Pietro, M., y Radwan, A. (2017). Role of physical therapy intervention in patients with life-threatening illnesses: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*[®], 34(2), 186-196. <https://doi.org/10.1177/1049909115623246>

Sánchez, R., Alexander-Sierra, F., y Oliveros, R. (2012). Relationship between quality of life and clinical status in patients with gastrointestinal cancer. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(11), 584-591. <https://doi.org/10.4321/S1130-01082012001100006>

Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F., y Morales-Mesa, O. L. (2017). Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: Un estudio transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 25-34. <https://doi.org/10.18597/rcog.2979>

Svansson, H., Bøndergaard, K., Videbech, P., Nielsen, M. K., Møller, J. E., Fløe, L. E., Bentson, T. M., y Neergaard, M. A. (2024). End-of-life care for cancer patients with pre-existing severe mental disorders—A systematic review. *Annals of Palliative Medicine*, 13(3). <https://doi.org/10.21037/apm-23-589>



Fisioterapia y APS en escuelas rurales: ¡sí!, pero ¿así?

Karen Daniela Peláez Montenegro

*Aldair Restrepo Cárdenas*¹



¹ Estudiantes del pregrado en Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

La fisioterapia en Colombia ha sido crucial en la rehabilitación y atención de personas con discapacidad, lo que ha llevado a la sociedad a consolidar el imaginario social de que el fisioterapeuta se enfoca exclusivamente en tratar enfermedades y alteraciones del movimiento. Esto, a su vez, ha dado mayor visibilidad al modelo médico en salud, relegándose a otras áreas donde el quehacer de los fisioterapeutas tiene un impacto significativo, como los entornos educativos. Una de las estrategias creadas para asegurar el bienestar y la calidad de vida de las comunidades es la Atención Primaria en Salud (APS), definida inicialmente por la Declaración de Alma Ata en 1978. Esta estrategia de atención se ha convertido en una herramienta de primer contacto y asistencia permanente a los individuos, que facilita su acceso a los servicios de salud y promueve el empoderamiento de las personas sobre su salud a lo largo del curso de vida (MinSalud, 2016). Esta perspectiva se aleja de una visión clínica individualista y adopta un modelo más amplio de salutogénesis, que prioriza la vida y la salud.

La Ley 1438 de 2011 reforma y fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia a través de la estrategia de APS, con las que permite una atención integral a individuos, familias y comunidades mediante la coordinación intersectorial en salud y un abordaje desde los determinantes sociales de la salud. La APS se centra en la baja complejidad, es decir, focaliza su atención en la promoción de la salud. Esta última, con base en lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es entendida como

[...] un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de las comunidades y, aún más importante, a [transformar] las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto [...] (OPS, s. f., párr. 2)

Y mayor control en la salud de individuos y colectivos a través del establecimiento de estilos de vida saludable; centrándose en factores que contribuyen a la salud (OPS, s. f.). Además, la APS también se

enfoca en la prevención de la enfermedad, es decir, adelanta acciones destinadas al control de factores de riesgo que pueden llevar a enfermar y detener el avance cuando ya está instaurada la enfermedad (Sanabria, 2011; Vignolo et al., 2011). De ahí que el eje integrador de todas las políticas públicas sea el mayor nivel de bienestar y goce de salud de la población (MinSalud, 2011).

En Colombia, se han desarrollado políticas para implementar esta estrategia, como la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), establecida por la Resolución 429 de 2016. Esta política, junto con el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), reglamentado por la Resolución 2626 de 2019, hace realidad la APS mediante las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Estas se dividen en tres líneas de acción: 1) Promoción y Mantenimiento de la Salud (Prevención Primaria), 2) Atención a grupos de riesgo (Prevención Secundaria) y 3) Atención a eventos específicos (Prevención Terciaria). Estas rutas son de obligatorio cumplimiento para EPS, IPS y Entidades Territoriales, y contemplan tres tipos de intervenciones: poblacionales, colectivas e individuales (Ascofi et al, 2022).

El fisioterapeuta, según el documento Caracterización del rol de la fisioterapia de APS (2022), tiene un papel importante en estas tres líneas de trabajo, especialmente en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, ya que utiliza la actividad física como herramienta crucial, tanto a nivel individual como colectivo. En el ámbito educativo, el fisioterapeuta realiza una caracterización de las personas con diversidad funcional, de la infraestructura educativa y de los sitios destinados a la actividad física, identificando factores de riesgo que puedan afectar a la comunidad en general y proporcionando recomendaciones basadas en sus observaciones. Además, lleva a cabo acciones de tamizaje y prevención de enfermedades (Ascofi et al., 2022).

Hasta el momento, hemos presentado un panorama general de cómo se estructura el Sistema de Salud en relación con la APS y cómo el fisioterapeuta se relaciona con esta estrategia. Es importante aclarar algunos términos que se han mencionado indistintamente, como colectivo y comunidad. Un colectivo se refiere a un grupo de personas que lucha por metas comunes, con objetivos valiosos desde un punto de vista social, motivados por el logro de acciones políticas, que muestran un sentimiento de solidaridad para satisfacer una necesidad social (Segredo, 2007). Por otro lado, la comunidad se entiende como un grupo de personas que comparten un sentido de identidad y pertenencia a un territorio, y, además, poseen prácticas, lenguaje y acciones comunes, lo que los convierte en sujetos con conocimiento popular. Identificamos que el impacto de nuestra labor puede ser mayor en la comunidad, ya que esta manifiesta una identidad no solo a nivel grupal, sino también territorial, con un senti-pensar particular (Andrade et al., 2021).

En cuanto al modo de relación con la comunidad, proponemos que el contacto entre el profesional y el grupo comunitario se aborde desde una perspectiva de interacción y no de intervención. La interacción se basa en la comunicación, entendida como el intercambio y la negociación del sentido entre dos o más participantes (O'Sullivan et al., 1997, citado en Noreña et al., 2010), o como el marco en el que «[...] los procesos de comunicación entre los seres humanos pasan a ocupar un lugar central para la comprensión de fenómenos sociales» (Sarramona, 1988, citado por Noreña et al., 2010, p. 117). Esto implica un proceso de reciprocidad entre las partes involucradas, en el cual no se busca imponer acciones o manejar relaciones de poder desde el conocimiento, sino construir colectivamente desde los sujetos que forman la comunidad. Por el contrario, revisando las distintas definiciones de la palabra intervención, esta puede entenderse como la acción y efecto de tomar parte en un asunto o proceso, de controlar y disponer de algo; además de ser sinónimo de intromisión y arbitraje (RAE, s.f.), conceptos que ven al sujeto como un ente pasivo dentro de la comunidad.

Ahora presentaremos un panorama general de la ruralidad y su relación con la educación y la salud. Aunque la cobertura en salud en el territorio nacional es del 98%, existe una gran brecha entre la ciudad y el campo en términos de acceso a servicios de salud, infraestructura y disponibilidad y calidad de los servicios (DNP, 2014; Ocampo, 2014, citados por MinSalud, 2018). Esta brecha es aún más profunda en municipios con alto grado de ruralidad, dispersión poblacional e incidencia del conflicto armado, puesto que presentan altos índices de necesidades básicas insatisfechas, exacerbando las diferencias entre las zonas urbanas y rurales (MinSalud, 2018). A esto se suma la mala distribución del talento humano en salud, cuya densidad en zonas urbanas es de 109 por cada 10.000 habitantes, frente a las zonas rurales, donde es de 36.9 por cada 10.000 habitantes, según estimaciones de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, citado en el Plan Nacional de Salud Rural (Ministerio de Educación Nacional, 2018).

En términos de educación, la situación es similar debido a que la historicidad de los territorios con el conflicto armado, las limitaciones geográficas y la dispersión poblacional han generado brechas significativas entre las zonas urbanas y rurales. Por ejemplo, el promedio de años de educación en las zonas urbanas es de 9.6 años, mientras que en la zona rural es de 6 años (DNP, 2014 citado por MinSalud, 2018), y según el DANE, en 2021, los docentes rurales representaban solo el 23.8% del total en Colombia, lo que refleja las dificultades en la cobertura educativa y el acceso a educación secundaria y media (Ministerio de Educación Nacional, 2018). Estas condiciones han afectado gravemente a las zonas rurales, dejándolas rezagadas en comparación con las urbanas.

Por eso, hablar de fisioterapia, salud, APS y entorno educativo nos lleva a reflexionar sobre el rol de la fisioterapia en los colegios rurales desde un enfoque de APS. ¿Cuál es su actuar allí? ¿Se puede entender la salud más allá de la ausencia de enfermedad? ¿Cómo se aborda a la población respecto a sus necesidades? La fisioterapia cuenta con las herramientas y conoci-

mientos necesarios para abordar las necesidades del territorio en el que se encuentre, potenciando la vida y el desarrollo integral de los estudiantes en las escuelas rurales. En este documento, se discutirá cómo entender la salud desde la determinación social y cuál es el papel de la fisioterapia en el entorno educativo rural.

Determinación social y movimiento corporal humano en el ámbito educativo

Como fisioterapeutas, y desde el enfoque de la determinación social, entendemos que la salud es un proceso complejo, influenciado por condiciones históricas, culturales y sociales que responden a lógicas de acumulación de capital y desarrollo económico (Breilh, 2013). Estas dinámicas generan grupos más vulnerables debido a las desigualdades y a la forma en que se ejerce el poder. Un ejemplo de ello es cómo las grandes industrias económicas se distribuyen y controlan los recursos naturales, de una manera que afecta a las poblaciones asentadas en los territorios, marginando comunidades y ampliando las brechas de inequidad. Esto impacta directa o indirectamente las esferas objetivas (el cuerpo), subjetivas (cómo se identifica el sujeto dentro de un cuerpo: sueños, proyectos, anhelos) e intersubjetivas (construcción del sujeto con relación a otros). Como resultado, se crean generaciones de sujetos alienados en un sistema que les priva de tomar control de su propia salud y bienestar (Molina-Achury, 2013).

Como hemos mencionado, la salud es un proceso que se engloba en múltiples niveles: lo individual, lo particular y lo general, y que afecta a los grupos. Cabe destacar que la estrategia de APS no contempla la salud desde esta misma perspectiva, al contrario, no visibiliza ni otorga la importancia debida al impacto negativo que los modelos económicos y las formas de poder tienen sobre la salud de las personas. A

menudo, estas economías son irresponsables no solo con el individuo, sino también con su entorno y sus recursos (Breilh, 2013). Esto lleva a que la salud, desde los determinantes sociales, se reduzca a la suma de las probabilidades de exponerse o no a factores de riesgo. Así, se simplifica la salud a educación para la adopción de hábitos de vida saludables de manera superficial y deliberada, manteniendo una fuerza de producción en lugar de abordar de manera profunda las necesidades reales (Molina-Achury, 2013).

Por lo tanto, el actuar del fisioterapeuta, a partir de su objeto de estudio, en las escuelas rurales, debe ser una co-construcción de conocimiento que valore tanto lo biológico como lo social, dialogando con todas las ideas y formas de sabiduría popular sobre el cuerpo (desde lo corporal y la corporeidad) y el movimiento corporal en relación con el territorio. Es crucial comprender cómo estos aspectos se ven afectados por el sistema en el que se encuentran. Entender el contexto, la historia y los modelos de poder en los que está sumido el individuo permite formar seres conscientes de sí mismos y de su entorno, autónomos, libres y empoderados de su cuerpo y salud. Estos individuos serán capaces de identificar condiciones nocivas y transformarlas hacia condiciones protectoras «[...] de cara a garantizar las condiciones de bienestar y desarrollo como expresión de salud» (Molina-Achury, 2013, p.472). De esta forma, el fisioterapeuta será el encargado de facilitar el acceso al conocimiento, indagar sobre la historia y experiencias de los individuos dentro de su comunidad y territorio (Morales-Borrero et al., 2013), y a partir de allí propiciar un reconocimiento conjunto de alternativas en pro del bienestar y desarrollo humano.

Fisioterapia en el entorno educativo

En cuanto al rol de la fisioterapia en los entornos educativos, inicialmente se comprendía a través del modelo de discapacidad, según el cual el profesional estaba encargado de reconocer las barreras existentes (World Health Organization, 2001) y actuar

como facilitador en la participación de los niños en el colegio. Posteriormente, se enmarca en la 'educación inclusiva', es decir, en la escolarización de niños y niñas con alteraciones del movimiento en el sistema de educación regular, con la promoción de la convivencia con las diferencias y la atención a las necesidades de los niños en esta situación (Serrano, Ruíz y Romera, 2010, citados por Ordóñez Mora et al., 2016). Si bien la fisioterapia en el entorno educativo es un campo novedoso, han ido emergiendo líneas de acción más allá de la habilitación e inclusión, las cuales solo abordan necesidades desde una visión de la enfermedad en una población específica. Sin embargo, el fisioterapeuta también actúa como facilitador en procesos de desarrollo y promoción de actividad física, abarcando una población más amplia y teniendo un impacto en aquellos que se consideran 'sanos' (Hoyos-Quintero et al., 2022).

Desde la promoción de la salud y en busca de que los grupos sean sujetos activos y responsables de su salud (salutogénesis), el fisioterapeuta se convierte en una figura clave en la escuela, no solo para poblaciones que presentan alteraciones en su desarrollo, sino también en la comprensión de que todo estímulo, vivencia y aprendizaje se interioriza a través de experiencias corporales y del reconocimiento propio de un esquema corporal en los niños y niñas. Así, la fisioterapia cuenta con herramientas cinestésicas no solo para transmitir información, sino también para incorporar como hábitos de orden cultural y social, según el contexto. Por este motivo, la fisioterapia en entornos educativos rurales debe entender las dinámicas socioeconómicas y el contexto cultural de la comunidad respecto a su territorio, para generar conocimiento desde lo motor, lo cultural y lo cognitivo (Ocampo, 2022) y así interactuar con la población de niños y niñas en la escuela rural desde la perspectiva de potenciar su salud y desarrollo, dejando de lado la enfermedad. De este modo, la fisioterapia facilita procesos de aprendizaje escolar, condiciones de bienestar e identidad de los sujetos como parte de una comunidad.

Actividad física cómo medio y no como fin

La actividad física (AF), más allá de ser usada como estrategia de prevención en el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles, es un medio para interactuar y entender los «[...] procesos sociales que reconfiguran las sociedades y generan acciones identitarias en los sujetos» (Camargo et al., 2013, p. 119). Así, se entiende que la actividad física es una manifestación del movimiento corporal con perspectivas socioculturales y una forma de autococonocimiento situada en un espacio y tiempo determinados. Además, a través de la actividad física se pueden trabajar las funciones ejecutivas (memoria de trabajo, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva), fundamentales para la regulación de la conducta y la configuración de la identidad; además de facilitar procesos de aprendizaje (Ocampo, 2022) incluso dentro de una población que presenta desigualdad, como la rural. La actividad física se convierte en un satisfactor esencial de necesidades existenciales (ser, tener, hacer y estar) y axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), porque, además de suplirlas, es la herramienta por la cual el ser humano se potencia y, en consecuencia, propicia su desarrollo humano (Max-Neef, Elizalde, Hopenhayn, 1986).

En conclusión, creemos que el contacto entre la fisioterapia y el entorno educativo rural debe hacerse desde un diálogo igualitario y sin imposición de saberes que nos permita entender las necesidades de la población y las brechas de desigualdad. Además, es necesario que el fisioterapeuta tenga claro cómo se rige y cuál es el alcance de la APS en Colombia. Debe identificar que la salud depende de dimensiones generales que responden a lógicas de mercado, lo cual impacta de manera positiva o negativa la salud de las personas. Por este motivo, es urgente que el marco lógico de la APS se amplíe o cambie el paradigma de los determinantes sociales, para permitir reconocer la salud desde procesos socio históricos en el país.

Por otro lado, se debe visibilizar el rol de la fisioterapia en el entorno educativo desde la potencia, desde la salud, con el fin de promover el bienestar y el desarrollo integral en toda la población, no solo desde la discapacidad. Entonces, se debe entender que el fisioterapeuta, mediante un plan estructurado, puede impactar positivamente los procesos cognitivos y de aprendizaje a través del movimiento corporal humano. Además, explorar la escolaridad rural puede tener un impacto en la disminución de las brechas no solo educativas, sino también de salud en las zonas rurales, mejorando la distribución asimétrica de los profesionales. Finalmente, es fundamental reconocer que la actividad física, más allá de ser una herramienta de prevención para las poblaciones, como se entiende estatalmente, también es un instrumento de interacción social que debe tener una finalidad y satisfacer distintos ámbitos personales, sociales y culturales.

Bibliografía

Andrade Mamian, L. V., Gómez Calvache, J. L., Palacios Cuero, L. M., Vargas Díaz, M. C. y Burbano García, C. L. (2021). La identidad colectiva y comunitaria en el desarrollo de las acciones colectivas de una organización social campesina. En D. A. Pérez Nava y C. L. Burbano García, (Eds.). *Por los caminos del pensamiento latinoamericano: liberación, interculturalidad y pensamiento crítico* (pp. 205-224). Universidad Santiago de Cali.

Asociación Colombiana de Fisioterapia (Ascofi), Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (Ascofafi), Colegio Colombiano de Fisioterapeutas (Colfi) y Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia (Acefite). (2022). *Caracterización del rol del Fisioterapeuta en Atención Primaria en Salud*. https://www.fisioterapia-colombia.co/wp-content/uploads/2022/12/CARACTERIZACION-DEL-ROL-DEL-FISIOTERAPEUTA-EN-ATENCION-PRIMARIA-EN-SALUD_compressed.pdf

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Supl. 1), 13-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002&lng=en&tlng=es

Camargo, D., Gómez, E., Ovalle, J., y Rubiano, R. (2013). La cultura física y el deporte: fenómenos sociales. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31 (Supl 1): S116-S125. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400014

Hoyos-Quintero, A. M., Sandoval, D., Palacios, F., Cantoñi, L., y Erazo, N. (2022). Rol del fisioterapeuta en el entorno escolar. *Revisión sistemática. Iatreia*, 35(2), 141-150. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.121>

Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. 18 de agosto de 1999. D.O.No. 43673. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66199>

Max-Neef, M., Elizalde, A., y Hopenhayn, M. (1986)., Desarrollo a escala humana una opción para el futuro (colaboradores Felipe Herrera, Hugo Zemelman, Jorge Jatobá y Luis Weinstein). *CEPAUR Fundacion Dag Hammarskjold*. https://www.daghammarskjold.se/wp-content/uploads/1986/08/86_especial.pdf

Ministerio de Educación Nacional (MinEducación). (2018). *Plan Especial de Educación Rural: Hacia el desarrollo rural y la construcción de paz*. https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-385568_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2011). Ley 1438 de 2011. <https://www.minsalud.gov.co/comunicadosprensa/lists/ley%201438/allitems.aspx#:~:text=Cronograma%20y%20avances%20de%20la,del%20Talento%20Humano%20en%20Salud%E2%80%9D>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2016). Política de Atención Integral en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*. <https://portalparalapaz.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/Arquivo-Digital-08-Plan-Nacional-de-Salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2022). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022-2031*. https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf

Molina-Achury, N. (2013). Reflexiones para el abordaje de la salud, el cuerpo y el movimiento corporal en la escuela. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(4), 469-476. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112013000400017&lng=en&tlng=es

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., y Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797-808. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42231751001>

Noreña Peña, A., Cibanal Juan, L., y Alcaraz Moreno, N. (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 1(2), 113-129. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3412>

Ocampo, M. L. (2022). Movimiento corporal y función cognitiva en escolares. La experiencia de la práctica de fisioterapia en el sector educativo, del programa de fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia. En A. L. Robayo Torres y A. C. Amaya Córdoba (Eds.). *Fisioterapia para niños/niñas, una propuesta desde el Sur* (primera edición, pp. 43-59). Editorial Universidad Nacional de Colombia.

Ordoñez Mora, L. T., Díaz Elejalde, L. P., Lozada Reyna, V., Florez Valencia, L. M., y Gómez Ramírez, E. (2016). Procesos de inclusión escolar mediados por fisioterapia en niños de 0 a 16 años con discapacidad. *Horizontes pedagógicos*, 18(1), 126-136. <https://horizontespedagogicos.iberu.edu.co/article/view/18111>

Organización Panamericana de Salud (OPS). (s.f.). Promoción de la salud. OPS - Organización Panamericana de Salud. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>

Real Academia Española. (s.f.). Intervención. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 14 de octubre de 2024 de <https://dle.rae.es/intervenci%C3%B3n>

Sanabria Ferrand, P. (2011). Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Revista Med*, 19(1), 112-113. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562011000100013&lng=en&tlng=es

Segredo, A. (2007). *Los grupos sociales y los colectivos en la comunidad*. Escuela Nacional de Salud Pública.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es

World Health Organization. (2001) Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada, Versión abreviada. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/43360>



Reflexiones sobre la partería tradicional en Colombia: barreras de acceso a la salud y su relación con la fisioterapia en Sibundoy- Putumayo

Ana Isabel Sanchez Vinasco

Geimy Elizabeth Osorio Urbano

*Ayssa Fernanda Reyes Baquero*¹



¹ Estudiantes del pregrado en Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

En un mundo cada vez más medicalizado, la partería tradicional sigue siendo una práctica vital y respetada en muchas comunidades alrededor del mundo. Ahora bien, la historia de esta ha presentado cambios a través de nuestra historia como pueblo colombiano. Parte de esta historia consiste en una imposición de la medicina convencional sobre la medicina tradicional desde los tiempos de la colonización. Durante la colonización de los territorios americanos, la corona española impuso nuevas formas de organización, las cuales devinieron en asimetría y hegemonía en lo económico, cultural y civilizatorio. Así, la potencia colonizadora no solo ocupa territorio ajeno y lo cultiva, sino que lleva e impone su propia cultura y civilización, incluyendo lengua, religión y leyes (Eudave, 2016). Todo esto influyó negativamente en la práctica ancestral de la partería tradicional, limitando su aplicación en el territorio colombiano.

«Colombia es reconocida por su rica diversidad cultural expresada en la multiplicidad de identidades y expresiones culturales de los pueblos y comunidades que la conforman como Nación (MinCultura, 2013, p.3). «[...] Sin embargo, al igual que muchos países de América Latina, Colombia ha tenido diferentes problemas para reconocer la igualdad de derechos de los subgrupos del grupo étnico mayoritario del país, los mestizos» (Hernández-Sarmiento et al., 2021, p. 24), lo que a su vez ha dificultado aún más este tema para los grupos minoritarios, como las comunidades indígenas (Cardona y Rivera, 2012). Esta falta de reconocimiento de diversos grupos étnicos ha favorecido la invisibilización e infravaloración de prácticas ancestrales, lo cual ha generado una separación entre el sistema de salud propuesto por el Estado y las prácticas tradicionales de los territorios rurales, al invalidar las costumbres de los pueblos minoritarios.

En el presente ensayo, se abordarán los hitos más importantes de la partería tradicional en la historia de Colombia, de la fisioterapia en la etapa del embarazo y de los retos en construcción; además de

presentar un acercamiento con respecto a la problemática ante la atención al parto, junto con una alternativa a esta, gracias a una experiencia vivida en el municipio de Sibundoy-Putumayo.

Partería tradicional

Desde el período de la colonización y hasta la primera mitad del siglo XX, generalmente la atención de las gestantes estaba a cargo de las parteras en Colombia. Incluso en 1920 en la Universidad Nacional de Colombia abrieron la primera escuela de enfermería y matronas. A pesar de ello, la medicina y la gineco-obstetricia primaron sobre la atención de los partos, debido a lo cual se frenó el desenvolvimiento de la partería tradicional (DANE, 2023).

Lenher (2012) menciona que los avances tecnológicos producidos en el área de medicina entre 1930 y 1960 establecieron el concepto de salud reproductiva, los actores implicados en la atención del parto y la relevancia de las instituciones y los espacios propios de atención. Este hecho contribuyó a la infravaloración de otras formas de abordar la atención del parto y puerperio. Además, la creación del Decreto 2311 de 1938, según el DANE (2023), hizo que los servicios de partería no se pudieran prestar a menos que la partera tuviera una certificación por parte de las facultades de medicina que avalara sus prácticas. Sin esta certificación, se incurriría en una multa.

Todo lo anterior tuvo como consecuencia la negligencia por parte del Estado de los municipios con barreras en el acceso a servicios de salud, lo cual generó a su vez un subregistro de nacimientos en zonas rurales y un desconocimiento de las prácticas propias de la partería tradicional. Estas realidades se pasaron por alto hasta que la Resolución 1077 de 2017, según Villalobos Quevedo (2019), dio los

primeros pasos para la integración de la partería tradicional, al declarar la partería tradicional afro del Pacífico como patrimonio inmaterial de la Nación, lo que contribuyó a la creación de organizaciones de parteras en todo el territorio nacional.

A partir de esto, se comenzó a observar la importancia de reconocer la partería tradicional, lo cual se logró gracias a la creación del Decreto 356 de 2017. Posteriormente, en el período de la emergencia sanitaria por COVID-19 la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-128 de 2022, reconoció la partería como saber ancestral y exhortó al Ministerio de Salud a incluir a las parteras tradicionales al Sistema Social en Salud, con el fin de proporcionar elementos de protección personal durante la contingencia (DANE, 2023).

Actualmente, según la Nota Estadística n°3 del DANE y UNFPA Colombia (2023) la partería tradicional está integrada al Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Mediante dicho Plan se establecen varios acuerdos para lograr el diseño y la implementación de un sistema de caracterización, registro, estrategias de intercambio de saberes entre medicina ancestral y occidental de sabedores, parteras/os tradicionales, curanderos, sobanderos, remedieros y demás médicos tradicionales y ancestrales de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Este acontecimiento supone un reto para los profesionales de la salud, quienes deben asumir el desafío de cooperar desde los conocimientos propios de su praxis, co-construyendo con las comunidades alejadas del país y fomentando así la identidad cultural de estas poblaciones.

La fisioterapia en la partería tradicional

A través del cuerpo se interactúa con el mundo, pues este es el primer instrumento para acercarse a un entorno (Mora García, 2021). Por ello en la etapa de embarazo (que incluye el postparto) se requiere un trabajo interdisciplinario de profesionales de la salud (Mantaras y Gentes, 2020) que identifiquen indicadores para

permitir la comprensión del cuerpo y generar un parto humanizado. El eje principal de este es tener en cuenta las opiniones y necesidades de la mujer, además de proporcionarle herramientas para su libre movilidad y, en lo posible, evitar la aplicación de fármacos o la realización de intervenciones innecesarias. Por otra parte, en este tipo de parto se resalta el acompañamiento que de una persona idónea que ayude.

La fisioterapia, cuyo objeto de estudio es el movimiento, se enfoca en la salud física de las madres, utilizando técnicas basadas en la evidencia para prevenir y tratar problemas musculoesqueléticos que pueden surgir durante el embarazo y el postparto. La fisioterapia del piso pélvico, por ejemplo, es respaldada por evidencia científica como herramienta para prevenir y manejar la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos, condiciones que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres.

Así mismo, entender cada cuerpo «[...] como territorios vivos e históricos que aluden a una interpretación cosmogónica y política, donde habitan heridas, memorias, saberes, deseos, sueños individuales y comunes [...]» (Cruz-Hernández, 2016, p. 44) es valioso. Además, va bien con verlo también en diálogo con los movimientos sociales y la identidad, y como instrumento de lucha y de transformación social, que busca seguir construyendo saberes para abordar en la diversidad de los territorios.

La partería en Sibundoy, Putumayo

Ahora bien, Sibundoy - Putumayo es un territorio de ancestralidad, habitado por las comunidades indígenas Inga y Kamëntsa. En él existe una lucha por no perder los saberes de la partería que no solo se han visto opacados por el conocimiento occidental; sino que también son cruciales para conservar su equilibrio con el territorio. Una conexión que se expresa a través del relato que emerge como una poderosa herramienta

para reconocer su importancia. Este es el caso de Mónica Guerra Chindoy, directora de una obra que aborda dichas cuestiones, quien expresa: «Alrededor de toda Colombia, las comunidades indígenas estamos desapareciendo, están desapareciendo nuestros saberes y están siendo reemplazados por lo occidental, entonces yo vi en el teatro una manera no tradicional de hablar de ellos» (Canal 13, 2020, párr.3).

En relación con lo anterior, la trasmisión de conocimientos sobre el parto es un proceso profundo, que se mantiene en un acto de intimidad, pues como comparte Mónica Guerra Chindoy,

Tampoco sabíamos que las mujeres indígenas tenían a sus bebés arrodilladas mientras la partera les ayudaba y mucho menos cómo sobar a la mujer cuando entrara en labores. Ahí las mamitas fueron un poquito reservadas, no nos contaron mucho más del momento de parir, entonces de resto para nosotras fue nuevo, hay muchos secretos que no se revelaron, secretos ancestrales (canal 13, 2020, párr. 11)

A medida que la partería tradicional se ve opacada, por un lado, las regiones se enfrentan a barreras únicas para utilizar y acceder a la atención de salud materna: mayor probabilidad de tener un estatus socioeconómico bajo, mayor riesgo de sufrir trauma psicológico después del desplazamiento y enfrentar obstáculos culturales únicos en la búsqueda y recepción de atención (Creel, 2002). Estos factores crean un entorno complejo y múltiples desafíos. Además, pueden llevar a una reducción en la transmisión del conocimiento y prácticas ancestrales que se fueron adaptando a las necesidades de la comunidad. Por otro lado, los métodos modernos tienen una resistencia a las prácticas tradicionales.

A esto se le adiciona el maltrato cultural presente en la salud reproductiva, que también afecta la labor de las parteras tradicionales dado que, por los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, no les dan la

oportunidad de demostrar sus aportes y prácticas, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud (Argüello-Avendaño y Mateo-González, 2014 citados en Gaffney et al., 2021, p. 2).

Además, algunas mujeres de las comunidades indígenas no están familiarizadas con el concepto de violencia obstétrica, ya que este término no está integrado en sus prácticas tradicionales. Esta falta de conocimiento las puede dejar aún más expuestas a sufrir un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto, lo que no solo viola los derechos a la vida, sino también a la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014). Eso sin considerar que la falta de conocimiento puede dificultar la denuncia.

En consecuencia, es vital fortalecer la atención prenatal, perinatal y postnatal, considerando las particularidades culturales y las prácticas ancestrales que han sido parte integral del cuidado maternal en las comunidades indígenas. Ya que en este tipo de contextos, lo híbrido puede ser el medio para integrar el conocimiento ancestral con las estrategias de salud modernas de atención del embarazo, el parto y el puerperio (Lizarazo, 2021) a fin de ofrecer un apoyo más completo y respetuoso a las adolescentes embarazadas y sus familias en Putumayo.

Conclusiones

A lo largo del ensayo se describió la evolución de la partería tradicional en Colombia y el reflejo de una historia compleja de integración y resistencia frente a las prácticas médicas occidentales. A pesar de la fuerte influencia de la medicina y la ginecoobstetricia desde principios del siglo XX, la partería tradicional ha logrado mantenerse, especialmente en las zonas rurales y entre comunidades afrocolombianas e indígenas principalmente (Cardona Arias y Rivera Palomino, 2012). Por ejemplo, en Sibundoy todavía se lucha por

tener la posibilidad de acceder al parto en casa con las tradiciones culturales propias (Lizarazo, 2021). Esto es compatible con el hecho de que a veces es necesaria la atención en una institución medicalizada. Esto ocurre, por ejemplo, cuando hay poca dilatación y se requiere una intervención interdisciplinaria.

Cuando esta intervención es necesaria, la ley 2244 de 2022 disminuye el riesgo de que haya un parto No-Humanizado, pues incentiva comprender y respetar las prácticas y los procesos durante el embarazo, en el parto, postparto, e incluso el duelo gestacional. Así, las leyes y decretos a lo largo del tiempo, aunque inicialmente invisibilizaban a las parteras tradicionales, han comenzado a reconocer y valorar su importancia en el cuidado maternal.

Ahora, la fisioterapia ofrece un enfoque complementario crucial, especialmente en la prevención, mantenimiento y posibles tratamientos de las necesidades durante el embarazo y el postparto. Con la combinación de técnicas basadas en evidencia y con el cuidado holístico de la partería puede mejorar significativamente los resultados de salud materna, proporcionando un enfoque integral que aborda tanto las necesidades físicas como emocionales de las mujeres en su contexto.

Bibliografía

Cardona Arias, J., y Rivera Palomino, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 471-83. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300013&script=sci_abstract

Creel, L. (2002). Meeting the reproductive health needs of displaced people <https://tinyurl.com/a56u2487>

Cruz-Hernández, D. T. (2016). Una mirada muy otra a los territorios-cuerpos femeninos. *Solar, Revista de Filosofía Iberoamericana*, 1(12), p.44-53.

DANE y UNFPA Colombia. (2023). *Análisis de la partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. <https://colombia.unfpa.org/es/publications/analisis-de-parteria-tradicional-y-su-incorporacion-en-estadisticas-vitales>

Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, XXXIX(156), 192-207. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13250923012>

Eudave Eusebio I. (2016). Invención, colonización y memoria indígena en la narrativa de fray Bernardino de Sahagún. *Diálogo Andino*, (49), 57-72.

Gaffney, E., Molina, D.P., López, J. M. y Mejía, C. M. (2021). "Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad": experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, (17), e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>

Hernández-Sarmiento, J. M., Calle-Estrada, M. C., Ospina-Jimenez, M. C., Herrera-Almanza, L., Roldán-Tabares, M. D., y Martínez-Sánchez, L. M. (2021). Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 23(1), 23-31. <https://doi.org/10.47373/rfcs.2021.v23.1515>

Lehner, M. (2012). Anticoncepción y género en la primera mitad del siglo XX. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*, 1(1), 43-70. <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/sudamerica/article/view/158/248>

Lizarazo, M. (2022, agosto 10). La lucha de las indígenas del Putumayo por no perder el saber de la partería. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/ambiente/amazonas/la-lucha-de-las-indigenas-del-putumayo-por-no-perder-el-saber-de-la-parteria/>

López Miranda, K. (2021). Modernización e hibridación en la vida y prácticas tradicionales de San Felipe del Progreso. El caso de las parteras y su conocimiento ancestral. *Astrolabio*, 26. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-75152021000100229&script=sci_arttext

Mantaras, R., y Gentes, G. (2020). Abordaje interdisciplinario de la maternidad en un servicio de extensión universitario. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología Universidad de Córdoba*, 5(8), 135-146. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/download/33329/33754/113951>

Ministerio de Cultura (MinCultura). (2013). *Diversidad cultural*. https://oibc.oei.es/uploads/attachments/464/Cartilla_Diversidad_Cultural.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). *Informe sobre la situación de salud de la población adolescente en Colombia*.

Mora García, Y. (2021). *Mi cuerpo, mi territorio: un reconocimiento de la violencia durante el parto desde las voces de las mujeres*. [Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/80610>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>

Villalobos Quevedo, M. (2019). *La partería: una perspectiva feminista sobre el cuidado* [Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77843/20942370.2020.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (WHO). (2011). *Early marriages, adolescent and young pregnancies*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf



Descolonización del proceso salud- enfermedad- atención desde la perspectiva intercultural

Annai Victoria Carrillo Miranda

Deisy Yorelly Cuesta Perugache

David Andres Marulanda Granados¹ //

¹ Estudiantes del pregrado en Fisioterapia de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

El presente ensayo busca reconocer la importancia que la interculturalidad tiene para una sociedad tan diversa como la colombiana abordando el concepto de salud intercultural, su importancia y la necesidad de integrar los sistemas de salud tradicional y occidental. Esto con el fin de promover un diálogo respetuoso y una comprensión holística de la salud en pro de brindar una atención en salud más integral y humana. Un verdadero 'buen vivir' para todos los colombianos implica que se desarrolle un sistema de salud más equitativo y respetuoso con la diversidad cultural. Con esto en mente, a modo de reflexión, buscamos analizar las diferencias entre los sistemas, identificando cuáles son los logros y cuáles son los retos para superar a fin de acercarnos un poco más a esa salud más equitativa, la cual podría garantizar ese 'buen vivir'.

La interculturalidad y su concepto

La salud intercultural es un campo de estudio y práctica esencial para sociedades diversas como la de Colombia, que alberga diferentes comunidades con distintas cosmovisiones y prácticas de salud. El concepto de salud intercultural no solo se refiere a la existencia de múltiples sistemas de salud, sino también a la idea de que estos deben integrarse y articularse para garantizar el bienestar de todas las comunidades. Para las comunidades indígenas y afrocolombianas, este tipo de integración es aún más relevante, considerando que sus prácticas de salud son un producto y un sustento de su cosmovisión y cultura (Eroza Solana y Carrasco Gómez, 2019).

La teoría de la interculturalidad se fundamenta en el reconocimiento de la existencia y el valor de las diferentes culturas presentes en el territorio colombiano. Este reconocimiento promueve un diálogo equitativo que permite el intercambio y la integración de conocimientos y prácticas occidentales con los conocimientos y prácticas ancestrales propios de

cada cultura. En el caso de la salud, el diálogo busca la integración de las prácticas de las comunidades con el sistema de salud convencional para ofrecer una atención más inclusiva y efectiva (Hernán, 2019). La interculturalidad en salud busca superar la mera coexistencia de diferentes sistemas de salud, fomentando una interacción dinámica y respetuosa que enriquezca tanto a la medicina tradicional como a la occidental. Este enfoque promueve una atención en salud que respeta las creencias y prácticas culturales de las comunidades, mejorando así la aceptación y efectividad de los servicios de salud (Eroza Solana y Carrasco Gómez, 2019).

Ahora, es importante reconocer el modelo biopsicosocial y su importancia y cabida dentro de la interculturalidad, pues es una perspectiva integradora que considera que la salud y la enfermedad son el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo es particularmente relevante en el nuestro contexto, ya que permite una comprensión holística de las necesidades de salud de las comunidades, por lo que reconoce que las prácticas de salud tradicionales, como el uso de plantas medicinales y los rituales comunitarios, tienen un valor significativo y pueden complementar los tratamientos médicos convencionales, o viceversa, según sea el caso.

La institucionalidad juega un papel crucial en la coordinación, gestión y evaluación de las políticas de salud pública. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia es entidad gubernamental encargada de esta función. A este ministerio le corresponde generar las políticas que promuevan la integración de la medicina tradicional en la formalidad del sistema de salud, promoviendo la investigación de estos saberes y la evaluación de su impacto, y promoviendo mejoras continuas. Junto al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se encuentra el Instituto Nacional de Salud, el cual, como entidad técnica y científica, se encarga de la elaboración de guías y protocolos que integran conocimientos tradicionales

en la práctica clínica por medio de una interacción activa con las comunidades indígenas. El Instituto busca identificar las necesidades y problemáticas en salud propias de la comunidad y proponer soluciones adecuadas y de común acuerdo. Es de resaltar el apoyo técnico y referente que ofrece la Organización Panamericana de la Salud, así como la labor de las instituciones académicas, tales como las universidades, y las organizaciones indígenas y afroamericanas mismas, las cuales son el referente natural para establecer políticas culturalmente pertinentes (Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, 2022; Instituto Nacional de Salud, 2015).

Partiendo de la institucionalidad, las normativas que reconocen y regulan la prestación del servicio de salud a las comunidades indígenas no puede pasar inadvertidas. A continuación, se mencionarán las más importantes. La Ley 691 de 2001 establece que las políticas de salud deben ser culturalmente pertinentes y respetuosas de los saberes y prácticas tradicionales. Por esto, promueve la participación activa de las comunidades en cuanto a la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud. Esto se hace por medio del reconocimiento de la medicina tradicional desde sus diversos enfoques, físicos botánicos, espirituales y psicológicos, y formando y capacitando al personal de salud en el producto de estos diálogos.

Por su parte, el Decreto 1953 de 2014 establece un régimen especial para la prestación de servicios de salud en territorios indígenas, con el objetivo de garantizar que estos servicios sean adecuados a las necesidades y características culturales de estas comunidades. Además, reconoce la autonomía territorial y la apoya por medio del financiamiento específico y la creación de rutas de acción. La Ley 1164 de 2007 regula el ejercicio de los profesionales de la salud y promueve la formación en competencias interculturales. El Decreto 3039 de 2007 adopta el Plan Nacional de Salud Pública, que incluye estrategias para la atención intercultural en salud. La

Resolución 4505 de 2012 define los criterios para la operación de los sistemas de salud indígena, incluyendo la certificación de parteras tradicionales y otros agentes comunitarios de salud.

Salud con perspectiva intercultural indígena

En Colombia, la salud se ha configurado en una estructura sanitaria excluyente y de difícil acceso, lo cual refleja las profundas desigualdades que afectan a diversos grupos de la población, en especial a las comunidades indígenas, que han sido históricamente relegadas. Estas comunidades que se encuentran presentes en diversas regiones del país son particularmente vulnerables dentro de un sistema de salud fragmentado y desigual (MinSalud, INS y ONS, 2015).

Han existido avances históricos en la regulación del sistema de salud en Colombia, como el reconocimiento de los derechos de los pueblos y naciones indígenas en la Constitución de 1991 y la ratificación del Convenio 169 de la OIT mediante la Ley 21 del mismo año, que establece la obligación de los estados signatarios de promover «[...] la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de [los Pueblos Indígenas], respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones,» (Ley21/91, Art. 2) y garantizando su participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estos esfuerzos, aunque han permitido ciertos cambios, no han sido suficientes para resolver las problemáticas profundas que afectan a los pueblos y naciones indígenas (Presidencia de la República, 2012).

Históricamente, los pueblos originarios de América Latina y Colombia han comprendido la salud desde su propia cosmovisión, su lengua, su territorio y a través de fenómenos como la ley natural y ley

de origen, principios de derecho mayor, pilares de gobernabilidad especial y espacios sagrados que los rigen. Para estas comunidades, la salud no se limita a un estado físico individual, sino que está intrínsecamente ligada al equilibrio y la armonía con su entorno natural y espiritual.

Sin embargo, según Tuntaquimba, indígena sociólogo kichwa, muchas veces las secretarías de salud han buscado incluir la sabiduría ancestral a través de las sabedoras y sabedores en los procesos. Sin embargo, no se les ha dado el valor correspondiente a sus conocimientos ni tampoco existe un acercamiento estatal efectivo de la atención en salud occidental a comunidades indígenas especialmente relegadas y alejadas. Enfermedades prevenibles, como la desnutrición infantil y la mortalidad materna causadas por dificultades como la «[...] vivienda en áreas de difícil acceso, diferencias en el idioma y la cosmovisión del proceso salud-enfermedad» (Aguilar-Peña, 2020, p. 464) prevalecen hoy día en las comunidades indígenas.

En Latinoamérica, ha surgido una lucha convergente por un sistema de salud con enfoque diferencial que sea intercultural y que se fortalezca para responder a las problemáticas de salud excluyentes que afectan a las comunidades indígenas. Este sistema busca que las comunidades puedan gozar tanto de una buena salud occidental como de una buena salud propia.

En Colombia se institucionaliza el Sistema Intercultural de Salud Propio Indígena (SISPI), a través del Decreto 1953 del 2014. También se

[...] definió que este se debe articular con las direcciones territoriales de salud (DTS) y los otros agentes del Sistema General de Seguridad Social a través de rutas interculturales con los mismos grupos. Lo anterior obliga a describir la interculturalidad como un proceso armónico, que comprende interrelaciones equitativas, justas y respetuosas de las diferencias, sobre todo culturales. (Aguilar-Peña, 2020, p. 464)

En este proceso, además, la salud y la enfermedad ocupan un lugar de importancia, desde el cual se impulsen iniciativas de intercambio, respeto y de reconocimiento de los Derechos de los pueblos milenarios. Asimismo, debe construirse con las comunidades y llegar a los distintos territorios.

La salud intercultural en los ambientes educativos

Uno de los principales problemas del proceso de la interculturalidad radica en la hegemonía occidental del paradigma biomédico en las aulas de formación de las escuelas de ciencias de la salud. Lo anterior está impreso en los orígenes mismos de las culturas latinas actuales, las cuales se derivan del mestizaje producto de la conquista y la colonización de los pueblos originarios de América a manos de los países de Europa (Aguilar-Peña, 2020). Estos no solo vinieron en busca de riquezas naturales, sino también con un aparato evangelizador por medio del cual inculcaron su visión del mundo, separando la gran extensión territorial andina de los pueblos originarios, suprimiendo sus redes de comunicación, no solo en lo lingüístico, sino también en lo social, lo comunitario, lo económico etc. (Salaverry, 2010).

El proceso de la colonización catalogó a los pueblos originarios como seres inferiores, que podían ser esclavizados y estaban desprovistos de moral, buen juicio o capacidad intelectual (Eroza Solana, y Carrasco Gómez, 2019). Es por ello por lo que el proceso de salud se convirtió en una práctica de caridad de los cristianos europeos que construyeron centros de salud para los menesterosos. Fueron ellos quienes, además, prohibieron la práctica y ejercicio de las curaciones tradicionales y castigaron la enseñanza de los saberes ancestrales. Esto fue impulsado por sacerdotes que no lograron diferenciar el poder

curativo en las prácticas de sanadores nativos de los aspectos mágico-religiosos. Además, impusieron su modelo de salud, que, en la actualidad, se conoce como un paradigma biomédico único y verdadero.

Los colonos llevaron a la destrucción del sistema sanitario andino, que, siglo tras siglo, había acumulado importantes conocimientos. En este contexto, las contradicciones culturales dieron origen a lo que se conoce como medicina folklórica, una medicina popular que recoge las prácticas aisladas que aún sobreviven al nefasto proceso de colonización (Eroza Solana y Carrasco Gómez, 2019) y se denominan como saberes populares, debido a que se transmiten por medio de la tradición oral de generación en generación y se caracterizan por ser principalmente reconocidas y utilizadas en zonas rurales. Este mestizaje del concepto de salud-enfermedad y de la práctica curativa plantea, en la actualidad, la interacción de los saberes tradicionales con los saberes occidentales respecto al uso de la medicina a tal grado que se han planteado políticas de implementación de la interculturalidad desde los programas curriculares de formación de talento humano en salud (Salaverry, 2010).

Como se ha mencionado, en Colombia, los lineamientos para incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud para el cuidado de la salud de pueblos indígenas son emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, que decreta la adopción del concepto de interculturalidad definido en el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI). Este incluye los enfoques de derechos, en enfoque diferencial, el enfoque étnico y el enfoque de competencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). A pesar de esto, actualmente la interculturalidad no está suficientemente presente en los programas y facultades de salud. Esto se debe a las prácticas y convicciones de formación recibidas en las universidades. En ese sentido, la inclusión de la interculturalidad en los programas de talento humano en salud, en especial en los programas de fisioterapia, es un desafío tanto académico como cultural.

Adicionalmente, se requiere de un diálogo con las y los profesionales en formación para la construcción curricular y de escenarios de práctica que respondan a las necesidades del país, sus comunidades indígenas y sus territorios (Peña et al., 2020).

Por lo anterior, se resalta que los beneficios de incluir la formación intercultural en salud responden a necesidades como una mayor comprensión de la cultura indígena. Esta comprensión está debe estar atravesada por cambios en los paradigmas del proceso terapéutico, con el fin de formar profesionales íntegros para la atención y/o asistencia social. En relación con esto, se puede destacar la capacidad de las y los fisioterapeutas para comprender el proceso salud-enfermedad desde lo humano. Para ello, más que actuar sin perjuicio, es vital que el talento humano en salud se ajuste y considere las diversas circunstancias que rodean a sus usuarios y usuarias. Esto implica proporcionar cuidados de salud que se ajusten a sus sistemas de creencias, costumbres, tradiciones, visiones y necesidades. El fin debe ser permitirles a las y los estudiantes conocer y comprender diferentes concepciones y maneras de vivir la vida. En palabras de Peña et al. (2020),

[...] lo anterior invita a articular la biomedicina y la medicina tradicional a partir de relaciones paralelas y no de dominación/subalternidad [...] buscando un diagnóstico en el que se reconozca la diversidad de los intereses de los pueblos indígenas, incorporando sus categorías de salud. (p. 464).

No obstante, hay otros retos pues los pueblos tienen necesidades específicas cuando se trata de incluir la interculturalidad. Por ejemplo, es importante disminuir o evitar la rotación de personal de salud que entra y sale de las comunidades año tras año debido a la prestación de su servicio social obligatorio, ya que esto impide así la continuidad de los procesos y la experiencia con la población (Salaverry, 2010). La rotación, además, hace que los profesionales solo

vean los procesos de salud intercultural como parte de su servicio social. Ellos, por su parte, deben enfrentarse a barreras como el acceso a la lengua local, la participación en costumbres indígenas propias, el cambio a la alimentación tradicional, el empleo de plantas tradicionales, las condiciones de vivienda y de los equipos locales. Por ello las y los profesionales, deben estar preparados y dispuestos a superarlas (Cofré-González et al., 2020).

Conclusión

La integración del sistema intercultural de salud en Colombia es crucial para superar las desigualdades propias de un modelo de atención en salud hegemónico, el cual desemboca, entre tantas otras, en barreras sólidas para las comunidades indígenas y afrocolombianas. Esta integración debe ir más allá de considerar las prácticas ancestrales como un mero complemento opcional en todo caso al sistema de salud occidental. En su lugar, se debe fomentar un verdadero equilibrio que recoja lo mejor de ambos mundos en pro del bienestar de la comunidad. Es por eso por lo que promover una formación en competencias interculturales junto a la participación activa de las comunidades mismas permitirá acercarnos más a ese sistema de salud más equitativo, para lo cual la formación académica y la institucionalidad son indispensables, pues son la raíz de este nuevo cambio.

Bibliografía

Aguilar–Peña, M., Tobar–Blandón, M., y García–Perdomo, H. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública/Revista de Salud Pública*, 22(4), 463–467. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>

Cofré–González, C., y Álvarez–Cruces, D. (2022). Fortalezas y debilidades sobre la incorporación de salud intercultural en la formación de enfermería. *Index de Enfermería*, 31(4), 245–249. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20225160>

Consultorsalud SAS. (2018, enero 14). Sistema indígena de salud propia SISPI y habilitación de EPSI. *Consultorsalud*. <https://consultorsalud.com/sistema-indigena-de-salud-propia-sispi-y-habilitacion-de-epsi/>

Decreto 1953 de 2014 [con fuerza de ley]. Por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas hasta que el Congreso expida la ley de que trata el artículo 329 de la Constitución Política. D.O.No. 49297 https://adsdatabase.ohchr.org/IssueLibrary/COLOMBIA_Decreto%20No.%201953%20de%202014.pdf

Eroza Solana, E., y Carrasco Gómez, M. (2019). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR. Estudios Sociales Y Humanísticos*, 18(1), 112–128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>

Espino Hernández, M., y Fernández Díaz, D. (2024). Formar profesionales de la salud con un enfoque intercultural: una necesidad presente. *Educere*, 16(54), 87–94. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626160003>

Hernán, J. (2019). Configuración de las políticas públicas de salud para Pueblos Indígenas en Colombia, 1971–2017. [Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/75671>

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2016). *Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI*. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-metodologica-sispi.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>

MinSalud, Instituto Nacional de Salud (INS) y Observatorio Nacional de Salud (ONS). (2015). *Informe técnico. Sexta edición. Desigualdades sociales en Salud en Colombia. Informe nacional.* <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/6.%20Desigualdades%20sociales.pdf>

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Informe población indígena. (2022). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-poblacion-indigena-abril-2022.pdf>

Pijaos Salud EPS. (2020). Pijaos Salud EPS [página web]. <https://www.pijaossalud.com/>

Presidencia de la República. (2012). Ley 21 de 1991. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. <https://www.cvc.gov.co/sites/default/files/2018-10/Ley%2021%20de%201991-Mar-04.pdf>

Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2021-2022). Participación al Día. https://www.saludcapital.gov.co/Paticipacin_al_da/Ed_74_Periodico_Participacion_al_Dia.pdf



La revista

Fisioterapia y Desarrollo Humano N°5

se terminó de diagramar en enero de 2025 en la ciudad de Bogotá D.C.

Programa Gestión de Proyectos - Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá

Las familias tipográficas usadas fueron:

mohave

Rotis SansSerif Std



Revista
**Fisioterapia y
Desarrollo Humano**

Proyecto estudiantil CoMMoverse | Número 5 | 2024 | Fisioterapia en comunidad