



## Programa Gestores Comunitarios de Salud

### Antecedentes

Desde la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como órgano rector de las políticas de salud en el mundo, se ha venido reconociendo la necesidad cada vez más explícita de volver a lo local para lograr la cobertura total en salud de la población mundial, al reconocer que, pese a la extensión del sistema sanitario moderno en todo el planeta, los índices de morbi-mortalidad han seguido aumentando y la cobertura de salud no ha crecido en proporción con la inversión de recursos económicos y humanos, poniendo en tela de juicio la estrategia mundial de una medicina moderna, organicista, especializada y curativa.

En 1978, en la reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Alma-Ata, se planteó una nueva estrategia, conocida como programa de Atención Primaria de Salud (APS), que daría prioridad a la medicina preventiva, tratando además de incidir en aspectos comunitarios y ambientales de la salud. También se sugirió que la medicina tradicional y los remedios de origen vegetal quizás podrían tener la clave para lograr el control de las enfermedades en los llamados países del Tercer Mundo. Para lograr aplicar este programa, la estrategia contemplaba particularmente la participación social en salud con la formación de personas de las mismas comunidades que lograrán la interlocución cultural necesaria. La estrategia, entonces, contemplaba el entrenamiento y la inclusión en el sistema de un nuevo agente de salud, el promotor comunitario de salud o promotor rural, quien debería acercar la comunidad a los servicios formales de salud:

La atención primaria de salud se basa, tanto en el plano local como el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.<sup>1</sup>

Originalmente el programa intentó seguir los lineamientos de los proyectos basados en la comunidad, pero los sistemas formales de salud se olvidaron de la segunda recomendación de Alma Ata: incorporar personas, conceptos y recursos terapéuticos de los sistemas tradicionales de salud. El promotor de salud pasó entonces a ser simplemente un agente de salud, jerárquicamente en el escalón más bajo, a pesar de lo revolucionario del lenguaje utilizado en Alma Ata:

- Salud como objetivo social mediante la búsqueda de la equidad (desarrollo económico y social)
- Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables
- Puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena

---

<sup>1</sup> Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.  
[http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).



participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar

- Autorresponsabilidad y autodeterminación
- Llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas

Se conservó entonces la noción de pirámide asistencial de tres niveles jerarquizados y verticales en la que el nivel de la atención primaria ocupa el “nivel más bajo”. La medicina moderna institucionalizada sigue, entonces, dando prioridad científica a la remisión de pacientes, la atención superespecializada, las tecnologías diagnósticas y las intervenciones invasivas. Y la cobertura de salud sigue sin mejorar, el medio ambiente se deteriora, desaparecen culturas y pueblos completos, la morbi-mortalidad sigue aumentando, las poblaciones más aisladas pierden sus sistemas de salud mediante los cuales habían solucionado sus problemas médicos durante milenios y el sistema médico no logra responder a sus necesidades más acuciantes. La ilusión de que el promotor pudiera acercar la comunidad a la medicina moderna se ve frustrada desde el mismo momento en que la oferta de formación se reduce a unos cuantos conceptos de medicina moderna insuficientes y reduccionistas, que además lo desarraigan culturalmente.

Más allá del fracaso del promotor como agente que pudiera acercar la comunidad a los servicios formales de salud, la medicina moderna y los sistemas de salud han soslayado las múltiples recomendaciones de la OMS, que se han reiterado insistentemente desde Alma-Ata, en el sentido de la promoción y la prevención desde la autorresponsabilidad y la autodeterminación de las comunidades, con su debida participación en el diseño e implementación de los programas y con una conciencia proactiva de los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud y la enfermedad. Llama la atención que la OMS ha instado en diferentes reuniones, talleres y conferencias sobre la necesidad de estudiar, recuperar y promover la medicina tradicional como medio para lograr las metas de salud para todos;<sup>2</sup> sobre la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; y sobre la prioridad en el desarrollo y aplicación de modelos asistenciales centrados en la familia y la comunidad con el debido fortalecimiento de la participación social en salud.<sup>3</sup>

Adicionalmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su documento de posición de 2007, *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, reconoce que no todos los países cuentan con los marcos políticos e institucionales que garantizan la incorporación del personal comunitario, de la medicina tradicional y de una participación social adecuada. En ese sentido, Colombia ofrece un marco legal de respeto de la diversidad cultural y una abundante normatividad en materia de salud que promueve el fortalecimiento de los modelos propios de salud y la adaptación de modelos interculturales

---

2 WHO, *Traditional Medicine and Health Coverage* (Ginebra: WHO, 1983).

OMS, *Serie de Informes Técnicos*, No. 717 “Necesidad de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria: Informe de un comité de expertos de la OMS” (Ginebra: OMS, 1985).

Akerele O, Heywood V, Synge H., *Conservation of Medicinal Plants: Proceedings of an International Consultation*. 1988 March 21-27, Chiang Mai, Thailand (Londres: Cambridge University Press, 1991).

OMS, *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005* (Ginebra: OMS, 2002).

3 OPS, *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (Washington: OPS, 2007) 11.



que, sin embargo, estamos lejos de haber desarrollado a plenitud.

En el documento *Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005*,<sup>4</sup> la OMS reconoce la gran aceptación, que además aumenta día a día, de las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas por parte de amplios sectores de la población mundial e insta a no perder de vista su valor como opciones quizás únicas en algunas regiones.

Cabe destacar que la normatividad en materia de salud en Colombia ofrece un marco legal que más que permitir exige el respeto de la medicina tradicional. La Resolución n.º 4288 de 1996, en lo relativo a la necesidad de adaptar el Plan de Atención Básico (PAB, actualmente PIC: Plan de Intervenciones Colectivas del Plan Nacional de Salud) a las necesidades de la población, en su artículo 16 establece que es responsabilidad de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud hacer dicha recomendación a las Direcciones de Salud. El Acuerdo n.º 72 de 1997, en su artículo 8, prevé la posibilidad de que el Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S) pueda ser ajustado y concertado entre las comunidades, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS, ahora Entidades Promotoras de Salud Indígenas -EPSI) y las entidades territoriales con la aprobación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

Es necesario tener en cuenta que la actual reglamentación de la salud en Colombia presenta un panorama fragmentado y segmentado de la promoción y la prevención -y de la salud pública en general- con una responsabilidad en su ejecución que se diluye entre todos los planes de atención existentes –Plan Nacional de Salud Pública, planes locales y regionales, Plan de Intervenciones Colectivas, Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios, etc.-. En el camino de subsanar estos problemas, el Ministerio de la Protección Social ha emitido el Decreto n.º 3616 de 2005 que exige que las entidades de salud deben responder a la exigencia de actualización de sus promotores de salud con el fin de formarlos como Auxiliares de Salud Pública. No se puede desconocer, sin embargo, que la Organización Panamericana de la Salud enfatiza sobre la necesidad de que el **100% de los trabajadores de atención primaria de salud** tengan competencias de salud pública e **interculturales demostrables**;<sup>5</sup> y el Objetivo 9 exige que el 30% del personal de atención primaria sea reclutado de sus propias comunidades.<sup>6</sup> El Decreto 3616 antes mencionado está lejos de responder específicamente a la recomendación de la formación en competencias interculturales demostrables.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, el Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud –GESTS– propuso la formación de un nuevo agente de salud que busca subsanar las deficiencias del promotor: el Gestor Comunitario de Salud. El GESTS es un grupo de investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad del Rosario, avalado por Colciencias, que se ha interesado en el conocimiento de los sistemas tradicionales de salud y cuyos miembros decidieron conformar el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) en 2006 como una plataforma institucional para contribuir con el desarrollo de una política intercultural de salud mediante el estudio, la evaluación, el diseño y la aplicación de estrategias de atención en las que se amplía la noción del concepto salud-

4 OMS, *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional* 24-27.

5 El subrayado es nuestro.

6 OPS. Plan de acción regional de Recursos Humanos para la salud 2007-2015. OPS, mayo de 2007. (El subrayado es nuestro)



enfermedad, considerando los aspectos culturales y ambientales. Los miembros del Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) nos hemos comprometido desde su conformación con el desarrollo y la asesoría de programas y proyectos de investigación de los sistemas tradicionales de salud que contribuyan a su conocimiento, protección, recuperación, promoción y encuentro con la medicina moderna. Así mismo, nos hemos empeñado en la investigación para la búsqueda de una reglamentación de flora medicinal en el país, teniendo en cuenta que las plantas medicinales son el principal recurso terapéutico de los sistemas médicos tradicionales, y que por tanto éstas y los conocimientos asociados deben ser protegidos mediante su reglamentación. En los últimos años hemos comenzado a estudiar, investigar, diseñar y promover estrategias y modelos que contribuyan a la implementación de una política intercultural de salud que aporte para la justa articulación de la medicina moderna con las medicinas tradicionales.

### **Fundamentos conceptuales del programa**

Se constituyen en fundamentos del programa de Gestores el reconocimiento de la eficacia de los sistemas médicos tradicionales; el uso de tecnología apropiada existente en la medicina moderna y en la medicina tradicional; el intento por disminuir la dependencia externa en la atención de los problemas de salud; y el reconocimiento de que la diversidad condiciona la necesidad de desarrollar estrategias de promoción y prevención ajustadas a las necesidades ambientales y culturales.

El quehacer del Gestor Comunitario de Salud se deriva, entonces, de los siguientes objetivos que a su vez se constituyen en el perfil del estudiante:

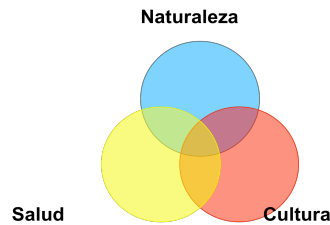
1. Recuperar y promover conocimientos y prácticas tradicionales de salud.
2. Buscar la seguridad alimentaria a partir de prácticas agroecológicas y la conservación de recursos biológicos.
3. Promover la conservación del ambiente.
4. Incorporar las plantas medicinales en el cuidado de la salud.
5. Incentivar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

De ahí que los Gestores están llamados a recoger dos de las recomendaciones fundamentales de la estrategia de Atención Primaria de Salud que no se han logrado aplicar con la necesaria decisión por parte de los gobiernos y los sistemas de salud, y que la OPS recalcó en su documento de posición de 2007: promover la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial en el nivel local, de modo que verdaderamente se propenda por un concepto ampliado e integral de la salud. No es despreciable esta última aseveración si aceptamos, con la misma OMS, que es de crucial importancia incidir en los diferentes sectores para verdaderamente aspirar a mejorar la salud humana y no solamente tratar los eventos patológicos cuando ya se han instaurado. *De ahí que el gestor comunitario de salud está llamado a trabajar en la identificación, el análisis y la búsqueda de soluciones de los condicionantes sociales, culturales y ambientales de la salud, en el nivel local y con la debida participación comunitaria e intersectorial.*

Además de las consideraciones anteriores, el programa se funda en el concepto de *Autocuidado*, que supone que todos y cada uno de los miembros de una comunidad son responsables de su salud, si se tiene en cuenta la triple dimensión Cultura-Naturaleza-Salud



y la necesidad de incidir desde lo personal, lo local y lo general en el punto de encuentro de esas tres instancias de la vida. Centrar la atención de salud en el autocuidado supone entonces voltear la pirámide asistencial de modo que el individuo recupera la responsabilidad sobre su salud o su enfermedad y el gestor se erige como *agente educador en formas saludables de vida acordes con el medio ambiente y las prácticas culturales*.



El Gestor Comunitario de Salud está llamado a fungir como un verdadero puente entre la medicina moderna y la medicina tradicional desde el nivel del autocuidado y de algunos aspectos de la atención primaria:

### Gestores Comunitarios de Salud



En resumen, el gestor pretende aglutinar los diferentes programas de salud pública comunitaria e individual sin desconocer las iniciativas que por ley las comunidades tienen derecho de formular para acondicionar los programas a sus sistemas propios de creencias.



### **Curso de capacitación**

Los contenidos del curso se han adaptado según las características de los estudiantes y las necesidades de las comunidades particulares con las que se desempeñarán los gestores. A rasgos generales, los contenidos cubren una amplia gama de materias que se resumen a continuación:

*Inducción Cultura-Naturaleza-Salud:* es un módulo introductorio que define conceptos y plantea la integración de estos tres ámbitos centrando al estudiante en la necesidad de dirigir aprendizajes y actividades hacia los puntos de intersección de cultura, naturaleza y salud, siempre con el ánimo de lograr un concepto de salud más integral.

*Salud:* cuerpo humano, autocuidado, nutrición, botánica médica, preparación de remedios, pediatría, ciclo vital de la mujer, enfermedades tropicales y enfermedades del desplazado, legislación en salud y Sistema General de Seguridad Social en Salud, Atención Primaria y renovación de la atención primaria, intersectorialidad, entornos saludables.

*Naturaleza:* fundamentos de ecología y biodiversidad, caracterización biológica y cultural, herbarios, fundamentos de cartografía, agroecología y cultivos tradicionales para entornos urbanos, áreas protegidas, saneamiento básico (aguas, basuras, zoonosis), reforestación. Manejos tradicionales y sistemas de subsistencia, planes de ordenamiento y manejo territorial.

*Cultura:* Organización social y participación ciudadana, participación comunitaria, normatividad, sistema educativo local y líneas curriculares intersectoriales, concepto de cultura, medicina tradicional latinoamericana, tradición oral, formulación de proyectos, contabilidad.

### **Desarrollo del programa**

Desde el punto de vista comunitario son numerosas las autoridades, asociaciones indígenas y comunidades campesinas vinculadas, entre las que se destacan las Misioneras de María Inmaculada y Santa Catalina de Siena, con sede en Colombia, quienes han encontrado en el programa una perspectiva novedosa para apoyar a los líderes de las comunidades aisladas en las que cumplen su misión. Así mismo, la Alcaldía municipal de Villavicencio, Meta, está comprometida y ha iniciado un programa de recuperación de medicina tradicional y plantas medicinales, impulsado por los Gestores Comunitarios de Salud, que aparece como una propuesta pionera a nivel nacional para promover salud en comunidades periféricas de bajos recursos. Y, finalmente, la Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona de Yapú (Asatrizy) que fue pionera en vincular este nuevo agente de salud en el desarrollo de su plan de vida para el ejercicio autónomo del gobierno de su territorio.

El programa ha formado en total 83 Gestores Comunitarios de Salud, de los cuales 61 son mujeres. Estos líderes tienen impacto en comunidades con una población total cercana a las 10.000 personas. Proviene de quince (15) departamentos de Colombia y pertenecen a más de veinte (20) etnias diferentes. Todos los líderes formados hacen parte de comunidades de la periferia urbana o de zonas rurales apartadas con bajo nivel de ingresos *per capita* y en territorios considerados desde el punto de vista epidemiológico como lugares con altos endemismos de enfermedades tropicales, en procesos de deterioro ambiental y particularmente de recursos alimenticios, y con altos niveles de violencia armada y social.



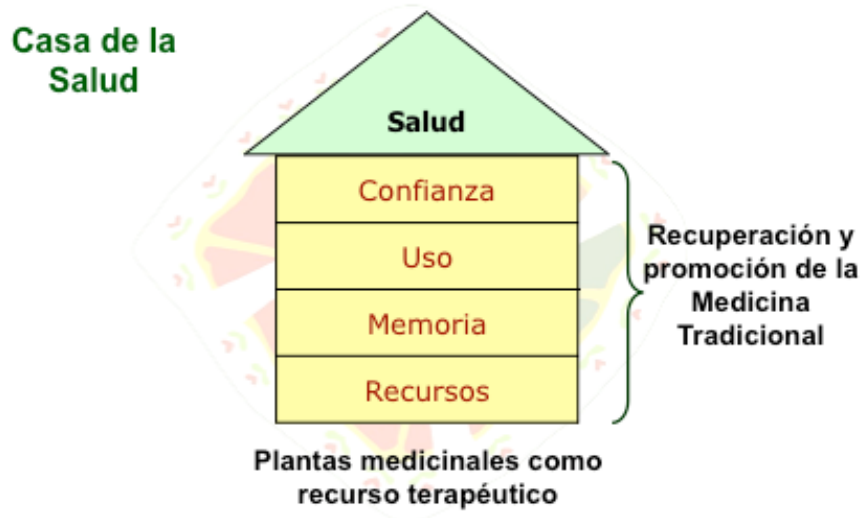
En la medida en que los Gestores Comunitarios de Salud han sido formados para insertarse en los procesos locales de sus propias comunidades, muchos de ellos han entrado a formar parte de los órganos ejecutivos y directivos de sus organizaciones locales y otros han jalonado pequeñas experiencias en su entorno inmediato; todos ellos sin depender de apoyo económico de un proyecto específico. En el presente se cuenta con un estudio cualitativo para evaluar la actividad de los Gestores Comunitarios de Salud y se está dando inicio a una etapa de evaluación con apoyo internacional para establecer indicadores precisos.

Se han diseñado unas herramientas básicas para hacer seguimiento a las actividades de los gestores que incluyen:

- Fichas familiares: con hoja de identificación, diagnóstico de vivienda, cultura, naturaleza y salud, inventario peridomiciliario y de chagra/finca, enfermedades y recursos terapéuticos.
- Hoja de seguimiento familiar
- Diario de campo
- Planillas de asistencia a talleres, reuniones, jornadas comunitarias, etc.
- Cuaderno de dolencias menores y fichas etnobotánicas para el trabajo de etnoinvestigación
- Informe mensual de actividades.

Con respecto a la medición del impacto de los gestores en sus comunidades, se espera construir una matriz que recoja criterios tales como el índice de medicina tradicional, perfiles epidemiológicos y culturales de la enfermedad, recuperación de prácticas tradicionales de cuidado, adopción de prácticas de autocuidado, niveles de prevención de enfermedades, manejo de enfermedades cotidianas e índice de disminución de ocupación hospitalaria y de consulta externa.

El eje central del quehacer del gestor se enmarca en la metodología de la “casa de la salud” que supone la recuperación y la promoción de medicina tradicional mediante la recuperación y promoción de las plantas medicinales como recurso terapéutico por excelencia, en un ejercicio de cuatro pisos, que no necesariamente son sucesivos, que incluyen recuperación y promoción de recursos, memoria, uso y confianza. El esquema siguiente resume la metodología:



Las actividades realizadas por los gestores indígenas en su trabajo comunitario se han agrupado en categorías tales como las siguientes:

**Actividades médicas:**

- Diagnóstico de la realidad de salud
- Investigación propia sobre conocimiento tradicional
- Relación con servicios formales de salud
- Procesos de educación continua del gestor
- Reconocimiento y promoción de cabezas médicas
- Conservación de plantas medicinales *in situ*
- Cultivo, propagación e intercambio de semillas medicinales
- Construcción de jardín medicinal propio
- Promoción de jardines medicinales
- Promoción de prácticas occidentales de salud
- Promoción de prácticas tradicionales de salud
- Actividades interculturales de Atención Primaria de Salud
- Actividades de Autocuidado adoptadas por los beneficiarios
- Actividades de intercambio con otras comunidades

**Actividades de organización y cultura:**

- Diagnóstico de la realidad de cultura
- Investigación propia sobre conocimiento tradicional en cultura



- Actividades relacionadas con las instituciones del sector
- Procesos de educación continua del gestor
- Procesos de organización comunitaria
- Promoción y participación en mingas comunitarias
- Promoción y participación en fiestas y ceremonias tradicionales
- Promoción de actividades educativas y recreativas
- Recolección de historia oral
- Promoción, protección y recuperación de lengua nativa
- Promoción y recuperación de cultura material
- Promoción de cultura culinaria
- Promoción de mejoras de la vivienda
- Actividades de intercambio con otras comunidades

#### **Actividades de biológicas y ambientales:**

- Diagnóstico de la realidad de naturaleza
- Investigación propia sobre conocimiento tradicional en naturaleza
- Procesos de educación continua del gestor
- Construcción y seguimiento de chagra personal
- Cultivo, propagación e intercambio de semillas alimenticias y otras
- Promoción de chagras familiares
- Construcción de vivero – banco de semillas
- Promoción de técnicas agroecológicas
- Procesos de manejo de agua potable
- Procesos de manejo de excretas
- Procesos de manejo de basuras
- Actividades de conservación y reforestación
- Actividades de intercambio con otras comunidades en naturaleza

Por su parte, los gestores de Villavicencio, que es una ciudad capital de departamento, se han categorizado así:

- Promoción de autocuidado: talleres, charlas, reuniones, visitas familiares, escuela
- Actividades interculturales de Atención primaria: purgas/amargos, cuidados de menstruación, desparasitación, manejo de EDA/IRA, atención de dolencias menores
- Procesos de recuperación de recursos terapéuticos: etnoinvestigación, fichas etnobotánicas, intercambio de semillas, construcción de jardines familiares y comunitarios
- Procesos de promoción de cuidado de la naturaleza: jornadas ambientales de reforestación, limpieza de quebradas, agroecología para entornos urbanos, manejo de basuras, agua potable
- Procesos de escuela saludable
- Procesos comunitarios
- Gestión interinstitucional/sectorial
- Procesos de educación continua
- Procesos de promoción de Med. Tradicional



El programa tiene impacto directo en la disminución del hambre, en la medida en que está directamente enfocado a fortalecer la producción de alimento y promover la nutrición adecuada en las comunidades; reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna con la práctica de cuidados tradicionales ajustados a las condiciones locales que no dependen de programas externos de alto costo para ser implementados; sostenibilidad del medio ambiente ya que el concepto de salud que promueve incluye indisolublemente la conservación como indicador de una buena vida; en cuanto a la educación, también se han generado impactos positivos al constituirse en uno de los programas de escuela saludable más exitosos dentro de las instituciones escolares a las que ha llegado el gestor con un discurso integrador de autocuidado, protección del medio ambiente y promoción de valores culturales. Adicionalmente, los gestores han logrado erigirse en fustigadores de cohesión social, han recuperado redes sociales que se han roto por cuenta del desplazamiento forzado, la pérdida de autoridades tradicionales, la ausencia de las instituciones del estado, y han logrado posicionarse como líderes comunitarios recuperando, precisamente por su carácter intersectorial integral, sentidos de identidad, solidaridad y comunidad.

Esta propuesta plantea una nueva perspectiva para la valoración de los recursos tradicionales de las comunidades beneficiadas de manera que les permite a los Gestores Comunitarios de Salud promover alternativas de muy bajo costo y con base en los recursos locales disponibles. En la actualidad los recursos de cooperación gestionados se han dedicado por completo al proceso de formación de los agentes, de manera que todas las iniciativas que ellos han impulsado en sus comunidades son el resultado de aplicar recursos propios o autogestionados. Uno de los principios fundamentales del programa es que el Gestor Comunitario de Salud debe ser capacitado para buscar alternativas que no dependan del flujo de recursos externos, si bien pueden aprovecharlos cuando los obtengan como resultado de sus gestiones. Actualmente, se cuenta con un programa de formación avalado por una escuela de medicina universitaria; con el primer programa de recuperación de medicina tradicional y plantas medicinales impulsado desde una alcaldía de una capital de departamento; y con un reconocimiento académico de la propuesta.

Paradójicamente, la mayor innovación que presenta el programa es que parte de retomar los conocimientos tradicionales, que han sido subvalorados o despreciados, para dar respuesta a una necesidad creciente de soluciones de salud en las comunidades, al tiempo que establece vínculos de diálogo con el sistema moderno de salud para mejorar su prestación en contextos apartados o periféricos. El programa constituye una apuesta audaz para llevar adelante los propósitos que la OMS y la OPS han planteado en distintos documentos de posición. Este enfoque local representa intrínsecamente una solución de lo que hoy se conoce como “del Sur para el Sur”.

Una de las características más apreciables del programa es que puede ser aplicado en contextos diferentes, tal como lo demuestra la diversidad de personas formadas hasta el presente. Justamente una de las virtudes de esta iniciativa es que está pensada para adaptarse a los contextos locales y que los Gestores Comunitarios de Salud en lugar de recibir las instrucciones para replicar un paquete tecnológico prediseñado tienen el conocimiento suficiente para construir y diseñar alternativas que dan respuesta a las circunstancias específicas a las que se enfrentan. En la medida en que los Gestores Comunitarios de Salud diseñan sus propios modelos de intervención comunitaria son múltiples los sectores que se benefician de su actuación si se hace un análisis global. Se ha



identificado un impacto positivo en las condiciones materiales de la población beneficiada pues provee una fuente de producción local de alimentos, con técnicas agroecológicas, que se corresponden con los conceptos de nutrición que reciben estos agentes durante su formación. Incluso, al ofrecer un mejor acceso de las comunidades a una alimentación saludable se aumenta la disposición para la producción de excedentes comerciales, aunque este último aspecto no ha sido evaluado ya que no hace parte de la intención principal de la propuesta. En otros espacios se han impulsado procesos educativos novedosos en los que se vincula la participación en la escuela con la promoción de modelos saludables de vida, lo que amplía el impacto de los modelos de educación y promueve la dinámica intersectorial sugerida por la APS. Ya que la población atendida por el programa se encuentra altamente marginada, tanto en el ámbito rural como urbano, el trabajo del Gestor Comunitario de Salud como líder comunitario permite que estos grupos fortalezcan su identidad y organización, de manera que están en mejores condiciones para interactuar con otros grupos o autoridades. El programa contempla como elementos indisolubles el fortalecimiento de la cultura, la conservación de la naturaleza y la promoción de la salud humana, enfoque que obliga a que las propuestas impulsadas por los Gestores Comunitarios de Salud tengan un impacto positivo en las tres dimensiones.

Para concluir, los principales logros y características del programa son: autonomía e iniciativa de los agentes de salud comunitaria; integración de las tres dimensiones cultura-naturaleza-salud; intersectorialidad; procesos de investigación propia; aprendizaje desde el hacer; apropiación cultural; sensibilidad ambiental; sensibilidad social y comunitaria; validación de cabezas médicas y remisión; conformación de equipos de trabajo; diagnóstico para planes de vida; gestión interinstitucional; promoción del autocuidado, el primer peldaño de la promoción y la prevención. Verdaderamente se puede afirmar que estamos ante un nuevo agente intercultural de salud.