



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.**

**Francisco Javier Echandía Bocanegra**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa

Bogotá, Colombia

2024



# **Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.**

**Francisco Javier Echandía Bocanegra**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Medicina Alternativa, Área Terapia Neural**

Director:

PhD Dr. Mauricio Torres Tovar

Codirectores:

PhD Dr. Daniel Gallego Pérez

MSc Dra. Laura Pinilla Bonilla

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Maestría en Medicina Alternativa

Bogotá, Colombia

2024

IV Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.

---

## *Dedicatoria*

*“...la humanidad no está enferma de campos de interferencia sino de campos de indiferencia...entonces necesita otro tipo de aguja...que puede ser, incluso, el pensamiento neuralterapéutico”*

*“...confiar en la vida y en sus tiempos...”*

*“...como ven no se trata de presentar un plan de salud pública, ni un proyecto de tesis. Es más bien una plegaria esperanzadora a la vida, en la búsqueda de lugares y pensamientos y sentimientos en donde la alegría y el futuro sostenible sean posibles...”*

*Julio Cesar Payán de la Roche. Barcelona  
2012 (85)*

## **Agradecimientos**

...A quienes nos compartieron con cariño y confianza, desde el sentir pensar, su historia de vida en el Centro de Salud La Nueva Esperanza.

...A Laura y toda mi familia, por su fuerza y apoyo amoroso incondicional

...A Mauricio y Daniel, por su paciencia, comprensión y enseñanzas

... y al Maestro Payán, por seguir siendo flama y guía en nosotros

## Resumen

### **Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.**

Se realizó la descripción y análisis de una experiencia de prestación de servicios básicos de salud, en Popayán Colombia, desarrollada en un periodo pos terremoto entre 1987 y 2009, en el llamado Centro de Salud Nueva Esperanza, siendo el primer centro de atención primaria en salud pública en Colombia con Terapia Neural y trabajo comunitario, administrado por mujeres lideresas comunitarias. Empleó un modelo metodológico de Investigación Acción Participante - IAP, impulsado por la organización no gubernamental denominada Fundación para la Comunicación Popular -FUNCOP

Correspondió a una investigación cualitativa de tipo descriptivo, tipo Estudio de Caso, con la revisión crítica de fuentes primarias y secundarias, una Línea de Tiempo, entrevistas semiestructuradas y grupo focal. El análisis incluyó la Medicina Neuralterapéutica, desde su concepción de la salud y la enfermedad, su visión social y sus estrategias para interactuar en la salud pública, la Atención Primaria en Salud, la participación comunitaria, la Promoción y Prevención, la atención asistencial y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

El Centro logra permanecer muchos años no propiamente articulado sino interactuando con el sistema de salud pública, sin perder su fundamento Biocéntrico, a partir de la participación ciudadana en un enfoque de pensamiento sistémico complejo de la Terapia Neural, generando significativos impactos de corto y largo plazo en el bienestar de familias del territorio y en el personal sanitario participante. Proceso que aporta además elementos que ayudan a ampliar la participación de la Terapia Neural en la estrategia de la APS.

**Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Medicina neuralterapéutica, Terapia Neural, Salud pública.**

VIII Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.

---

## Abstract

### **Analysis of articulation between Neural therapy and Primary Healthcare in Alternative Health Center "La Nueva Esperanza" in Popayán, Cauca from 1987 to 2005. Case Study.**

A description and analysis of the experience in basic health care delivery in Popayán, Colombia, developed in a post-earthquake period between 1987 and 2009, the Health Center "La Nueva Esperanza" served as the Colombia's pioneering center for primary care, public health, neural therapy, and community service. Women leaders in the community oversaw this center, and it uses a methodological model called "Research Action Participation" with a non-governmental organization called the Foundation for Popular Communication.

This was qualitative and descriptive research, a case study with a critical revision of primary and secondary sources, a timeline, semi-structured interviews, and focal group. The analysis included neural neurotherapeutic medicine from its health and disease conception, social approach, integration strategies or articulation with public health and primary healthcare, community participation, promotion and prevention, healthcare and social determinants.

The center manages to remain for many years, not properly articulated but interacting with the public health system, without losing its biocentric basis. This was achieved based on citizen participation in a complex systemic thinking approach from Neural Therapy, generating significant short and long-term impacts on the well-being of families in the territory and on the participating health personnel. A process that also provides elements that help expand the participation of neural therapy in the strategy of the primary healthcare.

**Keywords: Primary Health care, Neural therapy, Public Health.**

- X Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.
-

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de figuras.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Lista de tablas .....</b>	<b>XV</b>
<b>Lista de abreviaturas .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Marco conceptual .....</b>	<b>13</b>
1.1 Medicina neuralterapéutica.....	13
1.1.1 La concepción de la salud y la enfermedad en la MNT .....	17
1.1.2 Enfoque de salud .....	20
1.1.3 Aspectos de la formación médica .....	23
1.1.4 Institucionalización de la Terapia Neural / Medicina neuralterapéutica en Colombia.....	25
1.2 Atención primaria en Salud.....	26
1.2.1 Acción territorial con perspectiva para MTAC y la MNT .....	34
1.3 Políticas públicas y normatividad.....	36
1.4 Metodología Investigación Acción Participante – IAP .....	40
<b>2. El Centro de salud la Nueva Esperanza: un análisis histórico.....</b>	<b>45</b>
2.1 Introducción .....	45
2.2 Contexto y gestación .....	47
2.3 Creación y funcionamiento del CSNE .....	64
2.4 Auge y florecimiento .....	86
2.4.1 De la relación con el gobierno y la APS de la salud pública .....	101
2.5 Dificultades y declive .....	105
2.5.1 Algunos aspectos de índole político a considerar .....	109
2.5.2 Algunos aspectos relacionales del tejido social y conflictos organizacionales	110
2.5.3 Del retiro de FUNCOP .....	110
2.5.4 Del alejamiento del Dr. Payán.....	115
2.6 Cierre temporal y ¿cierre definitivo o transformación? - Perspectivas .....	116
2.6.1 ¿Por qué perdura tanto el CSNE y por qué se acaba o se transforma?.....	118
<b>3. Análisis y discusión .....</b>	<b>125</b>
3.1 De las bases conceptuales.....	125
3.1.1 Del pensamiento sistémico complejo.....	125

---

3.1.2	Del sistema médico complejo .....	128
3.1.3	Los determinantes sociales o la determinación social de la salud .....	130
3.1.4	De las políticas del ministerio de salud y política pública .....	133
3.1.5	De nuevos paradigmas .....	139
3.1.6	Sobre la formación y competencias del talento humano en salud.....	142
3.2	Comentarios sobre algunos riesgos .....	151
3.3	Frente a impulsar nuevas experiencias como la del CSNE a futuro en Colombia 153	
3.3.1	La medicina alternativa en el aseguramiento .....	163
3.3.2	Sobre la Medicina Alternativa haciendo parte de los Equipos de Atención Integral - EAI o Equipos de Atención Básica - EAB.....	166
3.3.3	Sobre la implementación de la Investigación Acción Participación -IAP en posibles modelos territoriales de APS .....	167
3.4	Aportes y legados .....	169
3.5	La MNT en la APS en los territorios: ¿Articulación?, ¿interacción?, ¿o integración?.....	172
<b>4.</b>	<b>Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>183</b>
4.1	Conclusiones .....	183
4.2	Recomendaciones.....	194
<b>A.</b>	<b>Anexo: Tablas de encuestados y grupo focal .....</b>	<b>197</b>
<b>B.</b>	<b>Anexo: Fotografías de los entrevistados y grupo focal.....</b>	<b>203</b>
<b>C.</b>	<b>Anexo: Consentimiento informado .....</b>	<b>207</b>
<b>D.</b>	<b>Anexo: Instrumentos de recolección de información .....</b>	<b>211</b>
<b>E.</b>	<b>Anexo: Guía de entrevistas .....</b>	<b>217</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>227</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 2-1. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s y 2023.	46
Figura 2-2. línea de tiempo de los principales tópicos. ....	47
Figura 2-3. Centro de Popayán -Cauca tras el terremoto 1983. ....	50
Figura 2-4. Barrios de Popayán - Cauca tras el terremoto. 1983. ....	51
Figura 2-5. Asentamientos en carpas pos-terremoto. Popayán -Cauca.: Aproximadamente 1983-84. ....	53
Figura 2-6. Mapa de las Comunas y Comuna 7 de Popayán. Aproximadamente 1990- 2011. ....	54
Figura 2-7. Comunas 8-9 y barrios de Popayán-Cauca. Aproximadamente 1990-2011. .	54
Figura 2-8. Liderazgo y organización de mujeres. Popayán-Cauca. Años 80`s. ....	61
Figura 2-9. Borrador del convenio con el Servicio de Salud del Cauca. Popayán – Cauca 1987. ....	65
Figura 2-10. Actividad en barrios. Programa de Ciudadanía. Grupos vecinales. Popayán- Cauca. Años 90`s.....	76
Figura 2-11. Actividades lúdicas. Proyecto de ciudadanía. Popayán-Cauca. Años 90`s.	78
Figura 2-12. ad en polideportivo. Programa de Ciudadanía. Popayán-Cauca. Años 90`s. .....	79
Figura 2-13. Consultorio Dr. Julio Cesar Payán de la Rocha. Popayán-Cauca. Años 90`s. .....	80
Figura 2-14. Actividad IAP -Cartografía Social en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s. ....	82
Figura 2-15. Terapia Neural en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán- Cauca. Años 90`s.....	84
Figura 2-16. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s. ....	86
Figura 2-17. Jardines del Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s. ....	87
Figura 2-18. Apertura de historia de vida en Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s. -2000. ....	90
Figura 2-19. Fortalecimiento de huertas en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s. ....	92
Figura 2-20. Diálogos comunitarios Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán- Cauca. Años 90`s.....	96

---

Figura 2-21. Certificaciones de eventos del Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's. ....	98
Figura 2-22. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Diálogos de saberes. Popayán-Cauca. Años 90's. ....	100
Figura 2-23. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Medida preventiva de seguridad. Popayán-Cauca. Mayo 2009. ....	117
Figura 3-1. Gestión ambiental en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán. - Cauca. Años 90's. ....	140
Figura 4-1. Entrevistas virtuales. Bogotá DC. Octubre 2023. ....	204
Figura 4-2. Grupo focal. ....	205

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 3-1. Algunos elementos y estrategias para interacción de la MNT con la APS de la salud pública de los territorios, según el análisis del estudio de caso del CSNE. ....	174
Tabla 4-1. Encuestados. ....	198
Tabla 4-2. Grupo Focal. ....	200
Tabla 4-3. Instrumentos de recolección de información. ....	212

## Lista de abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
APS	Atención Primaria en Salud
CSNE	Centro de Salud la Nueva Esperanza
CRIC	Consejo Regional Indígena del Cauca
EPS	Empresas Promotoras de Salud
FUNCOP	Fundación para la Comunicación Popular
IAP	Investigación Acción Participante
MNT	Medicina neuralterapéutica
MTAC	Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias
ONG	Organización No Gubernamental
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud





# Introducción

El presente Estudio de Caso, corresponde a la descripción y análisis de una experiencia de prestación de servicios básicos de atención en salud, que se dio en Colombia en la ciudad de Popayán – departamento del Cauca, del año 1987 al 2009, que se llamó Centro de Salud Nueva Esperanza, convirtiéndose en el primer centro de atención en salud pública en el mundo en el que convergieron la terapia neural y el trabajo comunitario, en un proceso proyectado hacia la gestión de un municipio sano sostenible, desde los ejes de trabajo: Mujer y género, seguridad alimentaria, escuelas de democracia, salud y espacio público. (1).

Dicho centro fue administrado por líderes comunitarios, principalmente mujeres, con enfoque desde lo asistencial en medicina alternativa a través de la Terapia Neural. El proceso fue desarrollado en el ámbito institucional de lo público, desde el nivel de Atención Primaria en Salud de la ciudad, bajo un modelo metodológico de Investigación Acción Participante -IAP, por la organización no gubernamental denominada Fundación para la Comunicación Popular -FUNCOP. Esta ONG emprendió el proceso en el marco de un proyecto comunitario de gestión social, multidisciplinario y de desarrollo sostenible, en la ciudad del pos-terremoto, inicialmente con recursos tanto propios, como de colaboraciones internacionales, y luego dio paso a la autonomía del centro de salud por los líderes comunitarios. (1).

La reciente pandemia de Covid 19, puso en evidencia la importancia de fortalecer los sistemas de salud de los países, no solo en los aspectos asistenciales de alta complejidad, sino además en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mejorando los niveles de cobertura y acceso para toda la población, así como la eficacia y eficiencia en las acciones y programas que contribuyan al bienestar de las comunidades, en especial las más vulnerables (2) (3). Objetivos claramente contenidos en estrategias sanitarias mundiales como la Atención Primaria en Salud -APS-, planteada por la OMS desde el siglo XX en la Declaración de Alma Ata de 1978(4) y la Carta de Ottawa de 1986(5), los cuales

han venido transformándose en el siglo XXI, en la conocida como Atención Primaria en Salud renovada (6), que trasciende el enfoque selectivo que predominó a finales del siglo XX, incorporando modelos integrales que incluyan otros determinantes sociales de la salud, la enfermedad y el bienestar en el marco de la salud pública.

En este mismo panorama de posibilidades de mejoramiento y fortalecimiento de los sistemas de salud de las poblaciones, las medicinas tradicionales podrían contribuir de diversas maneras según los diferentes contextos de los territorios, en la medida que los países han avanzado en mecanismos para incorporarlas a los modelos de salud pública (7). Estrategia que también ha sido impulsada por la OMS para el desarrollo de la medicina tradicional y complementarias -MTC (según denominación de la OMS) (Estrategia 2002-2005 (8) y Estrategia 2014-2023 (9).

En Colombia, se tiene diferenciadas las Medicinas Tradicionales -MT, de las Medicinas y Terapias Alternativas y complementarias- MTAC, y son clasificadas y reguladas de forma diferente. Desde el año 2018 el país cuenta con unos lineamientos técnicos formulados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el desarrollo y la articulación de las MTAC con el sistema de salud, que basados, entre otros, en el principio constitucional de Interculturalidad, facilitarían procesos de integración en los territorios de las diferentes disciplinas de salud alternativas. (10)

Estas MTAC, y en particular la Medicina Neuralterapéutica -MNT, han tenido varias experiencias de funcionamiento en el país con programas primordialmente de carácter asistencial, unos vigentes y otros ya desaparecidos, vinculados al sistema de salud pública, alcanzando diferentes grados de desarrollo y disponibles desde distintos niveles de complejidad en la atención en el sistema de salud. (11) (12) (13) (14).

El objetivo del presente trabajo es caracterizar, a partir del análisis de una experiencia práctica comunitaria, la manera como la Medicina Neural terapéutica -MNT, podría articularse con la Atención Primaria en Salud -APS- en una perspectiva de territorialización de la intervención del sistema de salud en Colombia. Para ello se definieron los siguientes objetivos específicos:

- 
- Describir la experiencia colombiana de intervención comunitaria de la Medicina Neural terapéutica - MNT integrada a la atención primaria en salud en el Puesto de Salud Nueva Esperanza en Popayán – Cauca.
  - Identificar elementos y posibles estrategias de integración de la MNT en la APS del SGSSS en los territorios, a partir de la experiencia documentada y la revisión bibliográfica, desde la visión de sistemas médicos complejos y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

## Planteamiento del problema

En el contexto tanto del desarrollo de MNT, junto con las demás MTAC, en Colombia, como de sus posibilidades de aportes a la Salud Pública, se visualiza una doble problemática: primero, una dificultad en su articulación al sistema de salud siguiendo los planteamientos de la estrategia APS, principalmente en los territorios, y segundo, la posibilidad de que su incorporación se centre en el modelo asistencial alrededor de enfermedad y no de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad desde la perspectiva de los determinantes sociales y la equidad que plantea la OPS/OMS (educación, vivienda, recursos económicos - pobreza, hábitat, calidad del aire y factores biológicos, seguridad, seguridad alimentaria, inequidades de género, raza, etnicidad, cultura, factores conductuales, acueducto, alcantarillado, calidad del agua, seguridad social y cobertura, política y gobernanza, entre otros. (15).

Respecto al primer aspecto asociado a la articulación de las MTAC con el sistema público de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con varios desarrollos normativos: - definió en el 2018 una ruta de gestión a través de los citados Lineamientos Técnicos, con un plan a 5 años, que tiene como base la incorporación a la APS (10), la cual a su vez estaba contemplada como estrategia central para el diseño e implementación de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS( 16), que tiene orientación familiar y comunitaria, e incluye los determinantes de la salud, el cuidado de la salud, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial, a través de su Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS, y el Modelo Atención Integral Territorial - MAITE (17).

A su vez, el país ha avanzado en otras normas para lo establecido en la Constitución Nacional de 1991 de la salud como derecho fundamental, entre los que se destacan: - la Ley 1438 de 2011, que incorpora la interculturalidad en la APS (18) y la Ley Estatutaria de la Salud (19), que también contempla entre otros el principio de Integralidad y de Interculturalidad, y abre los espacios de participación de las MTAC y las Medicinas Tradicionales. - La política de participación social en salud – PPSS, que establece opciones para los territorios (20). - Reglamentación sobre la práctica de las MTAC en materia de desarrollo de talento humano en salud, los procesos de habilitación de profesionales y servicios, y herramientas y mecanismos para el cobro y pago de los servicios desde las

instituciones prestadoras de servicios, así como regulaciones para productos farmacéuticos homeopáticos y fitoterapéuticos (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28).

No obstante estos importantes avances normativos que de alguna manera pudieran ser facilitadores desde el ámbito de la salud pública bajo el modelo de aseguramiento vigente en Colombia, hoy en la práctica solo se cuenta con MNT en servicios privados de la atención, en algunos del sistema de aseguramiento y de las Cajas de Compensación(29)(30)(31), en algunos escenarios de la red pública brindados como atención especializada en capitales grandes (12)(13)(14)(117)(32)(113) y en los modelos de salud de algunas comunidades indígenas del departamento del Cauca organizadas bajo el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI (33) (34).

El segundo aspecto de la problemática que planteamos como relevante en Colombia para la articulación de las MTAC en los modelos de APS de la Salud Pública, se refiere al enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad -PyP, que estas pudieran desarrollar basados en los determinantes sociales de la salud, dado que para las distintas disciplinas de medicina alternativa no parece estar claro cuál es el rol que pueden ejercer en dicho marco, que vaya más allá de la educación en salud y la generación de hábitos de vida saludable. Siendo así, lo más factible es que se limiten a incluir las herramientas técnicas asistenciales que poseen para el tratamiento de la enfermedad, haciendo parte de los programas clásicos que se definieron en el enfoque selectivo de la APS para los países en vía de desarrollo para mejorar la eficiencia (6). En contraste, la MNT asume una mirada política de pensamiento crítico y acción social, que facilita otros tipos de participación y la necesaria formación y entrenamiento de los médicos neural terapeutas en estos procesos de salud colectiva y comunitaria, tal como en su momento ocurrió en el Centro de Salud Nueva Esperanza en Popayán (1) (38) (54) y que buscamos describir a profundidad en este estudio de caso.

En este último aspecto es válido considerar la experiencia del modelo de Atención Primaria Integral en Salud - APIS del distrito capital Bogotá, que se desarrolló durante la administración gubernamental del año 2008 (11), para facilitar el acceso y la cobertura en las comunidades urbanas, llevando equipos interdisciplinarios de salud. En dicha experiencia no participaron las MTAC.

## **Justificación**

El país atraviesa actualmente por coyunturas de desarrollo, en tiempos en que la comunidad de las clases menos favorecidas y las de los territorios, hace una reflexión y exigencias de cambios para el desarrollo equitativo y la garantía de sus derechos, frente a un sistema y modelo de salud que resulta ser insuficiente, ineficiente e ineficaz, particularmente en los territorios. (36)

La crisis mundial en salud, agudizada por pandemia, y la amenaza global ambiental, dan relevancia a la importancia de los aportes de enfoques de salud con otras racionalidades no hegemónicas, que conciben el ser humano de forma integral y en interconexión plena con el entorno social y el medio ambiente, que incidan en el control del círculo consumista de la industrialización. (37)

En este contexto de los desafíos para la salud pública en Colombia, resulta interesante y pertinente conocer experiencias ocurridas en el territorio que puedan aportar elementos para la construcción de propuestas de mejoramiento de la atención en salud, particularmente asociadas a la Atención Primaria. La Terapia Neural, hoy conocida como Medicina Neural Terapéutica, – Salazar (21), que hace parte de las MTAC en Colombia, desarrolló aproximadamente entre 1985 y 2005 un proyecto comunitario de promoción de la salud y prevención de la enfermedad integrando a la Atención Primaria en Salud en Popayán- Cauca, bajo enfoque integral de pensamiento sistémico complejo para el desarrollo de bienestar y defensa de la vida (1). Aunque hay poca documentación escrita específica de esta experiencia, su estudio podría tener mucha utilidad para identificar cómo lograron insertarse y permanecer varios años en la gestión de la salud pública de la época, y qué aportes pueden encontrarse para enriquecer las propuestas actuales de nuevos modelos para los territorios. Así mismo enriquecer los procesos académicos formativos de la misma Terapia Neural.

## Metodología

El presente trabajo es un estudio de caso, el cuál siguió una metodología de investigación cualitativa de tipo descriptivo, denominada “Análisis de la articulación de la medicina neuralterapéutica (MNT) con la atención primaria en salud (APS) en el centro de salud alternativo La Nueva Esperanza en Popayán – Cauca de 1987 a 2005”.

Se partió de una base documental y de relatos experienciales, que tuvo como base la revisión crítica de fuentes primarias y secundarias, consistentes en entrevistas a participantes directos e indirectos de la experiencia en la época, documentos de constitución y funcionamiento del CSNE, fotos, video, un libro e informes y relatorías de los coloquios y de los programas de FUNCOP. Al respecto es importante anotar que gran parte de los archivos documentales se perdieron en el robo y saqueo del que fue objeto FUNCOP en el año 2021, lo cual dificultó la consecución y contrastación documental de las relatorías logradas.

Se enmarcó bajo un diseño o enfoque de tipo fenomenológico, tal como lo afirman Baptista, Merighi y Freitas (2012): la fenomenología es un enfoque para comprender las vivencias del ser humano en el mundo y comprender un fenómeno desde una perspectiva en la cual el investigador no debe ver con conceptos premeditados, sino que requiere de la vivencia del ser humano que la experimenta.

Mediante este enfoque fenomenológico se abordó y analizó el proceso de articulación de la MNT con la APS en el centro de salud nueva esperanza en Popayán, a partir de las descripciones e interpretaciones de las experiencias vividas por los participantes. Desde un ámbito descriptivo se caracterizó de manera naturalista el fenómeno abordado.

El diseño fenomenológico para la presente investigación estuvo enmarcado en aspectos como:

- Flexibilidad: Procesos flexibles, abiertos y cambiantes, que permitan dar valor a la esencia de la subjetividad de la información recolectada.
- Circularidad: Durante el proceso de investigación se evidenciarán procesos de interrelación permanente.

- Reflexividad: En el transcurso de la investigación, se generarán espacios de reflexión acerca de los datos obtenidos.
- Posicionalidad: El investigador durante 6 meses en la década de los 90's, hizo parte de la experiencia de formación asistencial y de trabajo comunitario de la Terapia Neural, asociada al consultorio del doctor Payán e indirectamente al CSNE a través de la extensión de la práctica clínica en un proyecto rural agroecológico de FUNCOP, itinerante en veredas de la bota caucana. Al igual que la práctica clínica asistencial de la Terapia Neural desde entonces en consulta privada y recientemente en el 2023 en la consulta institucional de la Secretaría de Salud de Bogotá. Lo cual facilitó el acercamiento a la comunidad del CSNE para proponer y desarrollar el estudio de caso, así como la comprensión y el análisis general de los postulados sociales de la corriente sistémica compleja de la Terapia Neural propuesta por el doctor Payán. Aunque no se tienen intereses de beneficios particulares ni personales en el estudio, si es importante anotar que este antecedente puede influenciar la posición del autor en el análisis de los resultados.

Para la recolección de información se utilizaron los siguientes métodos:(118) (119)

- Línea de Tiempo: para facilitar la caracterización se reconstruye el histórico de creación y funcionamiento del centro de salud bajo un enfoque estructural, a partir de los comentarios y relatos hechos por los participantes en el grupo focal, las entrevistas semiestructuradas y la revisión documental, siguiendo los parámetros de fecha (año o periodo), hechos o acciones o actividad, descripción breve y fuente.
- Entrevistas Semiestructuradas: se recogieron los datos directamente del entrevistado de manera presencial o virtual, con un guión de entrevista y un guion temático, mediante un cuestionario conformado por preguntas abiertas, previamente estructurado, que orientara el proceso de la entrevista, de manera natural y flexible.
- Grupo Focal: Se desarrolló un espacio de diálogo inicial acerca del evento de interés, vivido y compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos para el diálogo. Los participantes recibieron una guía con preguntas generales para facilitar sus recuerdos y la reconstrucción de la narrativa, acercando a su vez los participantes en un ejercicio de confianza y respeto.

- Investigación Documental: Se realizó una revisión de literatura bibliográfica como artículos, textos y/o informes que abordaban el tema de interés de manera descriptiva, general o específica, empírica, teórica, crítica, analítica y/o metodológica.

Las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal se realizaron bajo bitácoras de los respectivos espacios, con grabación de voz o audiovisual, o registro fotográfico, bajo previo consentimiento de los participantes, teniendo como finalidad la transcripción de las grabaciones y el análisis respectivo, a la luz de la experiencia del proceso de articulación de la MNT con la APS en el centro de salud nueva esperanza en Popayán – Cauca de 1987 a 2005.

## Muestra

La muestra y selección de las unidades de análisis del presente estudio de investigación se desarrolló de manera intencional por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el proceso de articulación de la MNT con la APS en el centro de salud nueva esperanza en Popayán – Cauca de 1987 a 2005.

Mediante los criterios de: contexto, personas, eventos y procesos, se utilizó un muestreo selectivo intencional de las unidades de análisis que mejor puedan responder a las preguntas de la investigación. Para garantizar el rigor de la aproximación al evento de interés de la presente investigación y teniendo como interés la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales de manera integral, se seleccionaron los siguientes grupos de participantes que tendrán 1, o máximo 2, representantes:

- Comunidad usuaria del Centro de Salud.
- Profesionales médicos practicantes de la MNT en el Centro de Salud.
- Otros trabajadores de la salud y personal administrativo del Centro de Salud.
- Profesional de la ONG FUNCOP, partícipe del proceso del Centro de Salud
- Autoridad local de salud de Popayán del periodo de existencia del Centro de Salud.
- Presidentes o miembros de agremiación o asociación de MNT existentes en Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social.

Estas personas, con excepción de los presidentes de asociaciones y del Ministerio de Salud y Protección Social, tuvieron como requisito de inclusión haber formado parte del contexto social, cultural e histórico del proceso de creación, implementación y ejecución de actividades en el centro de salud “Nueva Esperanza” en Popayán en los periodos de su funcionamiento.

Para el desarrollo del estudio del presente estudio de caso se hicieron 19 entrevistas, con sus respectivos consentimientos informados y autorización de participación y uso de datos e identidades, de las cuales 8 fueron presenciales en Popayán y en Bogotá, y 10 virtuales, y 1 grupo focal e en Popayán, en las que se acumularon 21,5 horas de audios y 319 páginas de transcripciones. (Ver Anexo 1: Tabla de entrevistas y tabla de grupo focal, y Anexo 2: Fotos de entrevistas).

## **Análisis**

Posterior a la recolección de datos, se realizó el análisis de la respectiva información de acuerdo con la experiencia del proceso de articulación de la MNT con la APS en el centro de salud nueva esperanza en Popayán – Cauca de 1987 a 2005. Para realizarlo previamente se definieron las siguientes categorías y subcategorías, enlazadas con los objetivos de la investigación, y que orientaron la construcción de las preguntas para las entrevistas semiestructuradas y que encuadran la creación de un sistema de codificación de datos y la estructuración de los textos narrativos en relación con la realidad que viven, vivieron y/o experimentaron los participantes de la investigación en torno a la MNT:

### 1. Medicina Neuralterapéutica:

1.1 Concepción de la salud y la enfermedad de la MNT. 1.2. Visión social de la MNT. 1.3. Estrategias de integración o articulación.

### 2. Atención Primaria en Salud:

2.1. Participación comunitaria. 2.2. Promoción y Prevención. 2.3. Atención asistencial. 2.4. Determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

El anterior proceso, permitió obtener un análisis desde la estructura y funciones de lo narrado por los participantes de la investigación, los marcos de contexto donde sucedieron los hechos y acciones, las preguntas que se hace el participante de los eventos y la construcción del tiempo y espacio; y finalmente, cómo la narrativa evidencia el contexto de la MNT con la APS en el centro de salud nueva esperanza en Popayán – Cauca de 1987 a 2005.



# 1. Marco conceptual

La elaboración de este estudio de caso, que se refiere a una experiencia de organización comunitaria para resolver sus necesidades básicas de salud, se realizó con base en la reconstrucción del histórico del proceso con los relatos experienciales de algunos de los participantes, y una revisión documental y bibliográfica que permitió al final complementar el análisis del CSNE, orientado a entender su relación con la atención primaria de la salud pública de la época. A continuación, veremos los componentes principales del marco conceptual que caracteriza el accionar de Terapia Neural en su escuela colombiana, junto con la concepción que ella tiene de la salud y la enfermedad. Luego veremos el enfoque teórico de salud en el cual se centra el análisis de la revisión. Considerando que este estudio de caso da elementos importantes para la formación académica de profesionales de la Terapia Neural en el marco de Maestría de la Universidad Nacional, en particular sobre las competencias para desarrollar la consciencia sanitaria y habilidades para el ejercicio comunitario de la misma, se incluyen aspectos de la formación médica y del proceso de institucionalización que dieron lugar al paso de la misma a la denominación de Medicina Neuralterapéutica. Posteriormente daremos una visión general de los conceptos de la estrategia de Atención Primaria en Salud, junto con las principales políticas públicas y normatividad que en Colombia facilitaron este ejercicio comunitario en los territorios. Finalmente haremos énfasis en la descripción de la metodología de gestión comunitaria Investigación Acción Participación - IAP, que fue el eje operativo del proceso desarrollado en conjunto entre el CSNE y la ONG FUNCOP.

## 1.1 Medicina neuralterapéutica

Surge como una disciplina denominada Terapia Neural a comienzos del siglo XX, ligada a descubrimiento accidental de otros efectos sistémicos de los anestésicos locales por los Vischñevsky, padre e hijo, en Rusia y los hermanos Huneke en Alemania(39) No obstante, sus fundamentos fisiológicos ya venían siendo desarrollados profundamente en Rusia

desde el siglo XVIII, con el concepto de Nervismo, y reconocidos exponentes como Mujin, Botkin, Pavlov, Ujtomsky, Speransky (40) (41) (42) y complementados por trabajos investigativos en Gran Bretaña, por Henry Head y James Mackenzie (39) (43). Ingresó a Colombia hacia los años 70's con un enfoque muy instrumental de técnica de tratamiento alternativo, por el médico Germán Duque y luego, tras un dedicado y concienzudo trasegar humanístico, su discípulo Julio Cesar Payán de La Roche, en Popayán, desarrolla la que denominó "corriente sistémico-compleja" a finales del siglo XX, con un marcado matiz de enfoque social, de la que se derivaron varios procesos comunitarios interdisciplinarios principalmente en el Cauca. Ya en el siglo XXI, éste icónico médico logra impulsar su ingreso a la academia en la Universidad Nacional de Colombia con la creación de la Maestría en Medicina Alternativa, gracias a la gestión del Dr. Eduardo Beltrán (44).

Con base en los elementos del pensamiento sistémico complejo, impulsado entre otros por Edgar Morín, Maturana y Varela, la escuela colombiana de la terapia neural promovida por el Dr. Payán, cualifica filosóficamente su proceso de generación de conocimiento y sus métodos, individuales y colectivos, incorporando el aprendizaje metacognitivo y el de la globalidad, con procesos de reflexión que contemplan desaprender y reaprender para constituir modos de pensamiento no lineales, multidimensionales, multidireccionales y polifacéticos, evitando ser reduccionistas excluyentes, es decir sin contraposición absoluta a la simplificación, dado que el pensamiento complejo requiere un mínimo de simplicidad, como por ejemplo orden, unidad, claridad conceptual y rigor lógico. Que tenga además sensibilidad frente a los fenómenos del ecosistema, la consciencia planetaria, los de la vida y sus interrelaciones sociales (157).

Según Solana (158), los principales principios del pensamiento complejo moriniano son 3: - Dialógico; - Hologramático; y -Recursividad. Y otros como: - complejidad, organización y emergencia; - relación, multidimensionalidad y transdisciplinariedad; - Auto-eco-explicación (pensamiento ecologizado); - Acontecimentalidad; - Unitas multiplex (unidad humana con sus diversidades); y -Retroacción.

Maturana y Valera aportan componentes de la teoría de sistemas, con la autopoiesis y el sentido del amor y la vida (73). Y otros aportes de manera dinámica han venido

consolidando la epistemología del pensamiento sistémico apoyados en la física cuántica (159), como: Schrodinger, la teoría de la Relatividad de Einstein, el principio de Incertidumbre de Heisenberg, Bertalanffy, con el todo más que la suma de las partes; Lovelock, con la hipótesis de Gaia: la tierra como un superorganismo que tiene a la autorregulación; con Prigogini con las estructuras disipativas; Margulis con la simbiosis vital- simbiogénesis y la transferencia horizontal de genes; Capra, con la matemática no lineal que da lugar a la emergencia (creatividad); Luisi, con la vida como red metabólica interconectada; Mattick, con la red epigenética; entre otros, todos ellos incorporan a la ciencia el modo de cuestionar: episteme.

En el marco de la academia, transforma su denominación a Medicina neural terapéutica en coherencia con la corriente sistémico-compleja, y en dirección a constituirse en un sistema médico complejo. (42)

La Terapia Neural -TN, en Europa se mantiene como una práctica más cercana al enfoque biomédico, de intervención neurofisiológica, mientras que en América es considerada como una disciplina alternativa, por lo que se considera que entraría entre las categorías clasificadas por la OMS como Medicinas Tradicionales y Complementarias -MTC o Medicinas Complementarias y Alternativas -MCA o CAM, por sus siglas en inglés, y estaría bajo los alcances de la que fue la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 y de la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023(8)(9); así mismo en Colombia, está bajo los Lineamientos técnicos para el desarrollo de la Medicina Alternativa del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, como Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC). Los países han adoptado diferentes denominaciones, según sus políticas y características (10) lo cual dificulta los procesos de revisión documental en las investigaciones. No obstante, en Europa en 2014, debido al aumento de uso la CAM, incluyeron una línea de investigación relacionada con la salud pública para incorporarlas a los sistemas de salud vigentes. (6).

La MNT, incorpora varios aspectos de la teorización e investigación biológica que impactan de alguna manera y de forma dinámica, la salud integral física, mental, emocional de los individuos, los comportamientos humanos e influyen social, cultural y ambientalmente: tales como los conceptos de física moderna en la cibernética, la cuántica, en campos morfogenéticos de geometría fractal trabajados por Rupert Sheldrake (45), la matriz

intersticial o tejido medio de Pischinger, las comunicaciones intercelulares y cuánticas, los campos electromagnéticos, la bioquímica alimentaria, entre otros. (42) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52).

Estos componentes de la dinámica vital inciden en la biología molecular, química y estructural del cuerpo humano y en las interrelaciones biológicas con el medio que los rodea, incluso en la configuración de la memoria colectiva de todos los animales, vegetales y los propios cristales del reino mineral que se asocian a ellos y que recobra un significado dentro de la salud social y ambiental (53).

En Colombia, las asociaciones médicas de Medicina Neuralterapéutica, la caracterizan de esta manera:

*“(…) Integra las concepciones de la escuela médica de los Huneke, integra las concepciones fundamentales del Nervismo ruso o fisiología sintética Pavloviana, junto con consideraciones filosóficas y éticas proveniente del pensamiento complejo (corriente sistémica compleja), integra aspectos relevantes de la salud comunitaria y la participación social en sus procesos de salud desde el contexto de cada colectivo”. “Adicionalmente, se caracteriza por tener una dimensión doctrinaria robusta que implica una identidad y cosmovisión propias, con una definición del proceso salud-enfermedad distinta al modelo biomédico. Así mismo, posee una dimensión morfológica, fisiológica, diagnóstica y terapéutica que la diferencian de otros sistemas médicos, incluyendo el establecido desde el paradigma biomédico” (54)*

La MNT se ubica dentro del paradigma Biocéntrico y la SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA NEURAL TERAPÉUTICA, citando a Payán la define como:

*“Un pensamiento y una práctica de tipo médico social sanitario, contestatario y propositivo a la vez, alternativo y holístico en su concepción, no hegemónico, empírico e intuitivo, dialéctico, revolucionario, humanista, singular e irreplicable en su práctica, que devuelve al ser vital sus potencialidades y capacidades de curación y auto-eco-organización, permitiéndole un relacionamiento armónico consigo mismo, con su comunidad social y con el universo. Para lograr esto pone impulsos inespecíficos en lugares específicos del Sistema Nervioso del enfermo, según su particular historia”. (55)(56)*

*.. Y dando continuidad a su pensamiento, en el 2022 lo refiere como: “este sistema médico es una transformación de la racionalidad, que trasciende más allá de solamente la aplicación de procaína. Involucra una cosmovisión biocéntrica y una epistemología propia” (57)*

### **1.1.1 La concepción de la salud y la enfermedad en la MNT**

La MNT, particularmente en América, está en proceso de desarrollarse como un Sistema Médico Complejo (42), que va más allá de la aplicación terapéutica de Procaína. Y en ese sentido, como lo explica Urrego (66), refiriéndose a los desarrollos conceptuales de Madel Luz sobre racionalidades médicas (67), los sistemas médicos complejos son sistemas abiertos, con distintos grados de elaboración teórica de sus dimensiones, que representan una sumatoria de proposiciones hacia una terapéutica definida.

Esta organización de las racionalidades médicas le permiten a la sociedad pensar, evaluar y actuar bajo un marco de optimización y consistencia para atender su salud a través del personal sanitario, y están compuestos por 5 elementos básicos, que para el caso de MNT corresponden así: la morfología (organización corporal) : estructura anatómica de órganos y tejidos con una sustancia básica (52) y neurovegetativo (68)(69) (70); la dinámica vital (equilibrio de la funcionalidad orgánica o fisiología): el sistema nervioso como interfase totalizante de la unidad corporal (Nervismo ruso de Mujin, Botkin, Ujtomsky, Pavlov, los Vichñevsky, Sechenov, Speransky, y otros) (42); la doctrina (el proceso salud-enfermedad, el objeto de curación; y la cosmogonía que es prácticamente un sexto elemento de esta dimensión de la complejidad): la enfermedad como proceso dinámico emergente de la vida con un significado totalizante auto-eco-organizativo para el individuo (Cibernética, estructura cuántica disipativa (71)(72), Autopoiesis (73) y pensamiento Complejo (74)); el sistema diagnóstico (y posibles causas): historia de vida, inter-trans-relaciones con la enfermedad (68) (70) (75) (76); y la terapéutica (intervención en salud): impulsos procaínicos inespecíficos en sitios específicos, mediante infiltraciones locales, segmentales, regionales, a distancia (campos interferentes) o sistémicas, para nuevas emergencias biológicas complejas individuales (39) (55) (77).

En el caso de la MNT, según J.I. Salazar (42), su dinámica doctrinaria explicativa tiene desde su origen implícita “una visión dialéctica, de conjunto, de síntesis y es por definición

algo en permanente construcción, no acabado como la vida misma". Desde el impulso generado por la escuela colombiana se han definido 7 principios doctrinales: Evolución, Dinámica de cambio del organismo como un todo articulado, Nervismo, Flexibilidad no lineal, Individualidad, La irritación y El Monismo (40) (41) (39).

Este último principio del Monismo, contrasta con el modelo biomédico del mundo occidental, en el que los enfermos son vistos como unidades homogéneas inmersos en la dicotomía psique–soma (dualismo) (42), bajo un enfoque positivista, analítico, mecanicista y determinista, que desarrolla progresivamente la aprobación científica dentro del modelo cartesiano (78).

La terapéutica de la MNT pretende ir más allá de la eficacia y eficiencia técnica alrededor de la enfermedad y el síntoma, acercándose a la relación sanadora, en el sentido integral que plantea el concepto de Eficacia Simbólica postulado por Levy Strauss a mediados del siglo XX (79) en el que el acto terapéutico connota un significado sociocultural y de representaciones sociales (80) para el paciente más allá del síntoma o diagnóstico morfológico.

De esta manera la concepción de salud-enfermedad, adquiere para la MNT una visión más amplia e integral, como podemos observar en las definiciones de Beltrán y Urrego (66)(42), referidas a la doctrina de este sistema: "la salud se presenta cuando un individuo se encuentra en un estado de compensación biológica que le permite que todas sus funciones se desarrollen armónicamente, manteniendo unas condiciones óptimas de funcionamiento de todos sus sistemas en forma coordinada". y la enfermedad: "... no es otra cosa que procesos compensatorios para autoorganizarse y auto mantenerse". Como dice Payán en su Desobediencia vital: "la enfermedad como metáfora de un propósito vital" (55), es decir tiene un propósito, una teleología, que más que combatir o eliminar hay que comprender y acompañar solidariamente con el logro buscado por ese ser que lo manifiesta.

Concebida de esta forma la doctrina de la MNT, se da paso a la correlación ineludible con el entorno social y ecológico en el que transcurre la vida y la historia del ser humano. En la descripción hecha en el marco de la pandemia de COVID 19, por el consenso de las

asociaciones de Medicina Neural terapéutica (54), se describe el alcance social que contempla este sistema médico complejo, que “se identifica con una perspectiva paradigmática biocéntrica, en la que se resignifican los modelos antropocéntricos, virando a relaciones de cooperación ecosostenibles” y “... Considera la salud y la enfermedad como procesos dinámicos adaptativos influidos por diversas condiciones “internas y externas” (genéticas, ambientales, nutricionales, sociales, laborales, etc.) y su objetivo no se centra en la enfermedad sino el ser como un todo”. Y se reseña el recorrido en gestión social comunitaria que ha tenido esta disciplina, particularmente en la región del Cauca, ámbito en el que precisamente se desarrolló la gestión del Centro de Salud Nueva Esperanza, sujeto del presente Estudio de Caso.

Desde esta perspectiva, y su conexión con las posibilidades de la gestión social de la MNT, que impacta la PyP, surge el concepto de “terreno”, que parte con los estudios de Speransky en Rusia, recobra importancia en la gestión tanto individual como social, siendo coherente con el concepto de autoecorganización que contemplan también los sistemas complejos, en el que el estado previo del organismo es más determinante para su estado de salud que un microorganismo invasor, en una especie de trofismo y distrofismo dinámicos, o tono base del organismo. (54). Con lo cual se amplía la mirada del significado de la enfermedad y su enfoque terapéutico. Se entiende así la importancia para las acciones de PyP, en la generación de hábitos de vida saludable respecto a la alimentación, la actividad y el ejercicio físico, el agua, el sueño, el hábitat, las emociones, la salud de las relaciones familiares, las relaciones y características económicas y sociopolíticas del tejido social y el medio ambiente, con la seguridad alimentaria y ecológica del territorio en que se habita. Cuando hablamos de territorios saludables se pudiera entonces pensar de manera similar respecto del terreno individual, del terreno colectivo, como del terreno ambiental, todos en estrecha e indisoluble correlación de la vida (53).

Payán (55), plantea para el abordaje neuralterapéutico: “que el asunto no es solo de gérmenes o de bacterias, sino que, en el organismo, por alteraciones en sus mecanismos de memoria, se presentan cambios que alteran el terreno y favorecen la aparición de cualquier tipo de enfermedad o patología, llámese como se llame”. Así mismo que cambios en algún órgano o zona anatómica distante de la infección primaria; por ejemplo, en la acidez de un órgano, alteraciones del metabolismo del agua, cambios en las concentraciones de oxígeno o hidrógeno, cambios en los mecanismos de temperatura, etc,

preparan el terreno para que se presente cualquier enfermedad. El tratamiento, siguiendo estos puntos de vista, se encaminará a quitar la irritación que permanece en la memoria, para que el organismo encuentre su propio orden, en el cual ya no exista el terreno para la enfermedad. “no se tratan enfermedades sino enfermos.” (54)

### **1.1.2 Enfoque de salud**

Bajo una visión más amplia del concepto salud/enfermedad que el que contempla la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(58), se acoge para el análisis de este trabajo de Estudio de Caso, la categoría de “Salud Social” desarrollada con profundidad por Saul Franco(59), en la que nos convoca a asumir con responsabilidad y humanidad la búsqueda del bienestar humano como devenir cotidiano de los seres en relación con su ecosistema social y ambiental, por encima del concepto medicalizado antropocéntrico de la vida como presencia o ausencia de enfermedad. Como lo describe en la reseña que hace Arrivillaga (60), sobre el libro Por la Salud Social, de Saúl Franco: “La salud social como concepto, al mismo tiempo que señala la raíz estructural de los problemas, defiende la vida e insta a todos los actores individuales, colectivos e institucionales a la promoción del buen vivir”. Como el mismo autor lo plantea, esta categoría, la del buen vivir, recogida de nuestras culturas ancestrales de las montañas andinas: “puede aportar luz, esperanza y experiencia para la realización personal como seres humanos y para la construcción de sociedades más armónicas, equitativas y en paz”.

Por su parte, Laurell (61) plantea “el estudio de la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales, y no solo como fenómenos biológicos de los individuos”, dado que el contenido de los procesos sociales también transforma los procesos biológicos, y esto tiene un carácter de clase social, de tal forma que prácticamente se establece una especie de patología de la pobreza y de la riqueza. Siendo así para el estudio de la salud colectiva se necesita una teoría de lo social con categorías básicas para el análisis, como son la clase social y el proceso de trabajo (Materialismo Histórico).

El ejercicio asistencialista de los modelos biomédicos, tanto en farmacopea como en instrumentos tecnológicos de diagnóstico y tratamiento, incluso para las vacunas, tiene limitantes y desafíos importantes para llegar a las poblaciones de países en desarrollo fundamentalmente por su costo (62). En este marco de los aspectos económicos que conlleva el ejercicio de la salud, tanto pública como privada, Waitzkin en 2011 (63) describe ampliamente como la industria de la salud tiene importantes implicaciones macroeconómicas, políticas y de poder en los órdenes mundiales y particularmente en las naciones latinoamericanas, donde incide en la lucha de actores sociales por el derecho a la salud y a la equidad sanitaria de la salud pública.

Entre tanto, como se deduce de la revisión hecha por Snowden en la antesala de la pandemia Covid 2019 (64), resultaría ser más económico y probablemente más eficiente, complementar la orientación asistencial de la salud pública con la perspectiva social y comunitaria de enfoque preventivo de la enfermedad y promocional de la salud -PyP. Conceptos estos de PyP considerados en la fundamentación de la MNT en su corriente sistémico-compleja (54).

La concepción de la corriente sistémico-compleja de la MNT, también tiene como fundamento el enfoque Biocéntrico, que busca ir más allá del paradigma Antropocéntrico en la concepción de la salud, a partir de los fundamentos cuánticos que regulan los sistemas biológicos complejos, dando lugar a la correlación ineludible de lo ambiental, incluso cósmico, en los determinantes de la salud. Tal como lo expresa E. Cerón: “no hay salud humana si no hay salud ambiental” (53). Esta interrelación ambiental cobija tanto el ámbito interpersonal como social, en un contexto que Sandra Payán ha definido como “Intersomos” (65), en la perspectiva de una nueva ética de la vida en las interrelaciones de los seres vivos.

Es importante precisar que el accionar de la Terapia Neural en el territorio caucano, acompañando los procesos de gestión integral desarrollados por FUNCOP y en el alcance en otros proyectos del territorio, adoptó enfoques de Salud Comunitaria y de Salud Comunitaria: “concibe el ser social en su ecosistema territorial, como dimensión constitutiva fundamental del ser humano, y su participación desde ese contexto propio es determinante para la generación e implementación de las políticas de salud pública con enfoque colectivo y comunitario”. (54)

EL enfoque comunitario desde la MNT implica una mirada más allá de lo orgánico y clínico y del contexto más próximo, hacia la valoración de esas dinámicas más complejas, promoviendo en las comunidades un rol activo en la gestión y promoción de su salud, con capacidad de desarrollar e implementar acciones de autocuidado, redes de cuidado mutuo, y de propiciar espacios de diálogos que permitan adecuar las medidas de salud pública a las necesidades de su comunidad y territorio; lo que puede traducirse en fortaleza para mitigar el impacto generado por una crisis como la del terremoto del 83 o la misma pandemia del 2020.

Entre los modelos de salud colectiva y comunitaria, que comparten varios de los conceptos, se acercan a los principios holísticos del pensamiento médico alternativo con mayor posibilidad de desarrollo que el pensamiento biomédico. El modelo de salud pública que hoy es llamado ampliado, en contraste con el llamado clásico (que es prototipo del modelo biomédico, positivista, asistencialista y antropocéntrico,) incorpora elementos de determinantes sociales y algunos de determinantes ambientales de salud, que tienen afinidades con los enfoques de salud colectiva y de salud comunitaria. Con lo cual se pueden configurar posibilidades de encuentros funcionales para la gestión social de la Medicina Alternativa y dar lugar a propuestas emergentes con fundamentos sociopolíticos, económicos, biológicos, ecológicos y cuánticos (54).

En la realidad de la vida comunitaria, tanto en los ámbitos urbanos como los rurales de toda la geografía nacional, para la mayoría de la población en sus sujetos y conjuntos sociales al menos 3 elementos inciden notoriamente en el proceso salud enfermedad y sus formas de atención, y que deberían ser tenidas en cuenta en el sistema de salud para ser considerado realmente incluyente y que sea incorporado por la población: - Primero, el planteado por Quimbayo y colaboradores (130), sobre las formas que la biomedicina a partir de su concepción biologicista califica como “culturales”, y por su condición hegemónica las relega o intenta subyugar o dominar. Dependiendo del enfoque de su escuela, son sujetos de estudio de los salubristas, pero no del resto del personal de la salud, a menos que personalmente se sientan interesados en ellas. El segundo, como lo plantea Menéndez (129), es la “autoatención”, que son las representaciones y prácticas para sus padecimientos, reales o imaginarios, que la población desarrolla sin acudir a

curadores profesionales, aunque se base en lo que conoce de ellos, y que conduce al tercer elemento que es la – “Automedicación”, que ejercen de manera relativamente autónoma.

### **1.1.3 Aspectos de la formación médica**

La gestión de la salud pública se convierte en una fuerza de cambio en la población y la influencia que el personal sanitario ejerce sobre ella depende en gran medida de su "conciencia sanitaria" adquirida desde su formación o desde su experiencia en el ejercicio de la labor. Al respecto Arouca (81), afirmaba: "... que el paciente conozca los riesgos a los que está sometido y como enfrentarlos, y transformar su acción de ciudadanía en acción colectiva de cambio", en la articulación permanente de lo individual con lo colectivo, en lo que llamó "promoción de la salud radical" y bases sociales de la construcción del sistema de salud.

En Colombia, en el marco de su sistema de salud con modelo de aseguramiento, la importancia del rol del personal sanitario en la aplicación de los modelos de salud, se reafirma en el estudio del Servicio Nacional de Aprendizaje de Colombia -SENA, del 2006(82), sobre la caracterización de los trabajadores con oficio en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias (MA y TAC), en el que se hace un reconocimiento a sus posibilidades y pertinencia y se establecieron las bases para lo que luego podrían ser los primeros esbozos para llegar al planteamiento de verdaderas políticas públicas en la materia. Estos conforman un sistema médico y de terapias relacionadas, reconocido en varios países del mundo, no solo por los legisladores y administradores del sector salud, sino por las comunidades, porque se constituyen en una opción para la atención de sus necesidades. La información se presenta en cuatro entornos: organizacional, socioeconómico y tecnológico, educativo y ocupacional. Identifican varios actores importantes: prestadores de servicios de salud, instituciones formadoras de recurso humano, proveedores, investigadores, usuarios. "... Se recomienda incorporarlas al sistema de salud colombiano, definiendo las competencias y los perfiles ocupacionales, debido a que se pueden mejorar indicadores de cobertura, accesibilidad económica, geográfica y cultural, así como continuidad y servicios más costo-efectivos para los colombianos." (82)

Aunque el camino abierto por la Universidad Nacional de Colombia desde 2005 (42), al incorporar estas otras racionalidades médicas distintas a la medicina hegemónica, con el rigor epistemológico y académico requerido, traza una ruta esperanzadora para impactar la salud pública de manera vinculante con la medicina ortodoxa y sus desarrollos técnico-científicos, en la medida que le da al país elementos serios y responsables para la construcción de políticas públicas.

Estos aspectos de la formación médica relacionados con los principios misionales de tipo humanístico son analizados con gran sentido crítico por el Dr. Julio Cesar Payán en los Coloquios que lideró en el Cauca en el 2004(83) (Capítulo de “El Acto Médico ante lo Holístico”, y “El Diagnóstico, Críticas y Posibilidades”. Esta mirada humanística en general es también compartida por algunas otras disciplinas de las MTAC, como la Sintérgica (84).

En el perfil de competencias de las mesas de trabajo del MSPS, se describe: “El profesional de la medicina especialista en Medicina Neural terapéutica, es un especialista que incorpora en su actuar la concepción del sistema nervioso como coordinador de la integridad del individuo desde una perspectiva monista; reconociendo y valorando el contexto cultural y social de la persona en la interpretación de su proceso de enfermar, orientándose hacia una resignificación permanente de su ser, incluyendo sus dimensiones espiritual, física, emocional, (ecológico o ambiental) y mental, lo cual le conferiría competencias adecuadas para el trabajo comunitario en los territorios. (54)

Payán, reflexionando sobre la Salud Pública y la Terapia Neural (85), hace referencia a aspectos de la formación universitaria de profesionales de MNT, como:

*“...- que debe tener un principio de conciencia política cuando pretende que los profesionales egresados se vinculen al trabajo de lo público, donde adquieran sentido crítico y para lanzar propuestas renovadoras y disruptivas de lo ortodoxo que superen el paradigma reduccionista. -Que vinculen lo viviente como una expresión de una red universal. -Que acepten que todo acto médico conlleva una postura política. -Que además de campos de interferencia intervengan campos de indiferencia social, donde al poner una aguja también se siembre un pensamiento de autorreconocimiento y esperanza. -Que vean la relación médico paciente como un*

*diálogo comunitario y participativo en el que acepten que no hay modelos sino acercamientos para dejar fluir. -Que adquieran una ética de responsabilidad y servicio más allá de las barreras del consultorio. -Que hagan una promoción y prevención no impositiva y respetuosa. Que acepten el caos y el desorden como opción de constructos biológicos y sociales. -Que pongan en evidencia las cegueras paradigmáticas del antropocentrismo, el patriarcalismo, el positivismo, el mecanicismo, el análisis y sobre todo el consumismo. -Que confíen en la vida, sus tiempos y sus ritmos. -Que propicien las interacciones y los encuentros...”.*

Al respecto Cerón (53), visibiliza la “sapiencia arrogancia” con la que se ejercen las profesiones afines a la salud, actuando impositivamente como parte de una violencia epistémica.

#### **1.1.4 Institucionalización de la Terapia Neural / Medicina neuralterapéutica en Colombia**

Desde su llegada a Colombia hacia la década a los 70's, el ejercicio de la Terapia Neural, así como su enseñanza, se realizó inicialmente en los consultorios particulares (44). Con la experiencia del terremoto de Popayán en 1983, el ejercicio de la Terapia neural experimenta una transformación:

*“(...) se involucró con las asociaciones políticas y con las asociaciones comunitarias, no a poner agujas sino con una transformación paradigmática y epistemológica, y se empezó a hacer trabajo popular comunitario, y allí es cuando la Terapia Neural crece en Colombia desde el punto de vista social” (44).*

Este cambio, hace que se estimule la creación de propuestas de intervención a nivel comunitario, las cuales han tenido lugar en el Departamento del Cauca principalmente, dentro de las cuales se encuentra la creación del Centro de Salud Nueva Esperanza (44), del que trata el presente estudio de caso.

Después de la expedición de la Ley 100 de 1993, en la ciudad de Bogotá, algunas Entidades Promotoras de Salud -EPS comienzan a ofertar la Terapia Neural y otras MTAC pero en el marco de planes complementarios y EPS. Es hasta el año 2008, que se comenzaron a ofrecer servicios de Terapia Neural y otras MTAC en 6 hospitales del distrito capital, los cuales se denominaron “las áreas demostrativas”, en el contexto de la

“Propuesta de fomento de las Medicinas Alternativas y complementarias en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Bogotá”, que lanzó la Secretaría Distrital de Salud-SDS de la época (10) (116). Esta propuesta fue acogida y financiada en un convenio de desempeño con la SDS, en donde el Hospital de Tunjuelito, como área demostrativa documentó la experiencia por medio de un proyecto de investigación en el que se incluía la Terapia Neural en el abordaje del dolor crónico (117).

Más adelante, en el Hospital Meissen, gracias a la celebración del Convenio interadministrativo 1668 de 2015: “Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el fortalecimiento de unidades para Manejo de Dolor, Medicina Alternativa y Terapias Complementarias, en el contexto de redes de servicios de salud” (127), en diciembre del mismo año, se logró la inclusión de estos servicios en el portafolio de servicios dirigido a las EPS Capital Salud y Unicajas. Desde entonces, la prestación de los servicios de Acupuntura, homeopatía y Terapia Neural se encuentran cubiertas por el régimen subsidiado y aún, posterior a la reorganización de los hospitales bajo el esquema de Subredes Integradas de Salud, la prestación de este servicio prevalece principalmente en la Subred Sur bajo el programa de la Clínica de dolor, siendo el único que hoy también contiene MNT (113).

Como ya se mencionó, en el ámbito rural del distrito capital, la Terapia Neural también se ha integrado dentro de un “Modelo Integral de Atención de la salud para la ruralidad” en donde la atención en salud es de fácil acceso y con calidad. Este modelo incluye varias estrategias que se basan en el diálogo de saberes e involucran procesos de empoderamiento de la comunidad. Esto condujo a crear también la “Escuela Rural de Gestión de Líderes Agricultores en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional de Sumapaz” que tiene el respaldo de la Universidad Nacional de Colombia (113).

## **1.2 Atención primaria en Salud**

La atención primaria en salud - APS, postulada en la declaración de Alma Ata (República Socialista Soviética de Kazajistán) en 1978 por iniciativa de la OMS, surge como parte de la creación colectiva de aportes de 134 países y 67 organismos internacionales, que influyó

en la generación de estrategias y políticas en las siguientes décadas en el mundo, para organizar sistemas de salud públicos y universales sobre la base de ser un derecho para todo ciudadano y una obligación de protección del estado. Fue definida en ese entonces como "la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad" y luego se consolida con diferentes modelos y desarrollos, con énfasis en los determinantes sociales de la salud y sus interrelaciones con el desarrollo económico y social de los países (86).

Desde los primeros años adquirió un carácter biomédico, centrada en el manejo costo eficiente de la enfermedad principalmente en los países pobres, como respuesta auspiciada por agencias financieras multilaterales para hacerle frente a las propuestas revolucionarias de integralidad que propuso la Declaración de Alma Ata con el concepto de APS, convirtiéndose en una herramienta más de carácter selectivo para la eficiencia de gobiernos en los sistemas de salud y comercial para la industria de la salud, que para lo misional (11).

En contraste, en 1986, en la Primera Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, promovida también por la OMS, se reúnen en Canadá 212 delegados de 38 países y generan la Carta de Ottawa (163), orientada hacia el impulso de la promoción de la salud como la posibilidad real de alcanzar los objetivos de "salud para todos año 2000" postulado en Alma Ata, basados en prerrequisitos y recursos integrales fundamentales, cuya responsabilidad es de todos los actores de una sociedad en un territorio: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

En esta naciente nueva mirada de la Salud Pública, la promoción de la salud es concebida como "el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él. La salud se contempla, pues, como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida. La salud es un concepto positivo que enfatiza recursos sociales y personales, junto con

capacidades físicas. Por tanto, la promoción de la salud no es simplemente responsabilidad del sector sanitario, sino que va más allá de los estilos de vida saludables para llegar al bienestar.” (163)

El enfoque biomédico en los modelos de APS, con excepciones como Costa Rica y Cuba (11) que han operado desde la perspectiva comunitaria y del trabajo en equipo multidisciplinarios, en la práctica, en materia de dispensación de programas y servicios específicos, se ha centrado en el componente individual de cuidados personales descrito en la Declaración de Alma Ata: 1. Educación, 2. Alimentos y nutrición, 3. Agua potable y saneamiento básico, 4. Asistencia materno-infantil y planificación familiar, 5. Inmunizaciones, 6. Prevención y control de enfermedades endémicas locales, 7. Tratamiento de enfermedades, accidentes y traumas comunes, 8. Suministro de medicamentos esenciales. A los que se han sumado otros en la medida que se desarrollan normativas, programas de gobierno o políticas en las poblaciones, como - Discapacidad, - Enfermedades crónicas, - Enfermedades transmisibles, - Salud de adultos mayores y los dependientes de cuidados, - Salud Mental, - Cuidados Paliativos y al final de la Vida, - Salud oral, entre otros.

En el 2008 la OPS reenfoca y recomienda modelos más integrales e integrados, con la participación social, que muestren mayor eficacia y eficiencia en el equilibrio entre las necesidades de salud, los servicios y la tecnología, lo que más tarde se conocería como APS Renovada (35)(15), cuya implementación diera lugar a la participación de la comunidad, equipos multidisciplinarios y la acción transectorial (87). Aquí, a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud -CDSS, se definió a los Determinantes Sociales de la Salud como: "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud".

Luego, OPS/OMS establecen el modelo para su abordaje: Determinantes estructurales de las desigualdades de salud (Gobierno, Políticas macroeconómicas, Políticas sociales - mercado de trabajo, vivienda; Políticas públicas de salud, educación, protección social; Cultura y valores sociales), que definen una cohesión social a partir de una posición socioeconómica, según clase social, género y etnia. Los cuales se entrelazan con Factores

Intermedios de la salud que gestiona el Sistema de Salud (circunstancias materiales de condiciones de vida y trabajo, factores conductuales y biológicos, y factores psicosociales), para impactar las desigualdades en salud y bienestar (88).

Adicionalmente OPS/OMS, en 2017, incorporan los determinantes ambientales de la salud (89), estableciendo 5 objetivos 2030: Disponibilidad de agua y su gestión sostenible y saneamiento; - Vida sana y bienestar para todos y todas las edades; -Combatir urgente el cambio climático y sus efectos; - Acceso a energía sostenible; - Ciudades y asentamientos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles; -Modalidades de consumo y producción sostenibles.

En el año 2018, mediante la Declaración de Astana en Kazajistán de la Conferencia Global de Atención Primaria en Salud, la OMS reafirma el concepto de APS hacia la Cobertura Sanitaria Universal -CSU- y los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS- en la Agenda 2030 de “Salud y bienestar para Todos”, desde la perspectiva de salud colectiva, en la que se valoriza la persona, la familia y la comunidad desde diferentes enfoques epistemológicos, políticas, organizacionales, formativas de salud y conocimiento y prácticas de salud , principalmente en promoción y prevención articuladas con la salud pública, con servicios integrados, articulados, continuos y sostenibles, centrados en las personas y considerando aspectos de género. (90)

No obstante, éste en teoría amplio e incluyente contenido de la estrategia de APS enunciado en la declaración de Astana, ha sido cuestionado por sectores de la salubridad pública y de la gestión comunitaria en salud, dado que persiste alejado del propósito postulado en Alma Ata para la construcción de la salud como un derecho de los pueblos para todos los ciudadanos y ciudadanas del mundo, y además no recoge objetivamente la evaluación de los fracasos en el logro de las metas en los 40 años de gestión de la estrategia. Es visto como un alineamiento de la idea de una APS para lograr la Cubertura Universal en Salud -CUS, que es ajustar los servicios de salud a los esquemas de aseguramiento promovidos en los sistemas de salud de muchos países, cuyo enfoque de eficiencia gira más en el marco de generar ganancias económicas de la inversión privada y limita el acceso, como lo declara en el 2028 la Asociación Latinoamericana de Medicina Social – ALAMES (160). El sistema colombiano es un ejemplo de las enormes limitaciones

para colocar en operación la APS en el marco del aseguramiento, por eso desde los sectores críticos de la salud se ubica a los lineamientos de Astana como un retroceso.

En esta perspectiva, en el 2021 OMS propone al menos 3 frentes de gestión interrelacionados y sinérgicos (110): - 1. Servicios de salud (priorizando la APS y bienes y funciones de salud pública. – 2. Acciones y políticas multisectoriales (con determinantes de salud extendidos), y –3. La participación social (empoderamiento para fomentar el autocuidado) en los componentes de servicios específicos para la APS. Y estableció tres estrategias para impulsar la APS en todo el mundo: -1. Servicio de apoyo con ventanilla única a los Estados Miembros. -2. Generar soluciones innovadoras y datos probatorios sobre la APS. Y – 3. Promover la renovación de la APS (incluye: liderazgo en políticas, asociaciones estratégicas con gobiernos, ONGs y demás partes interesadas, Grupo Asesor Estratégico externo sobre la APS, premio APS a la excelencia, promover nuevas asociaciones y redes de líderes de la salud).

Es importante tener presente, en un sentido más amplio de la comprensión del sistema de salud dentro del cual se da la experiencia del caso del CSNE, que la APS es una estrategia que se enmarca dentro los modelos de salud pública. El desarrollo de la salud pública, desde la perspectiva de lineamientos y políticas, ha tenido variedad de enfoques, que pudieran resumirse en tres: desde los sistemas de salud, desde la comunidad y desde el individuo. (169)

A su vez, desde el análisis de las categorías conceptuales de salud y enfermedad y del propio nivel de respuesta que da la sociedad para ocuparse de ella, se identifican 2 perspectivas macro de su desarrollo histórico (168): la Acotada y la Ampliada. En la primera se ubica el modelo biomédico (con concepción individual de la enfermedad restringida a lo biológico, método positivista, noción de riesgo y exposición, generación de biopoder capitalista, control de enfermedades, higiene y sanidad, promoción de la salud selectiva, educación para la salud, ambientes de trabajo y estilos de vida, dinámica de equilibrio, funcionalidad del orden social, estratificación social, sistema social de recompensa, jerarquización de valores y estratos, lo social es externo, determinación probabilística, entre otros). Y en la segunda se ubica la salud social y comunitaria (la enfermedad es un proceso social, historicidad de la biología humana, grupos humanos

como sujeto y objeto complejos, resultados de procesos de determinación social, orientada a intervenciones sociosanitarias y transformaciones estructurales para producir salud, incorpora categorías relacionales como estrategias de vida, espacio sociohistórico, clase social, necesidades humanas, género, generación, economía, política, ideología, en una perspectiva de derechos individuales y colectivos, entre otros).

En la salud pública acotada se ubican varios modelos como: el sanitario higienista (prevención de riesgos por medio de saneamiento del medio), el preventista (previene enfermedades particulares y específicas), el multicausal (ciencias sociales y de conducta basado en el riesgo, estadística, matemática, conlleva modelos gerenciales, intervenciones costo efectivas y paquetes básicos de atención sanitaria), el eco social, y el de epidemiología social anglosajona (estos dos últimos tienden puentes con la salud pública ampliada y aportan a disminuir las desigualdades sociales y sanitarias, y proponen un grado de transformaciones estructurales).

Se presentan entonces, tres modelos de proceso salud-enfermedad, por los cuales Colombia ha trasegado (169): el modelo canadiense que establece cuatro determinantes: estilo de vida, ambiente, factores biológicos y los servicios de salud. El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con tres determinantes, el estructural, el intermedio y el proximal, basados en enfoque de riesgo. Y el modelo histórico-social o de determinación social, que busca las raíces de las desigualdades sociales que inciden en la salud. Colombia formuló su Política de Atención Integral en Salud –PAIS, con el Modelo de Atención Integral de Salud – MIAS, basada en el enfoque de determinantes de los lineamientos de la OPS. (169)

Giovanella et al (91), en un estudio en 2015 sobre el panorama de la APS en los 12 países de Suramérica, citando a Labonté (87) denotan las dificultades para la implementación de las políticas de participación comunitaria con enfoque intersectorial en la APS renovada integral, dado que terminan restringiéndola a conceptos de respeto a la singularidad e integración sociocultural, principalmente hacia los temas indígenas, poco en la toma de decisiones que impacten los determinantes sociales de la salud. Además, con un importante desafío de equilibrar el enfoque de abordaje individual de cuidados personales profundizado en las décadas anteriores, con el de salud colectiva de base territorial, a la

que se suma la contraposición entre la segmentación que conlleva los modelos basados en el aseguramiento, versus los sistemas públicos universales.

En América, al igual que en Europa, recientemente en el marco de la pandemia Covid 19, se evidenció que solo unos pocos países dan cuenta de haber fortificado sus sistemas de atención primaria, como Costa Rica, Cuba y Brasil (92)(93)(94)(95)(96).

Aun dentro de un modelo mixto de aseguramiento, China ha avanzado significativamente en la universalidad con su política de grandes inversiones en servicios básicos en salud, incluyendo la medicina tradicional china y la acupuntura, a través de un seguro médico básico con cobertura rural (cooperativo rural, subsidiado y compartido trabajador/empresa para lo urbano) para reducir los gastos de salud de bolsillo y aumentar la accesibilidad y la equidad de los servicios de salud, con cobertura tanto de atención ambulatoria como de internación, así como asignaciones gubernamentales para obras de salud pública realizadas por hospitales públicos (97)(121).

Precisamente en este contexto de pandemia, aunque conlleva dinámicas muy cambiantes e importantes dificultades en los registros de información, la OMS al hacer un balance de morbimortalidad entre países con objetivos de resiliencia para los sistemas de salud (99)(100), identifica la necesidad fundamental de fortalecer la Atención Primaria en Salud integral, como estrategia clave para mejorar la capacidad de cobertura y acceso en el objetivo de lograr la universalidad y la seguridad sanitaria. Lo cual será adicionalmente más difícil de implementar en zonas rurales de los territorios, entre otros aspectos, por la disponibilidad de talento humano idóneo y dispuesto (98). A tal punto que la OMS se ha ocupado de actualizar las recomendaciones de directrices sobre políticas de retención de talento humano en salud en los territorios rurales. (121).

En Colombia el modelo de salud normado por la Ley 100 de 1993, basado en el aseguramiento, afronta, al igual que muchos otros de los países en vía de desarrollo, realidades de las circunstancias estructurales, sociales y geopolíticas del país, caracterizadas entre otras por mayorías de empleo informal no asegurado, altos índices de desempleo, violencia y corrupción, pobreza y desigualdad, en las que el Estado mediante su sistema de salud pública no alcanza a dar respuesta eficaz y eficiente a

fenómenos colectivos desde el punto de vista de la protección de la salud, ni desde el evitar contribuir al colapso de la economía. (101)

En la evaluación del perfil de signos vitales de APS para Colombia de 2020 (102), patrocinado por el Banco Mundial y la OPS, bajo un enfoque de aseguramiento estudian el comportamiento durante la pandemia, y encuentran un variado conjunto de fortalezas y debilidades, con problemas de gobernanza, en su mayoría relacionadas con las dificultades de acceso, que han mejorado, y la calidad de los servicios en los territorios, que persiste deficiente. Reconoce la importancia de migrar del enfoque asistencial hacia el de bienestar según las necesidades de la población en los territorios. Enfoque de bienestar que fue precisamente el que prevaleció en el proceso del Centro de Salud Nueva Esperanza.

En el mismo contexto actual de resiliencia post pandemia y de coyunturas políticas importantes de cambios que impactan la salud pública, en Colombia surgen desde varios sectores de la sociedad, incluida la academia, propuestas de incorporar modificaciones en el modelo de salud pública con estrategias integrales de territorialización con alcance en la APS, que sea intercultural y altamente resolutive, con enfoque preventivo y de desarrollo de bienestar. Según lo plantea Hernández (103): que avancen en la superación de las brechas e inequidades generadas por la adopción del modelo neoliberal que sustentó la Ley 100 de 1993, y que condujo a la disyuntiva Estado-Mercado, en contraposición a la consolidación del mandato constitucional de la salud como un derecho fundamental.

Estas propuestas recogen entre otros análisis, los ya postulados por Dawson (Inglaterra, 1920) sobre conformación de regiones para la organización sistémica de un conjunto de servicios de salud, es decir base territorial y población objetivo, y la teoría del lugar central y jerarquización de Walter Christaller en la década de los 30's. para coberturas en territorios extensos que demandan desplazamiento de poblaciones en búsqueda de servicios de mayor complejidad.

La propia OMS en 1968 y 1996 presentó formulación de regiones como base para implementar y coordinar acciones y servicios de salud, frente a la dualidad incrementada a partir de la post- segunda guerra mundial, de mayor fragmentación por las especializaciones versus las posibilidades de acceso y coordinación entre centros de

salud, servicios comunitarios, centros especializados y hospitalización, para una atención humanizada, centralizada y continúa (86).

El Decreto 1751 de 2015 en Colombia (19), también denominado Ley Estatutaria en Salud, surgió de la articulación entre pacientes, trabajadores, gremios, organizaciones sociales y académicas sobre la base de desarrollar la salud como un derecho, en cumplimiento de lo definido por la Sentencia T-760 de 2008, que declaró la salud como derecho fundamental autónomo; en contraste, el país propuso otras normas nacionales como el Modelo de Acción Integral Territorial -MAIT (17), la Ley de implementación de APS (24), y la política de Atención Integral en Salud -PAIS (16)(104), que aunque contemplan también un enfoque territorial en la APS, así como principios de interculturalidad, y pudieran verse como posibilidad para que las MATC, incluida la MNT, puedan hacer parte de estos servicios en los territorios, en la práctica no han logrado implementarse, posiblemente porque representan un esfuerzo de colocar en operación la APS en el marco del aseguramiento, que como ya mencionamos en ese aspecto ha tenido muchas restricciones.

La propuesta de APS desarrollada en el CSNE tuvo como fundamento el enfoque en procesos de generación de bienestar integral y no solo en la atención de la enfermedad, y son descritos en los Coloquios de Medicinas Alternativas y Sociedad, promovidos por Payán con FUNCOP en Popayán en 1991 (83) (122) y por Cárdenas en 2004. (123).

### **1.2.1 Acción territorial con perspectiva para MTAC y la MNT**

Ya comentamos como en el marco de la crisis mundial de atención en salud por la reciente pandemia de Covid 19, se evidenciaron las dificultades de los sistemas de salud en los países, especialmente en el contexto de los territorios vulnerables distantes de las grandes urbes y la oportunidad observada en la estrategia de fortificar la APS para avanzar en la disminución de la brecha en salud y bienestar de las poblaciones. (110) (99).

Al respecto, Giovanella et al (91), en el estudio ya mencionado del 2015 nos muestran un panorama del estado disímil y diverso de la APS en los 12 países de Suramérica, en donde

se destacan algunas iniciativas innovadoras de atención primaria integral, particularmente en Brasil, con La Estrategia Salud de la Familia -ESF, que contempla participación social, acción intersectorial e interculturalidad, e integración a la red de servicios, con sus equipos multiprofesionales de base territorial. Filice de Barros et al, en 2021, analizan los aspectos positivos y negativos de estos equipos de trabajo PICS, sus potenciales y desafíos en el territorio al hacer parte de las Unidades Básicas de Salud -UBS. Y en Colombia, aunque la Ley 1438 de 2011 (24) introdujo la APS como estrategia nacional, aún no fue implementada, y no existe un modelo único de APS y las experiencias son de base local.

Precisamente en este contexto de los territorios, a partir de desarrollos diferentes de marcos legales y estrategias de inclusión en sistemas nacionales de salud, como el principio de interculturalidad, las MTAC tienen posibilidades de incluirse en la estrategia de APS integral, bajo su enfoque paradigmático vitalista que ha permanecido por siglos en su autonomía en las poblaciones, conduciendo a lo que se conoce en la práctica como pluralismo terapéutico. Centrado en las personas y no en las enfermedades, en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la concepción integral del ser humano (7).

Pinto y Ruiz (108) revisaron en 2012 los avances en esta articulación de las MTCI en Colombia, Argentina, Brasil y México, encontrando cómo la evidencia de estadísticas de uso en los sistemas de salud reafirman que su uso viene en crecimiento, como lo señala la OMS en todo el mundo (9) En este estudio resaltan cómo los pacientes, médicos y otros profesionales de la salud consideran que es una opción para ser utilizada especialmente por sus ventajas cuando se trata de una atención mucho más humanizada, frente a sistemas criticados por esa falencia.

En Colombia, según el Análisis de Situación de Salud – ASIS- 2021 (111), el comportamiento de indicadores de determinantes sociales de la salud presenta un mosaico de resultados dependientes del territorio al que se aplique, lo que ratifica la necesidad de que el país despliegue modelos de salud con base territorial. Aunque los datos reportados no son claros, allí se registra un uso de medicinas alternativas de alrededor de 11% en comunidades indígenas y de 8% en las que no lo son. Lo que denota que, a pesar de que se desarrollaron aspectos relacionados listados de medicamentos y listados de procedimientos habilitados para el uso institucional (CUPS), generado a partir de los

---

lineamientos de OMS 2003-2005 para las medicinas alternativas, un importante desarrollo normativo de prácticas sanitarias no corresponde a un cuerpo real de políticas públicas sentidas en la tradición del país ni están integradas al sistema sanitario principal. (Urrego (78).

En la actualidad, en la atención pública de salud en Bogotá se cuenta con MTAC en algunos centros de las Subredes Integradas de Servicios de Salud Norte (CAPS Chapinero), Sur (Hospital Tunal: única con MNT), Centro Oriente (Centro de Salud Olaya y Primero de Mayo) y Suroccidente (Hospital Kennedy). En la Subred Sur se realiza una experiencia importante con la comunidad rural de Sumapaz, con medicinas tradicionales de herbolaria y MNT, en el marco de procesos de desarrollo comunitario de bienestar (113).

Y como ya se mencionó, la comunidad indígena del Cauca – Colombia, tiene incluida la APS desde el 2014 en su Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI (162) (33) (34), al que toda la comunidad tiene derecho y acceso, y no se aplica la selectividad en la APS que impone el modelo de aseguramiento. Allí el manejo asistencial de las medicinas tradicionales se complementa con Terapia Neural, y se incorporan conceptos integrales de salud como:

*“Participación y construcción colectiva; la Salud pública en el marco de la atención primaria en salud intercultural (APSI) con enfoque preventivo y del territorio. (Agua potable y saneamiento básico, fortalecimiento de la autonomía y soberanía alimentaria y de los entornos del buen vivir, fomento de la salud y protección de la vida, entre otros) y el Diseño, construcción, implementación, consolidación, seguimiento, evaluación y ajuste del sistema de información propio e intercultural” (161).*

### **1.3 Políticas públicas y normatividad**

En relación a las políticas públicas, considerando los conceptos de André Noel Roth Deubel (105), y la síntesis al respecto que hace Erazo (106), el concepto de políticas públicas ha cambiado hacia un enfoque socio-constructivista tras casi 20 años de estar en nuestra acepción, llegando en el contexto moderno a una mirada dinámica con la participación de la sociedad cuyo enfoque migra del “buen gobierno” al de “gobernanza”;

en el que se redefine una nueva asignación al papel del Estado y a las instituciones, como actor determinante de los comportamientos de los actores.

Según estos autores, la política pública ha transcurrido en su análisis históricamente, según el momento y contextos, entre diversas perspectivas epistemológicas (neopositivista, pospositivista, teoría crítica y constructivista) y teóricas (neo-institucionalistas, cognitivistas e interpretativos) que atraviesan. Configurando una perspectiva neo-institucionalista que supera el ciclo del rol de las ideas (cognitivismo) y pasa a ser más pragmática, coparticipativa e incluyente de la acción pública y resolutive.

En este aspecto, la regulación de la práctica de las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas - MTCI, según la denominación hecha por la OMS, dependerá de la política y programas de gobierno de cada nación, con las consideraciones que hagan en materia de inclusión y respeto de la expresión de su cultura para la atención de la salud. Aunque desde 1978 con la Declaración de Alma Ata, ratificada en 2018 con la Declaración de Astana, ya se había trazado una ruta guía de recuperar la promoción de la salud integral por parte de los gobiernos a través del reconocimiento oficial, el acceso y la seguridad del uso de la medicina tradicional, alternativa o complementaria, realmente la trayectoria en América ha sido más bien, aunque extensa, desordenada, como lo plantea Urrego (78).

En el estudio realizado en Colombia: por Vega en 2010 (124), se revisan en 5 países (México, Brasil, Argentina, Chile, y Colombia) las políticas públicas formuladas en materia de formación y el ejercicio del talento humano, y la prestación de servicios de 1999 a 2009, donde se destaca:

- En México: después de ser catalogada como ilegal, logra abrir un espacio legislativo, principalmente la medicina tradicional indígena, aunque no alcanza conceptos de políticas públicas desde los conceptos contemporáneos. - En Argentina: se centró en normatividad principalmente para Herbolaria, equiparándola con los laboratorios de medicina ortodoxa. - En Chile: crearon la Unidad de Medicinas Alternativas, y definieron estrategias de reconocimiento o divulgación y regulación de prácticas seguras, mediante normatividades que hacen énfasis en herbolaria, medicamentos básicos y alimentación saludable. Esto resulta de interés para los niveles de promoción y prevención que pueden hacer parte de

la APS. - En Colombia, como en Chile: se incluye un proceso de acreditación y habilitación de la práctica profesional, y se ha implementado un conjunto de regulaciones específicas sobre diferentes prácticas sanitarias consideradas como alternativas. - Entre tanto en Brasil: se incorporaron los suministradores de servicios alternativos en el Código Brasileño de Ocupaciones.

Gallego et al en 2021 (7), exponen las principales experiencias en la implementación de las MTCI en las américas, las cuales son muy diversas y tienen una base de pluralismo terapéutico, incluso en las denominaciones en cada país, entre las que se destaca:

- Las Prácticas Alternativas y Complementarias de Salud-PICS en Brasil: en el 2006 desarrollan la Política Nacional de Prácticas Integrales y Complementarias -PNPIC, en diferentes prácticas de APS de su Sistema de Salud SUS, mediante trabajo colectivo participativo desde 1986, gestión de cualificación de equipos de trabajo de integración de obras de Plenitud de Acciones, interprofesional y multidisciplinar con enfoque del cuidado centrado en las personas, la familia y la comunidad, bajo un enfoque Biocéntrico para analizar y atender las necesidades multidimensionales en salud de la población. Aunque afrontan dificultades, especialmente presupuestales y de amenazas al sistema público, logran avanzar en la perspectiva de cambio hacia un nuevo paradigma de la concepción y generación de conocimiento de salud y bienestar integral, como lo analiza Madel Luz en el mismo documento.
- Las Medicinas Alternativas y Complementarias – MAC, del Perú: implementan importantes programas de capacitación del talento humano y las han incorporado en su seguro social en salud -EsSalud.
- La Medicina Natural y Tradicional -MNT, de Cuba: en especial la incorporación transversal que han hecho al sistema para el logro de las metas comunes de salud, superando la restricción de convertirse en instrumentalización de servicios puntuales. Se destaca también, entre otros, los programas de farmacovigilancia para las medicinas naturales.
- La Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias -MTAC, incluida la MNT, Colombia: ha avanzado en la disminución de tensiones y diálogo de saberes, bajo

el principio constitucional de Interculturalidad, entre la biomedicina, las medicinas tradicionales o ancestrales y las medicinas y prácticas alternativas.

Particularmente Colombia, país con una amplia tradición legislativa, organizó su sistema de salud bajo un modelo neoliberal de aseguramiento con la Ley 100 de 1993. En materia de MTCI, inicialmente desarrolló varias normativas, especialmente sobre prestación de los servicios, talento humano en salud, farmacéutica naturista y homeopatía. Con la Resolución 2927 de 1998 (126) reglamentó la práctica la práctica de las terapias alternativas en la prestación de los servicios de salud, al igual que en la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud de 2005 y en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGC, Decreto 1011 de 2006 (125)

Con la Resolución 1893 de 2001 y el Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión Reguladora en Salud - CRES, se incluyen en los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSS, asignándoles también para algunas de las terapéuticas código de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS, con lo cual abrió la puerta para su inclusión en los servicios y programas con posibilidad de facturar, incluida en la consulta de APS, como lo menciona Pinto (108)

La Ley 1164 de 2007(21), de Talento Humano en Salud, establece para la práctica de las MTAC, una diferencia entre las que considera medicinas alternativas (medicina china, homeopatía, ayurveda, medicina naturopática) para ser ejercidas por profesionales médicos con especialización en centros universitarios y que deben habilitar su servicio para poderlo ofertar (El Consejo de Estado, CE SI E 281 de 2022 (156), declaró la Medida Cautelar de suspensión del numeral 1.2 del acápite 11.2.2 del anexo técnico de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de la Resolución 3100/2019 que establecía este requisito)(109), y el grupo de terapias alternativas y complementarias que podrían considerarse energéticas (acupuntura, moxibustión, herbolaria, terapias manuales, entre otras), que pueden ser ejercidas por otros profesionales de la salud no médicos (108). Esta Ley 1164 también creó el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, que incluyó un Comité de Culturas Médicas Tradicionales y un Comité de Medicinas Alternativas y Complementarias, constituyéndose en un órgano importante para el impulso y la articulación de MTAC al SGSSS.

A su vez, como ya se mencionó, en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015(19), que por sus características influye en la definición de políticas en salud en Colombia, el estado reconoce y garantiza el Derecho Fundamental a la Salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, e incluye el elemento o principio constitucional de interculturalidad. Principio sobre el cual se fundamentaron Lineamientos Técnicos para la articulación de las medicinas y terapias alternativas y complementarias, en el marco del SGSSS, del 2018 (10), en los que se plantearon estrategias, acciones y metas para el acceso a la atención y servicios en MTAC a 5 años.

Para el caso de Colombia, es importante revisar estas políticas y normativas para identificar elementos actuales que pudieran posibilitar o frenar, la integración de la MNT en el desarrollo de la APS en los territorios, contrastando con el impacto que las distintas normativas de la época tuvieron en el desarrollo y funcionamiento del Centro de Salud Nueva Esperanza en Popayán.

Lo que se observa es que tanto las Medicinas Alternativas, las complementarias y Tradicionales, junto con otras formas populares de atención, están presentes de forma amplia en la población, aunque el sistema no las contemple. El sistema de salud, tendría que considerar entonces que todos sus profesionales tuvieran formación y herramientas para la gestión comunitaria, y que se estudiara el fenómeno de la autoatención, caracterizándolo y analizándolo, para ser tenidos en cuenta en el desarrollo de las políticas de salud. (129)

## **1.4 Metodología Investigación Acción Participante – IAP**

Tal como lo describen González, Jaramillo, Cerón y Payán (1), en el proceso de creación y funcionamiento del centro de salud La Nueva Esperanza la gestión social con FUNCOP fue el eje de su desarrollo, y se hizo sobre la base metodológica de la Investigación Acción Participación (IAP), que corresponde a un enfoque de investigación social que busca generar conocimientos y transformaciones sociales a través de la participación activa de

los actores sociales involucrados (incluyendo los médicos a quienes el proceso formativo ortodoxo de cierta manera limitaba la posibilidad de la experiencia participativa).

La IAP, surge en la posguerra mundial con los trabajos del Instituto Tavistock en la década del cuarenta y de Kurt Lewin en 1946, para el desarrollo de métodos de investigación comunitaria, que dieron lugar a variados usos en diversos ámbitos, como la psicología organizacional, la psicología comunitaria, la educación, la economía política, la psico-sociología, el desarrollo organizacional, entre otras, todas con base en el concepto de la participación activa de las personas en los procesos investigativos.

La IAP en el campo específico de la investigación comunitaria fue profundizada por el sociólogo colombiano Orlando Fals Borda en la década de 1970, como una alternativa a los enfoques tradicionales de investigación social que en ese entonces eran ajenos a la realidad y necesidades específicas de las comunidades. Se basa en el precepto de que las personas y comunidades tienen el derecho y la capacidad de participar en la construcción de su propio conocimiento y en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Se efectúa a través de acciones prácticas con la colaboración y el diálogo entre investigadores y participantes, para crear un proceso de aprendizaje mutuo y de empoderamiento que permita abordar problemas sociales y construir soluciones colectivas en la perspectiva de un territorio saludable, incorporando inter y multidisciplinariamente a varias ramas del conocimiento, como la sociología, la antropología, la agricultura, la biología, la medicina, entre otras.

Fals Borda con su método logra recuperar “el sentir”, particularmente de las comunidades rurales, y acuña el término “sentir-pensar”, en un proceso de diálogo de saberes e ignorancias que construye paso a paso, de lo micro y cotidiano a lo macro, las realidades emergentes de la comunidad, como una propuesta crítica a la explicación determinista del mundo propia del positivismo de las ciencias (114). Pensamiento que corresponde a una postura ética, prácticamente una filosofía de la vida, con el que participó también en la Constitución Nacional de Colombia de 1991, como un instrumento político y científico, de enfoque biocentrista.

En su descripción del problema de como investigar la realidad para transformarla, Fals Borda (114) explica cómo en el terreno práctico la realidad confronta el concepto teórico

desarrollado científicamente. La realidad se sale de las explicaciones teóricas y es multicausal, es dinámica y con una gran dosis de azar, mas no fortuita dado que tiene sus correlaciones explicables en la dinámica del terreno local donde habita. Son predecibles y modificables los fenómenos de largo plazo, pero no los de corto o inmediatos y recientes, generando una gran “penumbra del conocimiento” que suele aprovecharse por la institucionalidad según la concepción política y los intereses de clase.

Fals Borda en este documento aborda varios problemas ontológicos para el desarrollo de su método para la investigación social, tales como la causalidad (lo social es de determinación múltiple, y la acción concreta está sujeta al marco de la praxis. Los hechos y procesos son de concatenación circular o espiral en sistemas abiertos), la constatación del conocimiento (el observador hace parte de lo observado. No aplican la neutralidad ni la objetividad. 3 tipos de observación: participante, por experimentación, y de inserción), el empirismo (diferencia con el positivismo. Inserción social por ritmos. Métodos e instrumentos con favoritismo clasistas), la realidad objetiva (“las cosas en sí”, “las cosas para nosotros”. Los hechos sociales son dialécticos con significado de entendimiento comunitario y no un retrato estático con cortes mensurables), los conceptos (aplicabilidad de las teorías: la teoría como fetiche. Lo tautológico: interpretar bajo su contexto y entorno. Formas de acercarse al estudio de la realidad. Conceptos Ad Hoc. Revisionismo fatal. Las tendencias), y la ciencia social crítica (En lo social no puede haber realidad sin historia. Un hecho social es un conjunto de procesos. El materialismo histórico como filosofía de la historia), entre otros.

A finales del siglo XX, con un claro sentido político hacia la transformación social en pro de la equidad y la justicia social, en los procesos de gestión comunitaria alternativa influyó el pensamiento de Paulo Freire (1982) con sus elementos de Educación Popular, lo que más tarde, en el 2005, Fals Borda integró con la IAP en la conocida como fórmula EP + IAP (115). Estos, al igual que otras corrientes del pensamiento latinoamericano entre 1960 a 1970, como la Teoría de la Liberación, la Comunicación Alternativa, y la Filosofía de la Liberación, confluyeron en lo que se conoció como Paradigma Emancipatorio, que tenían como finalidad producir conocimientos para la transformación social, con un diálogo entre el saber académico y la sabiduría popular, a través de una línea epistemológica de

---

contenido crítico, y una línea de praxis y acción. De esta forma, según el pensamiento de Fals Borda, se integra el pensamiento científico, el contexto cultural y la estructura de poder.

Bartunek y Schein (2011) describen que la IAP incorpora elementos de herramientas como el Aprendizaje Activo, el Aprendizaje de Acción y Reflexión, el Desarrollo Participativo y el Desarrollo Comunitario. Lo cual la hace altamente aplicable en diversos procesos donde se requieran solucionar problemas de manera participativa, generando conciencia y empoderamiento. En la aplicabilidad comunitaria de territorios, se destaca la Evaluación Rural Participativa -ERP y el Aprendizaje y Acción Participante -AAP. Hoy por hoy existen desafíos importantes en el campo de aplicación con las Tecnologías de la Comunicación -TIC en procesos de Democracia Participativa, y como posibilidad de gestión comunitaria para las universidades, que trasciendan los modelos de extensión (120).

La IAP en el contexto mundial ha tenido contribuciones de diversos ámbitos, procesos y autores, incluyendo iniciativas como la creación de la Red de Investigación Participativa en India en 1978, y la realización de 12 congresos mundiales.



## **2.El Centro de salud la Nueva Esperanza: un análisis histórico**

### **2.1 Introducción**

(Para entender los roles y competencias de los entrevistados y los participantes en el grupo focal, puede consultarse en las tablas 1 y 2 del Anexo A).

El Centro de Salud La Nueva Esperanza (CSNE) en Popayán, en las indagaciones preliminares al estudio de caso era recordado con una vigencia hasta el año 2005, sin embargo, después de recolectar los relatos de las entrevistas y el grupo focal y analizar los registros documentales que se obtuvieron, se logró precisar que se creó y funcionó como tal aproximadamente durante 24 años, entre 1985 y 2009. Posteriormente fue cerrado por 3 años y se reactivó solo como consultorio de medicina alternativa con Terapia Neural del 2012 al 2016 y luego algunos periodos del 2017 al 2018. Estas circunstancias generaron confusión sobre las fechas de funcionamiento como centro de salud. Algunos lo reconocen y recuerdan como Centro de Salud Comunitario La Nueva Esperanza.

El proceso comunitario del CSNE, se dio fundamentalmente en el marco urbano de la ciudad de Popayán del departamento del Cauca en Colombia, vinculado a la gestión de una ONG denominada Fundación la Comunicación Popular -FUNCOP<sup>1</sup>. Cursó por varias etapas del contexto caucano, región de Colombia con muchas particularidades entre otras,

---

<sup>1</sup> ONG Fundación para la Comunicación Popular- FUNCOP: vigente hoy en día, fue creada en Cali, departamento del Valle y trasladada en 1983 al territorio caucano, orientada hacia la gestión del Estado social democrático de derecho. Se ha enfocado en el desarrollo integral individual y colectivo en las regiones, la convivencia pacífica y la sostenibilidad, a partir de la promoción, realización y defensa de los derechos humanos, de la soberanía alimentaria y del territorio (54)

históricas, culturales, etnográficas y sociopolíticas, que afrontaron una crisis humanitaria en su territorio con un terremoto en el año 1983.

El Estado, en la primera etapa pos-terremoto del CSNE, le permitió su funcionamiento y lo dejó fluir sin intervenir en su proceso. Posteriormente la comunidad misma le dio una dinámica propia que aseguró su subsistencia, a pesar de que no llegó a constituirse en parte integrada de los programas de APS contemplados oficialmente por el sistema de salud pública vigente, en un periodo de mucha actividad política y social en el país (1990-2000). Durante la primera década del nuevo milenio hasta el 2009 se da un periodo en el que se pretendió darle un impulso con mayor vinculación con el gobierno y la salud pública del territorio. Y desde finales de esa década entra en un periodo de adaptación intentado subsistir hasta el 2018, pero ya no con el enfoque de gestión comunitaria que traía como centro de salud, sino como un consultorio particular de asistencia sanitaria con Terapia Neural.

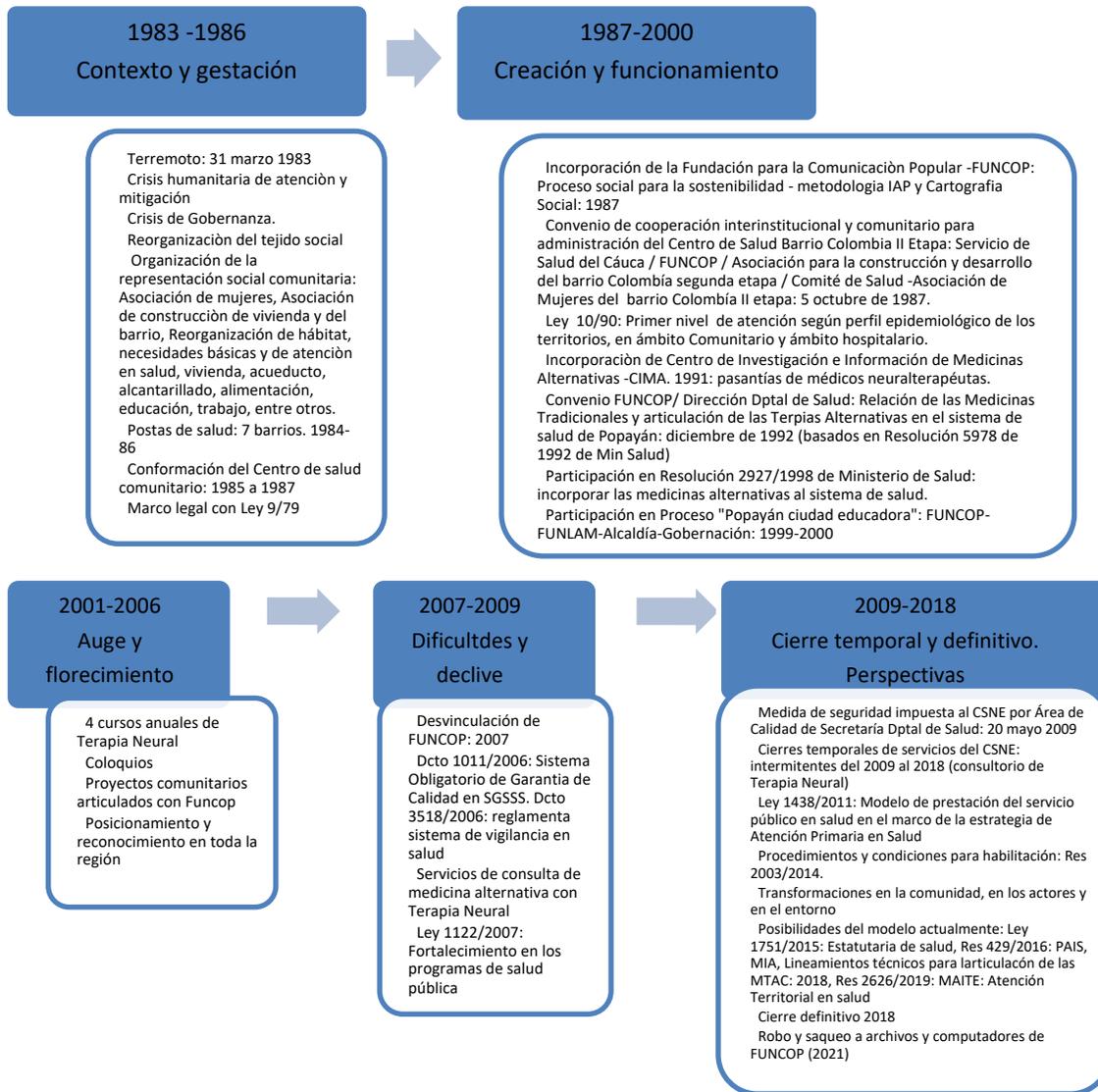
**Figura 2-1. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90`s y 2023.**



*Fuente: FUNCOP y archivo personal de Francisco J Echandía*

Para mayor comprensión de su historia, veamos la siguiente propuesta de línea de tiempo de los principales tópicos que marcaron su curso, desde la mirada del investigador:

**Figura 2-2. línea de tiempo de los principales tópicos.**



Fuente: elaboración propia.

## 2.2 Contexto y gestación

El marco antropológico y sociopolítico en el que se desarrolló el CSNE fue muy importante para que allí hubiera sido posible un proceso comunitario participativo, como lo señala Milton Guzmán en la entrevista realizada para este estudio:

*“... el Cauca es uno de los departamentos del país que tiene más población indígena y afro. Entonces, la medicina tradicional es una medicina donde los médicos*

*tradicionales, las parteras, son de la comunidad, o sea, no es que es una cosa por allá, por fuera, sino que ellos son parte de esto, entonces, eso en el Cauca para la gente es un referente muy fuerte. ...Y, digamos, desde la perspectiva de la salud pública, entonces aparece lo de atención primaria en salud y fue una época también en la que el movimiento social en el Cauca fue muy fuerte, entonces, por eso Payán termina haciendo ese planteamiento, el planteamiento de unas medicinas alternativas como parte de las dinámicas propias de las comunidades y digamos con unos referentes donde las medicinas alternativas no son solamente, o sea, también tiene que ver con la promoción, con la prevención, porque más que poner agujas es un pensamiento..."*

En efecto, el departamento del Cauca, como lo describe el Sistema Nacional de Información Cultural de Colombia -SINIC (164):

*"es uno de los más diversos geográfica, social y culturalmente. Posee varios climas, desde el clima de páramo de Valencia hasta el templado de la costa pacífica o del Valle del Patía. Cuenta con innumerables riquezas naturales y variedad de especies de flora y fauna. Así mismo, cuenta con una importante variedad étnica (más de 8) ya que conviven indígenas, negros y mestizos, que generan gran diversidad de manifestaciones artísticas y culturales".*

En este territorio, históricamente la comunidad indígena ha librado luchas populares por la tenencia y protección de la madre tierra y la preservación de su identidad cultural, con su cosmovisión, su sistema de saberes y modo de producción, la medicina ancestral, la diversidad y la diferencia intercultural. En la zona igualmente han confluído significativamente los conflictos armados y las implicaciones del narcotráfico, elementos que inciden en la determinación social de la salud y representan un reto para la salud pública, y para los procesos de paz y reconciliación. (167)

La comunidad indígena, con sus formas organizativas, como el Consejo Regional Indígena del Cauca - CRIC, al igual que colectivos campesinos y afros del territorio gestionan la soberanía alimentaria con una visión agroecológica contraria a las lógicas de la economía neoliberal implementada en los últimos años en Colombia. (166)

Se reconoce en la población de la región un importante nivel de consciencia política de tipo participativo, para desarrollar los asuntos públicos y gestionar el bien común, como lo clasificaría Cruz en su análisis sobre cultura política y participación en Colombia (165)

Los acontecimientos iniciales que conllevan más tarde a la creación del CSNE, se da en medio de una crisis social y de gobernanza en el territorio: "... cuando el puesto de salud nace nosotros estamos desde, como desde el tercer día del terremoto haciendo trabajo en salud, o sea el trabajo en salud no nace con el puesto, al tercer día del terremoto, que se ha ido el gobernador y la alcaldesa se fueron de Popayán. (...) Popayán se quedó sin gobierno, ni municipal ni departamental, el departamento quedo sin gobierno como tres meses no hubo gobierno, yo aquí saqué cadáveres" (Esperanza Cerón en grupo focal).

En el contexto del post terremoto de 1983, en el Cauca se da una condición particularmente extrema de salud pública, como puede reconocerse en el relato de la médica Esperanza Cerón en el grupo focal, quien para entonces hacía su internado y estaba embarazada, se aprecia la intensidad del drama de la época para la atención en salud de la comunidad afectada:

*"... Eso fue horrible, bueno, pero es otra historia, mire al tercer día del terremoto que seguía temblando el pueblo de Popayán se auto organizó y se formó el comité de solidaridad en la carpa del parque Benito Juárez, dijimos que dónde no se nos podía caer, y empezó a llegar gente y, gente espontáneamente y ese comité ejerció de gobierno municipal como seis meses para los nuevos barrios. Se empezaban a llegar gente, llegaban narcotraficantes, llegaba toda la gente solidaría y no señor nadie tirando por ahí todo para la carpa y desde ahí se empezó a distribuir para que le llegara a todos y no se quedaran, entonces ahí se conformaron comités de salud, comités de vigilancia, porque empezó el ejército a perseguir la gente, en todos los nuevos barrios estas mujeres echaban al piso, llegaba con caballería el ejército y se echaban las mujeres y los niños para no dejar entrar, la gente se había tomado el terreno porque la verdad es que la gente se tomó terrenos que estaban baldíos, unos baldíos pero otros eran terrenos ejidales o sea que eran del municipio", y otros eran privados, relata Bella María Calucé en el grupo focal.*

**Figura 2-3. Centro de Popayán -Cauca tras el terremoto 1983.**



Fuente: FUNCOP.

Continua Esperanza:

*” ...entonces, al tercer día se armaron comités de salud, en los que nosotros habíamos participado en comité de salud con el Dr. Payán, con el Dr. Rodrigo Solarte con bueno, Cecilia López, que estaba en departamental, María Cecilia estaba en la Secretaría Departamental de Salud y entonces ella nos colaboró con varias cosas que ella trabajaba con Unicef, entonces se organizaban los comités de salud y los estudiantes de medicina que habíamos trabajado siempre en estos comités que eran por fuera de lo académico era gente que hacíamos trabajo social, pero por fuera de lo académico, entonces con ellos se organizaban los primeros comités y nos empezamos a repartir pero como seguía temblando y la gente todavía no se había organizado bien, entonces en la carpa del Benito Juárez atendíamos de seis de la mañana hasta veces 11 o 12 de la noche porque eso era sí, gente enferma, niños, de todo entonces después ya se empiezan a armar los asentamientos y empezamos a hacer comités de salud en los barrios”.*

“En los barrios lo que empezaron a organizarse fueron las mujeres porque nos tocaba, había que dar la alimentación a los niños” (Bella María Calucé en el grupo focal).

**Figura 2-4. Barrios de Popayán - Cauca tras el terremoto. 1983.**



Fuente: FUNCOP.

3 o 4 años antes del terremoto, Esperanza y John Jairo Cárdenas, habían trabajado una investigación social con Orlando Fals Borda en un proceso comunitario de ocupación de tierras por cultivadores de caña, en el norte del Cauca en Puerto Tejada. Y cuando ocurrió la catástrofe:

*“...FUNCOP nace en el mismo 83 John Jairo Cárdenas que era antes mi pareja”, y “...Orlando Fals Borda que estaba preocupado porque no sabía si vivíamos o moríamos entonces vino acá, con un cooperante de una organización holandesa, él se trajo a ese cooperante y a quien le había tocado la segunda guerra mundial, o sea era gente muy comprometida con la gente en esa época de cooperación internacional, se lo trajo y nosotros lo paseamos por lo que estábamos haciendo por la carpa, por la carpa de salud, por los comités del agua, las carpas que ya se habían armado. Sí, sí, eso fue marzo, abril, mayo, junio en junio teníamos puestos de salud en varios de los nuevos asentamientos, es que, espontáneamente la gente se organizó de manera lindísima” ... “Todas las crisis despiertan mejor solidaridad, pero la gente sacó lo mejor, lo mejor en Popayán que eso fue muy lindo, sí vino gente como en todas partes”.*

Al menos 23 de los 68 proyectos reportados por FUNCOP en el libro “Popayán un proceso social para la sostenibilidad” del 2005 (1), están relacionados con la gestión del desarrollo social sostenible en las comunas 7,8 y 9 de Popayán, con los que se correlaciona directa e indirectamente el proceso de salud del CSNE, a través del liderazgo de sus mujeres y el trabajo transdisciplinario de los equipos de gestión de FUNCOP. Estos proyectos de salud, medio ambiente y desarrollo local se realizaron con financiación extranjera y nacional, incluidos Novib, Misereor, Broederlijk Denle, Interanerucab Fundación, Instituto Luis Carlos Galán, PNUD, PNR, Dirección Nacional de Equidad para la Mujer, Ecofondo urbano y rural, M.S.D. Colombia, Management Sciences for Development Colombia Ltda, Plan de Atención Básica -PAB Dirección Departamental de Salud del Cauca, Solidaridad Socialista de Bélgica, Corporación Regional del Cauca -CRC, Plan de Atención Básica -PAB Municipio de Popayán y Solidaridad Socialista, Fundación Universitaria Luis Amigó - FUNLAM, entre otros.

Esta gestión se desarrolló en el marco del pensamiento alternativo y sistémico complejo, orientando un trabajo político organizativo de acompañamiento a las organizaciones populares. Bajo la visión de auto-eco-organización con la participación activa comunitaria, teniendo presente la concepción de género, principalmente a nivel urbano. En salud a través de actividades de prevención, promoción y atención integral para que la población construya una cultura ciudadana del bienestar y la vida a través de un dialogo permanente de saberes y el desarrollo de pensamiento crítico (1).

En dicho contexto de pos-terremoto, uno de los principales problemas iniciales, que hace parte de los determinantes sociales de la salud, fue la vivienda y el hacinamiento, como lo relata Bella Calucé en el grupo focal: “...empezamos a ver que el problema de Popayán de la vivienda había sido grandísimo, en una casa podía haber 15 familias” ...” Entonces las mujeres dijeron es la oportunidad de largarnos a tomar un pedacito de tierra, entonces en un ranchito se armaba la familia y otras dijeron es la oportunidad de dejar el cafre me voy y lo voto y dejaban el marido también”. En un principio se recibieron muchas carpas. Algunas muy grandes y bien dotadas. Al respecto y el papel impulsado por las mujeres en

situaciones de crisis, Esperanza Cerón publicó una investigación de la época sobre las nuevas protagonistas de una ciudad en crisis: las mujeres (141).

**Figura 2-5. Asentamientos en carpas pos-terremoto. Popayán -Cauca.: Aproximadamente 1983-84.**



*Fuente: FUNCOP.*

Después del terremoto la población de los asentamientos comenzó a organizarse para la organización de los barrios que luego constituyeron lo que hoy se denominan comunas 7, 8 y 9, sobre terrenos que en su mayoría eran de personas pudientes de Popayán:

**Figura 2-6. Mapa de las Comunas y Comuna 7 de Popayán. Aproximadamente 1990-2011.**



Fuente: FUNCOP.

**Figura 2-7. Comunas 8-9 y barrios de Popayán-Cauca. Aproximadamente 1990-2011.**



Fuente: FUNCOP.

*“...en la comuna siete, prácticamente eran como tres o cuatro barrios constituidos legalmente de años: que estaba Tomás Cipriano, Retiro, Chapinero, La Isabela, ... pero el resto, todos estos eran terrenos baldíos, sí, porque tenía sus dueños, pero eran de los ricos de Popayán”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

El proceso de la construcción de viviendas se hizo a través de la compra de predios por el Banco Central Hipotecario -BCH, y por autoconstrucción de las familias:

*“...el banco hipotecario ... ellos fueron los que compraron todos estos terrenos para poder construir estas viviendas..... este barrio lo construimos nosotros ....aquí eran como tres turnos que había en el día. Se terminaba a las 10 de la noche, era el último turno.... el 20 julio de 1986 se entregaron estas viviendas. ..por un sistema de balotas en el SENA. ..todas se construyeron y sin saber cuál iba ser la de cada cual... mujeres y hombres, señoras que les tocaba dejar sus hijos al cuidado en guardería, de otras personas, de familiares ... ese era el requisito, tener que trabajar aquí, para poder acceder a las casas. ... paulatinamente nos vinimos a vivir en obra negra, ya poco a poco fue que ya se fueron arreglando”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Desde el punto de vista del proceso comunitario, esta metodología comentada por Gustavo Wilches, que en la época fungía como director del SENA en el Cauca, para manejar la crisis de vivienda es clave en la gestión con el sujeto social, porque es vital dar el impulso participativo para que la comunidad con su propia fuerza encuentre la solución y salga aún más fortalecida. Hace su propia autoorganización y se empodera:

*“...esa casa reconstruida se convertía exclusivamente en un subproducto útil del proceso, pero el resultado principal era la transformación humana, individual y colectiva, de quienes estábamos formando parte del mismo: la madre cabeza de familia que nunca antes había pegado un ladrillo y que se daba cuenta de que era capaz de construir su propia casa y ayudar a construir la de sus vecinos; la comunidad que descubría, en sí misma, un potencial que a lo mejor ni siquiera había sospechado; la entidad del gobierno y sus funcionarios, que comenzábamos a entender qué significaba realmente aquello de la “participación comunitaria” (155)*

La comunidad comenzó a organizarse y se fueron gestando las organizaciones de los barrios, incluyendo las de mujeres, y recibieron la orientación de la ONG FUNCOP, que a partir del terremoto trasladó su sede principal de Cali a Popayán, con lo cual se da el primer germen del CSNE:

*“...todo el proceso de organización, de reuniones; porque nos reuníamos muchísimo. Las personas que no iban, con muchas faltas ya las iban sacando, porque esto fue*

*toda una lucha ... llegamos hasta más o menos como unas 15 o 20” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...el contacto que se hizo con FUNCOP fue porque Jon Jairo Cárdenas, sociólogo, que trascendió en términos políticos, representante a la cámara, ya iba para el Senado ... el primer esposo de la Dra. Esperanza. pues a hacer reuniones con nosotros, con otro abogado que le decimos "Tololo", de la defensoría del pueblo... para ellos hacernos un acompañamiento para darnos unas asesorías frente a lo que quería hacer el banco central hipotecario con nosotros, porque eran unas arbitrariedades...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“... yo iba a FUNCOP a capacitaciones ... a unos comedores comunitarios, ... podían ir a comer los niños y las personas de la tercera edad y las embarazadas. Pero era comida de calidad, sinceramente, cantidad y calidad, frutas, verduras, pescado, todo un poco de cosa muy buena para la alimentación, de muchas señoras de diferentes barrios porque eso fue paulatino. Eso fue en diferentes barrios que se hizo ... la asociación, un grupo de mujeres que se organizaron en ese entonces que está Cecilia (Chantré) (de 14 años), la mamá, Graciela, está Bárbara, Deleida, hay unas que ya murieron éramos cantidad, éramos cantidad...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Se estaban organizando y recibieron el impulso de la cooperación internacional. “El programa de salud, cuando viene Orlando Fals Borda tres meses después del terremoto, se viene con la una ONG internacional que se llama “Nobid” de Holanda, y nos regaló dos mil dólares o como mil quinientos dólares, ya ni me acuerdo, lo que tenía en el bolsillo, eran como cuatrocientos mil pesos, con cuatrocientos mil pesos equipamos y trabajamos dos años!!!” (Esperanza Cerón en el grupo focal), ...”con eso habilitamos las postas, la carpa del Benito Juárez, se empezó el ejercicio de planeación urbana participativa ...nos dijo Orlando Fals Borda ustedes son una organización no gubernamental -ONG y están haciendo Investigación Acción Participante, ... y después nos mandó a María Cristina Salazar, su esposa, cuando montamos los jardines infantiles ...”. Lo cual significó la incorporación de otro aspecto de los determinantes sociales de la salud.

*“... nos dice Orlando que nos organicemos y que le pongamos un nombre y lo que nosotros si habíamos hecho con Orlando Fals era educación popular entonces y*

*¿qué nombre nos ponemos?, pónganse Fundación para la Educación Popular y así se quedó, él nos bautizó”. (Esperanza Cerón en el grupo focal)*

Esperanza relata en el grupo focal cómo se dio en un inicio un verdadero trabajo colaborativo, participativo y multidisciplinario de la comunidad, en medio de unas condiciones de seguridad y políticas muy adversas: “... estaba empezando el internado, sí, éramos puros estudiantes porque los profesores desaparecieron y ellos (los profesores) me apoyaron al comienzo pero como a los 15 días todos desaparecieron, nos dijeron inventen y nosotros pues a inventar, Había estudiantes de electrónica, de ingeniería, estaba Milton de ingeniería pero no ustedes no lo conocieron, bueno entonces en tres meses mire lo que teníamos, puesto de salud en la carpa del Benito Juárez donde estaba el gobierno de la ciudad, postas de salud teníamos en el Retiro, en el 31 y en el Cinco de Abril y en el Lago que ahí es donde se vinculaba el negro Castrillón, entonces éramos, bueno estaban los Luchos los dos que asesinaron, Lucho Calderón y Lucho Solarte, eso fue una revolución social, Lucho Calderón y Lucho Solarte eran dos de los líderes que coordinaban con nosotros la carpa al Benito Juárez, eran unos generales de cinco soles porque vea eso era así, la gente de todos los asesinatos. Popayán era de este tamaño y la gente que vuelve es, es más de la mitad de lo que era Popayán o sea imagínese gobernar eso y eso era, funcionaba como un relojito o sea las ayudas por eso la gente se calma y por eso los asesinan, a ellos dos los asesinan en la época, en el 84, un año después ...”. (Esperanza Cerón en el grupo focal). “Éramos como 300 familias” (Bella María Calucé en el grupo focal)

*“...luego por falta de espacio, porque como era un terreno que había que rellenarlo, había que acondicionarlo técnicamente entonces Esperanza dijo no pues llevémonos la posta pa Colombia (Barrio), por eso sí así es que la trasladamos porque seguía haciendo consulta los días sábado acá”. (Bella María Calucé)*

Esperanza ya venía con experiencia en el trabajo comunitario desde sus inicios de la carrera de medicina, incluso desde el colegio. Y cuando estaba en primer semestre conoce a Payán: “...cuando yo empecé el primer semestre de medicina, Vallejo cerró la facultad de medicina, echo a Payán, echo a mi hermana que estaba estudiando medicina interna, yo que estaba empezando medicina, echó un montón, la sacó de la especialización. Vallejo echó a payán, echó a varios médicos...” Payán “ Era profesor, era el decano, era el jefe

de ginecología y obstetricia, o sea acababa de ganar como tres premios nacionales de medicina y echó a todos los premios nacionales de medicina los echó Vallejo y nos cerró la universidad, o sea yo no hice primer semestre porque nos cerró casi un año la universidad nos puso a todos matrícula condicional...” (Esperanza Cerón en el grupo focal)

Las mujeres tras el terremoto toman un papel fundamental en la gestión de los procesos comunitarios. Bella María en el grupo focal relata cómo conoció a la Dra. Cerón en el contexto del que luego sería el proceso del barrio Colombia: “...En el 83 ¿Por qué nos conocimos? Porque yo vivía en el centro, el centro se cayó entonces como se cayó la cúpula de la iglesia a mi niño que tenía añito y medio, le dio un herpes en los genitales y no había medicamento no había nada, yo no sé Esperanza dónde mandó a conseguir por allá en México mandaron el medicamento y lo trataron, a los días Esperanza ya no me vio porque yo dormí tres noches ahí debajo de un árbol con la niña”.

*“Qué hicimos, echamos fue para allá para la carpa para donde estaban los médicos y allá mejor que me atendieron, entonces dormimos como tres noches allí y a la tercera noche, a la cuarta noche mucho frío y no tenemos que buscar para donde irnos y entonces se organizaron los hombres jóvenes y pues vamos que disque allá abajo hay un terreno vacío que la gente está organizando allá vamos a ver si nos deja pues imagínate todos estábamos entre los 20 – 23 años, éramos jóvenes y bellos y con dos hijos imagínate irresponsable uno y entonces ya llegamos allá y eso allá a llorar yo llegué a llorar, era una crisis, duro, no había agua no había luz”. (Bella María Calucé en el grupo focal).*

Las mujeres fueron presionadas, maltratadas y acusadas de guerrilleras del M-19, que para entonces ni existía en la ciudad, cuando quisieron organizarse y oponerse a los abusos de oportunistas que surgían en los asentamientos, o la persecución de los terratenientes dueños de los predios. “... una señora era viejita doña Anunciación Puella, yo no sé si se acuerdan de ella, ella me dijo niña venga usted parece más leidita, me dijo así a mí me decía usted parece más leidita venga para acá, usted puede hablar, ¿cierto?... cuando por la noche: tenga!, media noche llega el ejército y nos sacaron, nos metieron el ejército por la noche y entonces buscando y buscando a la gente y claro a mí fue la primera

que me subieron a una camioneta y me llevaron ese capitán más y ese señor me decía esta es la guerrillera” (Bella María Calucé en el grupo focal).

Mataron a muchos líderes en los asentamientos de invasiones. “...había de todo, había sociólogos, abogados, médicos y entonces pues lástima ahí mataron a Lucho, mataron a Córdoba. Sí, varios, varios líderes Vicente se salvó, mataron a más personas, pero digamos, fue efectivo, John Jairo Cárdenas se salvó” (Nancy Gonzáles en el grupo focal) Las mujeres desarrollaron estrategias para defender estos sitios, incluyendo barreras humanas junto con los niños, cacerolas y pitos (idea de Esperanza). Se creó la Coordinadora General de Asentamientos Urbanos, que funcionaba como una especie de gobierno y para solución de conflictos, que eran muy frecuentes asociados también al machismo y la violencia intrafamiliar de una fuerte cultura colonialista y patriarcal. Eran más o menos 30 personas súper organizadas, con participación de múltiples profesiones. “...Vea en 15 días (después del terremoto) había un nivel de organización impresionante”. (Esperanza Cerón en el grupo focal).

Las mujeres dieron una lucha estratégica e inteligente para convencer a los hombres de la importancia de tener pileta de agua más que cancha de fútbol. Lo hicieron a través de la propuesta de sociodramas donde les mostraban lúdicamente su importancia para la salud y el bienestar de todos.

Luego, en 1984, vino la lucha por las condiciones de vivienda, el alcantarillado, y otros determinantes primarios de salud. Esos terrenos hubo que rellenarlos, algunos hasta por 7 años, otros como el de orillas del río Ejido, con la sabiduría popular producto del diálogo de saberes, se drenaron con métodos tradicionales de “espina de pescado”, que luego fueron objeto de tesis de grado de estudiantes de la Universidad del Cauca. Ahí empezó la experiencia de planeación urbana participante, que luego tuvo el acompañamiento de la Universidad de Antioquia, con Fernando Viviezcas, que también fue objeto de estudio de posgrado. Se destaca allí, por ejemplo, la lucha de las mujeres por lograr que en el centro del barrio se priorizara la guardería escolar y la Casa Comunal, en vez de la cancha de fútbol. Y las estrategias a las que recurrieron para lograr, después de una lucha de varios años, las aprobaciones de los planos por el municipio, que hizo permanente resistencia al modelo de planeación urbana participante, por considerarlo de poco rigor técnico.

Esperanza al respecto comenta en el grupo focal: "...Y cuando pasa eso empieza a decir con las mujeres oiga mire como somos distintas las mujeres de los de los hombres entonces vimos no es que, mire, hay una planeación de género, con enfoque de género porque las mujeres querían proteger los niños en el centro y los hombres querían era a poner la cancha fútbol, cuando recogimos una vez recursos para que compraran mangueras, se le da los constructores más mangueras mientras se repartían para que hubiera más agua. Los "tipos" compraban una sola manguera y un balón de futbol, los queríamos matar y entonces dijimos allí empieza el programa de mujer y género"

A la par, surge en el proceso otro de los determinantes sociales de la salud, la educación:

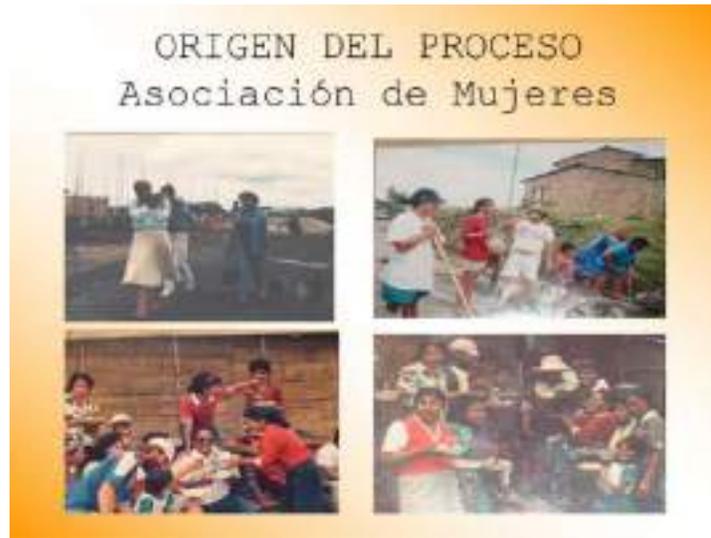
*"...y claro, para tener a los niños durante el día ahí nace la primera escuela popular, con el impulso de las mujeres..." (Nancy Gonzáles en el grupo focal)*

Al principio también se hicieron las ollas comunitarias y la educación popular para los niños en las carpas. "...Y la que nos hizo la primera formación a las propias mujeres como jardineras fue María Cristina Salazar, la esposa de Orlando Fals Borda". (Esperanza Cerón en el grupo focal)

También se hicieron los programas de educación de la posta de salud para aprender a inyectar, primeros auxilios, control de peso y talla.

Los líderes se capacitaron en gestión y liderazgo. Inicialmente por parte de Esperanza Cerón y John Jairo Cárdenas. Luego se fueron incorporando otros líderes de FUNCOP y los de los distintos programas y proyectos allí gestionados. En general fue un proceso de mucha persistencia y activismo por parte de las mujeres, en el que inicialmente no creían mucho los hombres. Proceso que impactó la vida personal y familiar de todos, en varios de cuyos hijos hoy se refleja el influjo del liderazgo y el trabajo comunitario de sus padres.

**Figura 2-8. Liderazgo y organización de mujeres. Popayán-Cauca. Años 80's.**



*Fuente: Archivo personal de Nancy González B.*

En términos de participación en salud pública, Esperanza comenta en el grupo focal: "...lo que nosotros teníamos claro desde el comienzo con en el puro comienzo del terremoto, es que íbamos a trabajar Atención Primaria en la Salud y eso fue lo que hicimos, porque para nosotros la atención primaria de la salud eran todos los determinantes de la salud y lo trabajamos, decíamos es que no puede haber salud si no hay agua, no hay cama, si no hay comida"

Antes de la creación del CSNE, el proceso de salud con enfoque comunitario, junto con Terapia Neural y un importante contenido de acompañamiento en violencia de género e infantil (Esperanza documentó y presentó un estudio de cientos de niños y niñas abusados en la época de los asentamientos, lamentablemente estos archivos se perdieron en el robo de computadores del que fue objeto FUNCOP), contempló 7 Postas de Salud en barrios: 31 de marzo, Nuevo Popayán, Los campos, Retiro bajo, Colombia Segunda Etapa, El Lago y Las Brisas. "...las postas de salud eran un montón de cajitas, de mesitas, de guadua y con una esterilla y le ponían colchonética, empezamos fue con estera" (Esperanza Cerón en el grupo focal). Las comunidades afrontaron las necesidades cotidianas de salud y teniendo presente el acompañamiento de Esperanza desde las postas de salud, se fue gestando el proyecto del CSNE, que cuando se empoderó y tomó la decisión, logró ubicarse en un espacio al parecer pensado primero para una sede del Banco Central

Hipotecario, luego para el SENA y finalmente cedido a la comunidad pensando en una guardería:

*“... Empezaron a surgir problemas, ... Entonces dónde el enfermo, que la señora que dio a luz y no tenía quién la acompañara o que eso sucedió de inmediato, entonces, de las mismas señoras del barrio, ... Llegó al cuento del puesto de salud...”*  
(entrevista Luz Ceneida Zapata)

*“... se le entregó a la comunidad como La Casa del Niño. Ahí lo que pensó la comunidad era que podía hacerse una guardería ... pero la junta no tomaba la decisión de empezar a darle funcionalidad a ese espacio.... En eso ya la asociación, las mujeres ya se estaban organizando, entonces, John Jairo desde FUNCOP pensó que ... elaborar un centro de salud donde se empezara a implementar todo esto de las medicinas alternativas, entre eso, pues la Terapia Neural, porque ya el Dr. Payan venía como el profesor de la Terapia Neural aquí ...FUNCOP les dio una capacitación a ellas, no propiamente como decir de primeros auxilios, más o menos la conversación era enfocada en primeros auxilios”.* (entrevista Luz Ceneida Zapata)

*“...entonces ya en miras que teníamos ese bien inmueble y acá, ... como esto no es ladrillo, sino que eso es esterilla repellada y con columnas de madera, pero de madera bien inmunizada... esa construcción se hizo muy bien, porque todos los años han transcurrido y todavía está allí, imagínese y eso estaba para una duración de 10 años y eso traspasó 10 años y todavía está allí.”* (entrevista Luz Ceneida Zapata)

Se logra tener el Puesto de Salud solo hasta cuando se construye el primer barrio denominado Barrio Colombia II etapa, en la Comuna 7, porque ese tuvo ayuda del SENA en la parte de asistencia técnica, y del banco central hipotecario donde llegaron los recursos. Para ese entonces director del SENA era Gustavo Wilches.

*“...vi muchas familias en una sola casa, entonces se fueron, ocuparon terrenos y comenzaron, y entonces con el SENA hicimos un programa de autoconstrucción ...y comenzamos a trabajar y allí me encontré con FUNCOP. Entonces, básicamente alrededor de esos programas de autoconstrucción, que nosotros no sabíamos nada de lo que hoy se llama construcción sismo resistente, aprendimos y las primeras cartillas sobre construcción vivienda popular sismo resistente salieron precisamente de esa experiencia en el Sena, pero sí teníamos mucha experiencia en trabajo*

*comunitario. ... acompañamos más o menos 3.000 familias a que construyeran su vivienda con las características sismorresistentes...” (entrevista a Gustavo Wilches Cháux)*

*“...la primera dama de ese momento, esposa de Belisario Betancur, doña Rosalena Álvarez de Betancur... consiguió recursos de Ecopetrol y de otras instituciones y se hizo el Barrio Colombia 2, una de las lideresas de ese barrio fue Barbara Elena López, y ahí se instaló entonces el centro de salud Nueva Esperanza...” (Entrevista a Gustavo Wilches Cháux)*

Cecilia Chantré, lideresa comunitaria del barrio Colombia, nos relata en la entrevista “...cuando nosotros empezamos todo el proceso con el puesto de salud, eso fue en el 86, venía una dinámica a raíz de, digamos, de la construcción del barrio que fue proceso de autoconstrucción donde la mayoría fueron las mujeres las que se incorporaron en el proceso de la construcción de las viviendas, entonces desde allí viene como esa dinámica y que las mujeres sigan unidas que sigan en procesos. Fue cuando nos organizamos a través de una asociación de mujeres”.

Bella María Calucé en el grupo focal recuerda cómo “...por ese entonces empezamos a mezclar todo eso de la planeación, del trabajo social con la elección popular de alcaldes porque aparece ese modelo por primera vez”, ...”se hicieron las escuelas de liderazgo, donde se formó Julie que está ahora en lo de tierras, todo un montón de gente, ahí salieron siete alcaldes, participación en Viva la Ciudadanía, en los Comités de Participación Colectiva en salud -COPACO y en el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC. Sí salieron un poco de escuelas, incluidos los encuentros departamentales”. La participación en el Consejo Territorial de Planeación”.

Esperanza y Bella María relatan en el grupo focal el arduo trabajo que tuvieron en esos años antes de la Constitución del 91, el trabajo de las mujeres para organizar el primer encuentro nacional de más de mil ochocientas mujeres, incluyendo indígenas, con todas las senadoras, del cual se derivaron la Ley 294 de protección a la mujer (145) y la Ley 311 de protección al menor. Más de 1.000 reuniones en todos los municipios del Cauca para aportes a la nueva Constitución de 1991, y de preparación para la conmemoración de los 500 años de resistencia al colonialismo.

Y como reconocimiento de múltiples acciones y desarrollo de procesos sociales y de salud comunitarios ... “Es como en el 97 que me dieron el premio mujer CAFAM por eso” (Esperanza Cerón en el grupo focal), que la describe como: “MUJER CAFAM CAUCA 1997, UNA DE LAS 22 MUJERES DE ORO A NIVEL NACIONAL, Registrado en el libro de Oro de la Mujer en Colombia, publicación CAFAM, Diciembre de 1997, Registro ISBN 958-9246-15-X. Premio otorgado por el impulso a la creación del Centro de Salud “La Nueva Esperanza”, promovido por la Asociación de Mujeres del Barrio Colombia y primero en ofrecer atención en Medicinas Alternativas. Hoy presta atención a población de 5 municipios del Cauca” (143).

Respecto a la incorporación de la Terapia Neural en la atención comunitaria, hacia el 85, cuando Esperanza Cerón terminaba el rural, Payán la visita y le regala su libro “La Medicina Biológica, una medicina no comprometida”, y la invita a continuar su formación en Terapia Neural en el consultorio donde venía recibiendo médicos de todo el mundo para pasantías de alrededor de 6 meses. Ella ya desde su asistencia a los Robles venía practicando asiduamente Terapia Neural en su trabajo comunitario. Además, se conocían desde cuando en la Universidad había sido expulsada, al igual que Payán siendo jefe de Ginecología y ganador de varios reconocimientos nacionales. Él ya tenía un reconocimiento entre los universitarios por su accionar crítico y beligerante:

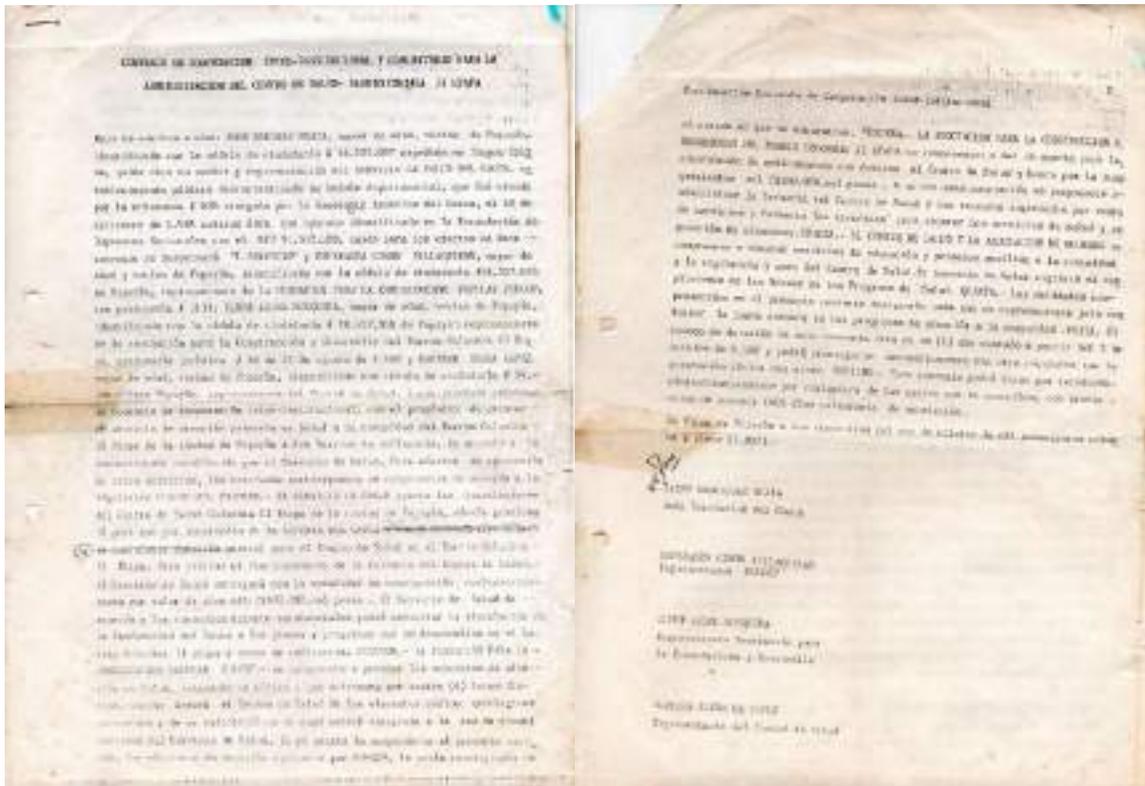
*“...Yo, pues yo estoy desde los años 80 contactado con estos procesos porque cuando yo llegué y crecí en la Universidad del Cauca en el año 80, estaba empezando en Popayán un movimiento de medicinas alternativas, sobre todo de acupuntura y Terapia Neural liderada por el Dr. Duque como maestro y cuyo alumno aventajado fue Julio Cesar Payán de la Roché...” (entrevista a Oscar Ospina)*

## **2.3 Creación y funcionamiento del CSNE**

De esta manera y en este contexto, teniendo en cuenta la expansión de los proyectos comunitarios y la dinámica misma de sus líderes y lideresas, en 1987 después de casi 4 años de trabajo resiliente de una comunidad afectada por un dramático terremoto, las propias organizaciones del barrio y con el liderazgo importante de las mujeres, gestionan la creación de un centro de salud y logran establecer un Convenio (128) con la

administración departamental de salud del Cauca y FUNCOP, bajo un concepto de salud participativo distinto al que regularmente se desarrolla en salud pública en el sistema biomédico:

**Figura 2-9. Borrador del convenio con el Servicio de Salud del Cauca. Popayán – Cauca 1987.**



Fuente: archivo personal de Barbara Elena López (lideresa cofundadora del CSNE).

*“...fui presidenta del Barrio Colombia segunda etapa por terremoto y ayudé al proceso de autoconstrucción del barrio como presidenta, desde ahí se generó la opción que tuvimos de un espacio que nos regalaron la construcción por ser un barrio muy organizado, una comunidad muy organizada...”*

*Entonces es desde allí que, con Esperanza Cerón, empezamos a pensar en el proceso de la medicina y empezamos escribir unas opciones de tener algo, FUNCOP nos apoyó y así fue como empezó el proyecto del Centro de Salud La Nueva Esperanza, donde los miembros del predio nos capacitamos, aprendimos primeros auxilios y empezamos a ayudar a las personas que llegaban a solicitar el servicio de salud, sin tener una hora determinada para estas pacientes o estos pacientes...”*  
(entrevista a Barbara Elena López)

*“...en esas familias la mayoría eran mujeres, digamos madres cabeza de familia, ... que fueron a participar dentro del proceso de autoconstrucción, ...entonces ahí se hizo un lazo como muy estrecho entre ellas y surgió la idea de seguir organizadas. ...Entonces se conformó la Asociación de Mujeres...Colocaron una infraestructura ahí, pero pues como ya veníamos organizadas pensamos en un centro médico, porque en ese tiempo la cuestión de salud era muy compleja ...estaba el centro de salud 31 de marzo, pero no daba cobertura amplia, estaba el puesto de salud de La María, tampoco, ...necesitábamos un espacio entonces empezamos a tocar puertas”. (entrevista Cecilia Chantré)*

*“... hubo digamos unas ofertas por parte de una compañía española que nos dota ese espacio como consultorio médico, muy amplio o sea con ambulancia y todo eso. Pero tuvimos inconvenientes con el presidente de junta de acción comunal que era un hombre que pues se la da como de machista ... entonces nos cerró las puertas... hasta que a los 6 meses vino la propuesta por parte de FUNCOP, estaba de directora la Dra. Esperanza Cerón, de empezar a hacer un proceso social comunitario enfocado a las medicinas alternativas.”. (entrevista Cecilia Chantré)*

El proceso con las mujeres fue cualificándose y consolidando diversos programas, entre otros:

*“...las mujeres ya se habían capacitado más que en primeros auxilios, en “gestoras comunitarias”, con la salud no vista como medicalizada, sino una más integral, alternativa, ...donde empezamos a mirar que habían otras posibilidades, que la salud no era solamente ausencia de enfermedad, sino que tenía que ver con el bienestar de cada uno de nosotros, desde la familia, desde el barrio, de fortalecer todo lo que estaba alrededor de nosotros y si todo lo que estaba alrededor de cada uno de nosotros funcionaba bien, pues eso era tener salud... que habían otros problemas y casi todas atravesábamos por diferentes problemas en el hogar, que los hijos... todo eso nos sirvió para fortalecernos”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...en mi tiempo yo era una niña, a mí me gustaba participar en eso ...habían muchas compañeras que las maltrataban los esposos porque salían... yo pienso que eso es como un ejercicio para romper con esas cadenas de opresión... Inicialmente todas éramos voluntarias, a nosotras se nos presentaban, por ejemplo, el caso de que, era la 1 de la mañana y nos golpeaban la puerta para que fuéramos a hacer suturas,*

*fuéramos a hacer curaciones. Yo me acuerdo de que a veces uno con los ojos pegados abriendo el portoncito para ir a atender a las personas y ya la gente lo identificaba a uno, entonces ya lo buscaban.” (entrevista Cecilia Chantré)*

*“...comedores infantiles, donde se le da alimentos a muchos niños, de escasos recursos... también programas de recreación, en vacaciones, vacaciones recreativas. Organizábamos a los niños y los llevábamos a salidas pedagógicas, de motivación, para evitar que los niños no estuvieran en otras cosas...programas de salud, de alimentación sana. El programa de salud mental. Nosotros como organización teníamos capacitación de diversos temas, derechos humanos, derechos de la mujer. ..nos comentaban muchos casos de violaciones, de abusos, de violencia intrafamiliar ... charlas de salud, por ejemplo de planificación familiar, control de embarazos, capacitaciones en primeros auxilios a las diferentes comunidades...” (entrevista Cecilia Chantré)*

*“...empezamos a manejar mucho lo de las plantas medicinales porque nosotros sabemos que las plantas tienen un poder curativo muy grande...” (entrevista a Barbara Elena López)*

Con relación a la sede del CSNE, el proceso comunitario de conformación y gestión de barrios en estas comunas, a partir de los asentamientos, en lo relacionado con compras y administración de predios, estuvo a cargo del Banco Central Hipotecario, y este asignó a la comunidad los predios y la construcción de la casa y el inmueble que luego se convertiría en el CSNE:

*“... el Banco Central Hipotecario se la entregó a la comunidad como tal de aquí del barrio, en la junta de aquí del barrio...se hizo de una manera verbal porque no hay nada escrito, ..., y eso está entre esos remanentes que dejó el banco central hipotecario y que hoy tiene que ver La Previsora, tiene que ver con estos bienes inmuebles que dejó el banco central hipotecario, porque en eso es que estamos para poder legalizar estos terrenos...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

En un principio el CSNE intentó ser mixto, es decir, con posibilidades terapéuticas tanto medicamentosas alopáticas, como alternativas, pero más adelante la misma comunidad y usuarios prefirió que fuera solo alternativo, y el Departamento nunca aportó recursos, solo puso a disposición la sede:

*“...la junta, ellos dijeron que ellos querían que se manejara las dos medicinas ... la junta aportó \$500.000 en medicamentos para empezar, el paciente que llegaba aquí ¿quiere medicina ortodoxa, la tradicional o quiere la medicina alternativa, quiere las agujas?... la gente que llegaba al puesto salud ... estaban cansadas de tomar medicamentos, ... ya no querían más pastillas, ... venían en la búsqueda de otro tratamiento. Entonces, por eso fue que el puesto de salud fue excluyendo la otra medicina... ellos querían eran estas agujas...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...todos los medicamentos se perdieron, se vencieron, ...los mismos usuarios, los mismos pacientes fueron dándole ese reconocimiento al centro de salud...” Salud Pública se dedicó un tiempo, no muy largo, a solamente reflexionar en la cantidad de pacientes que llegaban acá, las patologías y todas esas cosas, ... ellos venían, recogían cada fin de semana toda esa información y se la llevaban y nada más, porque ellos nunca tuvieron plata para decir "vamos a ayudar a fortalecer económicamente el puesto de salud", no, eso no se hizo, entonces eso quedó así”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Hacia el año 87 o 88 se da el vínculo directo del Dr. Julio Cesar Payán al proceso del Centro de Salud, cuando es invitado a una capacitación en FUNCOP y, además, de conocer todo el trabajo comunitario y de género que allí se hacía, conoce el barrio y la labor de sus mujeres, ante lo cual quedó maravillado e inicia un largo trasegar de acompañamiento integral con la comunidad a través de FUNCOP.

Allí, en FUNCOP se creó el programa de salud, que primero se llamó “Salud Mujeres”, con un programa de radio que luego se llamó “Mujeres”. Esa gestión comunitaria de salud y de género se había extendido hasta otros 15 municipios con los distintos programas, incluyendo el primer programa que hubo en el país de comedores infantiles comunitarios, vinculado además con el primer programa de agricultura orgánica, lo cual amplió el contacto de las comunidades campesinas del Cauca con el CSNE. El programa inicial de “Salud mujeres”, se dividió con la llegada de Payán, quien quedó al frente del de salud y Esperanza del de género, mientras permanecía al frente de la dirección de la fundación. Ambos con espacios radiales de mucho reconocimiento en la región.

Hasta antes del 86, Payán en un comienzo pensaba que la Terapia Neural no podía sacarse del consultorio, pero luego al llegar al trabajo de FUNCOP y con lo que se había hecho desde las postas de salud y los demás programas comunitarios después del terremoto, cambia por completo y despliega su creatividad para darle constructo al componente social y comunitario de neural terapia:

*“...había allí, en ese entonces una médica Esperanza Cerón, que también fue a trabajar con nosotros en el oriente del Cauca en un gran proyecto de investigación médico antropológico ... se trató sobre la aplicación de la atención primaria en comunidades indígenas del nororiente del departamento del Cauca y que cubría una gran zona de Jambaló, de Toribío, de Inzá, de Paéz y en donde tuve la oportunidad de trabajar en campo con Esperanza y con otras personas que hacían parte también de los colectivos que residenciaban en el proceso de recuperación de la medicina NASA, de la medicina de los paeces o de los NASA ...viene pues todo una gran cantidad de documentos que tiene la Universidad de Cauca, dirigía el profesor y Dr. Hugo Portela y el Erinaldi Gómez, antropólogos. Y en esa dirección pues pudimos también avanzar en la relación entre las medicinas, sobre todo la medicina NASA y la Terapia Neural y la medicina occidental o medicina ortodoxa...” (entrevista a Oscar Ospina)*

La junta de FUNCOP de ese entonces hizo una verdadera escuela de pensamiento:

*“...cuando Payán entra está Gustavo Wilches que fue el primer abogado ecologista del país aquí, .... ya fue después del terremoto que va a hacer desastrología como dice él (a Inglaterra); entonces en la junta directiva está John Jairo Cárdenas, Gustavo Wilches, Esperanza, llega Payán y está el paisa, Miguel Ángel Fernández, él era un líder que venía del movimiento campesino de Antioquia”... “... Laura (Simons) llega después llega en el 90 y se junta el ecologismo, se junta la física cuántica que la trae Gustavo Wilches (con los libros de Inglaterra, se junta el feminismo, la investigación acción participante y el socialismo, todo eso al mismo tiempo, las reuniones de FUNCOP, lo que alimenta, lo que hace Julio extraordinariamente para para esto es coger todo eso, porque ahí primero él ya empieza a ver que la Terapia Neural puede salir del consultorio, sí, entonces él dice esto: sí puede salir y se puede hacer y él se pega una emocionada y se dispara con toda su creatividad entonces empieza a hacer todas esas cosas maravillosas...”(Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...en FUNCOP había clarísimo desde el nacimiento una posición política democrática con la Investigación Acción Participante como acción política, de la*

*salud como derecho humano fundamental.... había muchos médicos en esa época que era gente muy comprometida políticamente también .... nosotros nos formamos en una época en la facultad de medicina, muy politizada, o sea por lo menos yo recuerdo muchos profesores para los cuales la salud es un derecho humano fundamental...” ... “la salud tenía que basarse en la atención primaria con construcción participativa con la gente, Orlando Fals Borda nos alimentó a todos nosotros...” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

El siguiente relato, Esperanza señala cómo, desde lo clínico, la Terapia Neural también realiza un acercamiento que pudiera considerarse como participativo y democrático al paciente, durante la consulta que acompaña el proceso de atención comunitaria:

*“...la Investigación Acción Participante tiene un cuerpo teórico y ese cuerpo teórico lo construyó Orlando Fals Borda y está basado en la participación, pero la participación tiene que arrancar por la recuperación crítica de la historia como le llamaba Orlando Fals, entonces nosotros empezábamos siempre, y todavía lo hacemos así, como lo hacemos en el consultorio, ¿Cuál es la historia de la gente, cuál es la historia de la comunidad, de dónde viene? entonces cuando nosotros empezamos con Julio a hablar de Historia de Vida para nosotros, llevábamos años haciendo Historias de Vida con la gente, con la comunidad y cuando atendíamos pacientes, entonces cuando Julio llega, que está con toda la formación de los robles, yo no soy la persona más indicada porque yo iba era los fines de semana, pero uno alcanzaba a untarse de eso, en los robles hubo chamanismo, hubo ocultismo, todo lo que ustedes se quieran imaginar de lo que se llama nueva era, todos los médicos que pasaron por ahí y los que nos pegoteábamos pasamos por todo, o sea, había de pronto unas tendencias, claro estaba la neural terapia de base pero todo eso pasó porque el propio Germán Duque pasó también por todas esas búsquedas como le llamaba Julio...”.*

El contexto político y normativo de dicho periodo, da posibilidades de participación comunitaria en el territorio, incluida la Ley 9 de 1979 (131), y la Resolución 5978 de 1992 (149), sobre normas para las Medicinas Tradicionales y Terapias Alternativas, facilitó el acuerdo entre las asociaciones del Barrio Colombia II etapa (Asociación de Mujeres, y Asociación para la Construcción y Desarrollo del Barrio Colombia II etapa) y FUNCOP, con el Servicio de Salud del Cauca (128), para el funcionamiento del CSNE para la prestación de servicios de salud de Atención Primaria con alcance a los barrios de influencia de ese

sector. El Servicio de Salud del Cauca dispone las instalaciones en el barrio y medicamentos en consignación, junto con posibilidad del apoyo que se requiera de la Universidad del Cauca mediante los Convenios Docente Asistenciales, y apoyo de dotación a través de la Lotería del Cauca; FUNCOP con el personal médico y de enfermería por 4 horas diarias con dotaciones médico quirúrgicas requeridas y un radioteléfono integrado con la red del Servicio de Salud. La Asociación para la Construcción y Desarrollo del Barrio Colombia II etapa pone una base económica para compra de medicamentos; y el Comité de Salud y la Asociación de Mujeres se encargan de servicios de educación y primeros auxilios a la comunidad, y del aseo y vigilancia del Centro de Salud.

El Servicio de Salud se encargaba de vigilar el cumplimiento de las normas de los programas de salud. Y se conforma una Junta Asesora de los programas de atención a la comunidad, compuesta por representantes de cada una de las partes. La duración inicial fue de 1 año, prorrogable automáticamente por decisión de las partes.

*“...el tratamiento que recibían los centros de salud antes de la ley 100, antes del 93 era uno, y el que se recibía después del 93 fue otro, porque eran normas diferentes, digamos que antes de la ley 100 no había tanta rigurosidad en términos de si usted aperturaba un centro de salud, después de la ley 100 ya hay mayor rigurosidad porque hay que habilitar, hay que hacer una serie de procedimientos que ya implicaban y en parte hacia el final por eso hubo dificultades con el centro de salud porque había que habilitar unos requisitos para poder autorizar aquel funcionamiento...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...FUNCOP si fue el mayor aportante, porque aportaba los médicos, todo el material, todo el material médico quirúrgico, él les pagaba a todos los médicos que asistían allí, al director como tal porque era un médico y una enfermera, después posteriormente pues una promotora y él enviaba una bonificación a la asociación por prestar sus servicios allí en el aseo y en primeros auxilios, porque igualmente la asociación se capacitó en primeros auxilios, ayudándole al médico de atención a los pacientes que llegaban allí, pero igualmente con el trabajo social comunitario cuando se ameritaba salir a campo a hacer trabajos con las comunidades ...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Este proceso continuó su desarrollo en el marco de un ambiente político y de gestión territorial de cambios en el país, que confluyeron en la Constitución de Colombia de 1991. Parte de la normatividad que se relaciona con el soporte legal del proceso en el ámbito

comunitario en salud, estuvo en el Decreto 1762 de 1990 – Organización de los servicios sociales en los municipios del país (132), el Decreto 1811 de 1990 -Servicios de salud para comunidades indígenas (133), La Ley 10 de 1990 -reorganización del Sistema Nacional de Salud (134), el Decreto 2240/96 – Condiciones sanitarias de los servicios de salud (135), y las Resoluciones 4445/96- Condiciones sanitarias y estructurales de los servicios de salud (136), 5052/96 – Complementa la Res 4445/96 (137).

*“...antes de la ley 100, se llamaba Sistema Nacional de Salud, que tenía unos niveles de regionalización en el sector público que eran hospitales regionales, hospitales locales, centros hospitalares, centros de salud, puestos de salud y unidades primarias de atención, que eran las unidades donde había promotores de salud” ...” La ley 100 desbarata todo eso. Había además un subsector privado, que estaba mezclado entre, la seguridad social del Instituto de Seguros Sociales y algunos entes particulares o privados, ... digamos que la forma de operar - aperturar puestos y centros de salud, no tenía una rigurosidad mayor que cumplir unos requisitos básicos e inscribirse etcétera, pero no era un tema riguroso como el que hay hoy o el que había para el año 2005”. (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...este periodo está cruzado entre antes de la ley 100 y después de la ley 100 y ello tiene pues unas connotaciones especiales .... cuando se desmoviliza el M-19, parte de la negociación con Gaviria fue la participación del M19 en el gobierno que participó en el Ministerio de la Salud ...estuvo Antonio Navarro y Camilo González Pozo que, tal vez fue el que más nos ayudó en términos de poder tener una reglamentación en torno a todo el tema de las medicinas alternativas, digamos que ahí, creo que fue lo único que salió así concreto en esa época...”. “... aquí hicimos un gran evento internacional de Medicina Alternativas y Ancestrales en Popayán, cuando Camilo González fue ministro de la Salud. ...” (entrevista a Oscar Ospina)*

Desde el punto de vista de legalización, al CSNE se le daba una especie de carácter mixto, entre centro de práctica de la Terapia Neural de la formación recibida en el Centro de Información e Investigación de Medicinas Alternativas – CIMA, y que además se administraba de forma combinada con la comunidad. Incluso antes del convenio de formalización con la Dirección de Salud, se refieren a él como Puesto de Salud y no como Centro de Salud, dada la definición que este trae a la existencia de médico permanente:

*“...La normativa simplemente requería un registro de funcionamiento... se aplicaba todo lo de la Ley Novena del 79, ... del código sanitario, ...que debía cumplir con ciertos requisitos de manejo de residuos, etcétera...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...aquí estamos hablando de un puesto de salud que ya venía antes de la ley 100 y que por lo tanto tenía unas características de puesto de salud privado, pero que tenía unas connotaciones que eran similares a las del centro de educación, el que llamamos el centro de Alfonso López, que era un centro universitario de formación, también un centro de salud donde los estudiantes de la Universidad del Cauca iban a formarse en términos de salud pública...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...para el tema de las medicinas alternativas de la escuela digamos de Terapia Neural del Dr. Julio César Payán... se llamaba el CIMA. ... el puesto de salud Nueva Esperanza era el sitio de práctica, donde los que se estaban formando en Terapia Neural o en medicina, Terapia Neural y medicina alternativa, iban a hacer sus prácticas...” (entrevista a Oscar Ospina).*

*“...otra característica que tenía era que fundamentalmente era de origen comunitario y se regía en su conducción, en su administración por una coadministración comunitaria sobre todo de mujeres, que posteriormente se fue desarrollando y consolidando en ser también un sitio para que nuevas fuerzas ciudadanas y organizaciones de mujeres se apropiaran de ese Centro de Salud,... nosotros lo llamábamos normalmente centro de salud porque los sitios donde había médico permanente pues se llamaban centros de salud y no puestos de salud...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...La Asociación de Mujeres siempre era muy supremamente activa porque ellas, como te digo, la administración todo lo que entraba digamos por consulta, ellas eran las que abrían la cuenta y yo supervisaba eso, pero directamente la cuenta la manejaban directamente las mujeres y ellas hacían las labores tanto del aseo, había una compañera que nosotros la capacitamos para que hiciera lo de enfermería, o sea las entrevistas, la apertura de las historias y nos reuníamos casi semanalmente para ver cómo íbamos en el trabajo y hacíamos capacitación...” (entrevista a Rodrigo Losada)*

Las lideresas impulsoras del CSNE, que fueron trabajadoras en él, lograron captar el concepto integral de neural terapia tanto individual como social y ambiental:

*“... Pues mire, yo podría decir que de todas maneras la Terapia Neural, pues como nosotros decimos, que lo que nos inyectan es un líquido que lo que hace es elevar el mecanismo de defensa para que todo el organismo reaccione por sí solo sin necesidad de medicamentos, porque el organismo es sabio.*”

Entonces eso lo ha demostrado, pues, la Terapia Neural, que lo que hace es generar unos estímulos en zonas neurálgicas para que su organismo pues reaccione y eso se ha demostrado que se ha logrado, por ejemplo, nosotros que somos los que hacemos Terapia Neural hemos podido controlar muchísimos, muchísimas enfermedades como tal, entonces nosotros igualmente decíamos de que si lo aplicamos la Terapia Neural, viéndolo como Terapia Neural al nivel de todo un trabajo social, comunitario pues sería poder mirar puntos, estimular puntos neurálgicos a nivel de las comunidades, en la parte socioeconómica, en la parte cultural, en la parte social comunitaria, inter locutando con diferentes grupos, grupos organizativos que existan desde cada comuna, de que esta no solamente es en el cuerpo, sino en las comunidades porque nosotros tratamos de hacer eso aquí en Popayán y yo creo que en su momento tuvimos éxito porque se dieron cambios y cambios radicales de actitudes, de la familia, de la casa, del individuo como tal porque es lo que ahorita podemos decir, ... somos personas diferentes y personas productivas y encaminadas hacia lo bueno y replicando todo este conocimiento para un cambio social, comunitario, desde donde cada uno se encuentre...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)

Inicialmente estuvo el Dr. Rodrigo Losada, como director y médico, la Dra. Socorro Dorado y la Dra. Amparo Zúñiga (en el enfoque biomédico), luego la Dra. Nancy Gonzáles como directora y médica. Ya después de que se retira FUNCOP y funciona solo como consultorio de Terapia Neural, estuvieron contratados directamente por la Asociación de Mujeres, a partir de 2008: el Dr. Hugo Sarria, el Dr. Oscar Orozco del 2012 al 2016, de nuevo el Dr. Losada del 2017 al 2018.

Como Promotora de Salud estuvo Luz Ceneida Zapata. Como enfermera Magali Finito, enfermera profesional. La Dra. Cristina González, la psicóloga.

En programas comunitarios, como voluntarias: Orlanda Fentico, en comedores infantiles. Cecilia Chantré, en primeros auxilios, y las otras 15 a 20 mujeres de la Asociación de Mujeres.

*“...en el 91, que fue cuando terminé el año rural en el norte del Cauca, vine luego a Popayán a formarme en todo el proceso de Terapia Neural con el Dr. Payán y seguí haciendo la integración en el centro de salud La Nueva Esperanza. Allí llegué como médica general y a la vez como médica directora del centro de salud de La Nueva Esperanza, donde prácticamente estábamos integrando un equipo de salud de FUNCOP, conformado por dos médicos, una promotora de salud, un promotor social y un arquitecto. Además de todo el grupo organizativo de la comunidad. O sea, prácticamente el equipo de salud estaba formado por, no solamente por personal de salud, sino también por personal que hacía labor social”. (entrevista a Nancy Gonzáles)*

Nancy Gonzáles, quien fuera su directora durante un periodo más largo, y algunos cercanos al proceso del CSNE, nos relata en su entrevista algunas de sus características:

*“...las estrategias básicas fueron la educación, la cultura y todo es construcción de pensamiento sistémico desde que estaban, con todas las organizaciones, cada organización y cada grupo era una escuela desde el centro de salud también se pretendió con el programa del diálogo de saber o el programa de bochinches, ciudad educadora...” (entrevista Nancy González)*

**Figura 2-10. Actividad en barrios. Programa de Ciudadanía. Grupos vecinales. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP y archivo personal de Nancy González B.

*“...El centro de salud no pertenecía al sistema oficial, sino que a través de los vínculos y diálogos que se dieron con el centro de salud y con la comunidad, el centro de salud fue reconocido, o sea, no se aceptó dentro del proceso oficial, pero se lo dejaba funcionar como aportante a todo el proceso de salud. Pero no era oficial, porque igual era de una fundación...No había informes, indicadores para ellos porque era un centro de salud de una ONG, donde la comunidad apoyaba y no se le daba informes a ellos, sino a través de la fundación.” (entrevista Nancy González)*

Después de la Ley 100: “...además debió empezar a cumplir con un requisito de reportar semanalmente al SIVIGILA, todos los eventos de interés en salud pública y desde luego que este centro también hizo parte de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud que debían reportar al sistema de vigilancia de salud pública en caso de que se presentaran pues eventos de interés para la salud pública”. (entrevista a Oscar Ospina)

*“...La financiación era a través de esos proyectos de ONGs. Había unas instituciones extranjeras que daban los aportes para el funcionamiento de FUNCOP y de allí se aportaba pues para los diferentes procesos o programas...El municipio no aportaba. Solamente cuando se hiciera algún proyecto...”. (entrevista Nancy González)*

*“... Para tres años hacíamos todo el diseño de propuestas, de indicadores, cualitativos, cuantitativos, porque también se tenía la ayuda de ONGs que aportaban al programa y también estábamos en esa construcción, pero sí se daban informes... todo informe estaba en FUNCOP, allá se hacían los planes trienales... esos archivos a ellos creo que se les robaron todos ... se les robaron los computadores y se les se les perdió casi toda la información y como FUNCOP ya creo que cerró como fundación (entrevista Nancy González)*

*“.. había mucha fragmentación social, mucha descomposición social. Entonces, eran las mujeres las que lideraban esos procesos de salud. ... las que determinaron que fuera un centro de salud alternativo, nadie les impuso... se movía como un centro de diálogo, por eso allí empieza a haber los procesos de diálogo y saberes. ... de construir pensamiento. Desde allí se iba hacia los diferentes barrios y comunas de Popayán para empezar procesos educativos, organizativos, de participación social y de mirar los diferentes actores que influían en la salud de la comunidad, porque no era solamente usar para o poner un punto de Terapia Neural para mirar un dolor específico, sino era mirar cuáles eran esos factores determinantes de esos problemas de salud por los cuales acudían las personas.” (entrevista Nancy González)*

*“...Un centro de encuentro y un centro de impulso, porque no solamente era encontrarse ahí. Y precisamente el Dr. (Payán) decía eso. Yo no quiero una atención dentro de estas cuatro paredes de un consultorio. Deseo que la salud se vaya a la gente, a los espacios de verdadera participación, a construir con la gente las diferentes propuestas desde la parte cotidiana, desde la parte organizativa, desde las escuelas, los colegios, los grupos organizados...” (entrevista Nancy González)*

**Figura 2-11. Actividades lúdicas. Proyecto de ciudadanía. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

*“...considero que la atención primaria en salud desde esos elementos era dar elementos desde la parte ambiental, desde la parte de seguridad alimentaria, desde la parte de la misma planeación de sus entornos saludables, de construir territorios saludables. O sea, son elementos que traspasan un enfoque formal biologicista también de atención primaria en salud. ... sino también verla con una visión mucho más holística”. (entrevista Nancy González).*

**Figura 2-12. ad en polideportivo. Programa de Ciudadanía. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

El funcionamiento del CSNE “era un programa dentro de FUNCOP con la comunidad... se planificaba en FUNCOP, era una semana e incluso cuando se evaluaba, las evaluaciones eran de ocho días”. (Esperanza Cerón en grupo focal). Y se compartían todos los proyectos entre todas las áreas: “...a escuela regional, subregionales, y no eran solamente políticas, o sea, había todo, se compartía todo lo de género se compartía lo de la salud, lo de los liderazgos, la planeación, todo o sea de la organización” (entrevista a Bella María Calucé)

*“La Terapia Neural en el Cauca, en Popayán, nace precisamente con ese deseo de aportar a la salud pública” ...Desde esa concepción de Terapia Neural, donde entendemos la Terapia Neural como un proceso, es un proceso en construcción, dialéctico, biológico y social, o sea en construcción con la comunidad, que prácticamente nos implicó, como decía el Dr.: salir de la concepción biologicista a mirar cómo era el proceso de salud en la comunidad” (entrevista Nancy González)*

Posteriormente, el Dr. Payán, una vez convencido de las posibilidades del ejercicio de la Terapia Neural fuera del consultorio, pone a rotar por el Centro de Salud los médicos de Colombia y otros países que llegan al aprendizaje de su consulta particular. Incluso a algunos los vincula a proyectos rurales por el territorio caucano. En lo personal tuve la oportunidad de hacer esta formación con el Dr. Payán y nuestra práctica consistió en hacer

parte de un proyecto agroecológico con un equipo transdisciplinario de FUNCOP, en el que recorrimos durante 3 meses una zona rural de la bota caucana, haciendo Terapia Neural y reconociendo como la alimentación campesina de esa zona se relacionaba con su salud:

**Figura 2-13. Consultorio Dr. Julio Cesar Payán de la Rocha. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: Archivo personal de Francisco J. Echandía.

*“...Julio César Payán empezó a formar una escuela que en mi concepto es la escuela más prestigiosa que ha existido de formación de médicos neural terapeutas en Colombia, en América Latina e incluso en Europa. Julio formó muchos médicos, neural terapeutas también de Alemania, de España y de muchos países europeos que vinieron aquí a formarse entre otras cosas alrededor de la de salud pública en el centro de salud del barrio Colombia Segunda Etapa, el Centro de Salud Nueva Esperanza, y que se formaron allí, no solamente en el tema de las técnicas de la Terapia Neural, sino en términos de la relación de la Terapia Neural con la salud pública, con la atención primaria y con el trabajo comunitario...” (entrevista a Oscar Ospina)*

El método de enseñanza y aprendizaje con el Dr. Payán tenía su magia, y era en sí una acción neuralterapéutica, en la que el maestro da ese impulso amoroso pero decidido al aprendiz:

*“... éramos aprendices de un maestro, ese era el modelo de formación que fue una etapa bellísima de la Terapia Neural, clave porque no existían cursos sino eso, aprendía como un aprendiz, un oficio.” (entrevista a Sandra Payán)*

*“...acudir meses, meses, muchos meses a su consulta, a mirar, a escuchar, a conversar, a leer, leer, leer, leer, y mirar, mirar, mirar. Esa fue la formación de Terapia Neural que tuvimos el privilegio de tener al lado de él. Y claro, como parte, sin que hubiera nada establecido, porque creo que también esa es la belleza de cómo él nos enseñaba Terapia Neural, que era desde su generosidad, desde su gran generosidad a la Terapia Neural y a nosotros y a la vida, que él hacía esta formación de permitirnos estar en su consulta meses y meses, todos los meses, sin ningún, bueno, claro, yo era la hija, pero en general, una de las valentías de él era que era sin ningún costo, él lo hacía con ese espacio abierto de maestro y en determinado momento, no recuerdo el mes en que yo llegué, pero tuvo que ser en el 98, ya estaba como preparada para ir al centro de salud. Era como un paso que se fue naturalizando en esa etapa, entonces, yo podía seguir acudiendo cuando quisiera la consulta pero ya podía ir a hacer consulta y a participar del centro de salud, pero desde el comienzo de la formación de la asistencia a su consulta, ya formamos parte de las actividades de FUNCOP, del centro de salud. ...” (entrevista a Sandra Payán).*

La dinámica de funcionamiento del CSNE puso en práctica la visión participativa de la construcción colectiva de la Investigación Acción Participación -IAP:

*“...IAP son, primero, que se hace investigación, donde la gente no es objeto de la investigación, sino que es sujeto.....y hacemos observación participante, usted hace auto observación, yo hago observación participante y dialogamos...Se toman decisiones para la acción y siempre de manera participativa,...en las asambleas comunitarias se discute lo que se encontró en la parte investigativa y ahí mismo se toman las decisiones de qué es lo que se va a hacer de manera participativa... se hace y el monitoreo y la evaluación de lo que se va haciendo también es colectivo...”. (entrevista a Milton Guzmán)*

*“El equipo de salud como era la propuesta de vincular una propuesta mucho más de salud pública, empezamos a vincularnos a procesos de espacio público, de vincularnos por ejemplo desde el arte, desde la cultura, desde la educación, a construir ese pensamiento crítico para que la gente mire, no solamente exija, sino que también proponga propuestas de cambio y cómo ellos desde sus comunas podrían empezar también a hacer esos cambios. Y se hicieron muchos procesos muy bonitos.”*

*Se recorrían los barrios, se utilizó cartografía social, por ejemplo, empezamos a reconocer nuestra propia ciudad y eso era salud. Cómo reconocíamos y recorrimos cada comuna de Popayán, la recorrimos, la caminamos. Dialogamos con la gente, dibujamos en un mapa los diferentes problemas que ellos miraban vinculados a su salud y allí salían que no solamente era un problema de salud, los problemas que siempre demandan en una consulta formal, sino que había problemas, por ejemplo, de la drogadicción, de la desintegración social que había en las comunas, muchos problemas que aparecían. En cada barrio, en cada comuna, se dieron problemáticas específicas, pero eso era salud. ... ¿Cómo podríamos vincularnos desde cada espacio a construir elementos de salud que integren esa concepción holística?”.  
(entrevista Nancy González)*

**Figura 2-14. Actividad IAP -Cartografía Social en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**





Fuente: FUNCOP.

La visión de la Atención Primaria en Salud, desde la Terapia Neural es muy diferente a la del modelo biomédico, por tanto no es posible hablar de articulación en ese sentido en el CSNE. como nos lo relata Sandra Payán:

*“...Una cosa es el trabajo que hace la medicina (la biomedicina) en comunidad, que es un trabajo asimétrico, vertical, de la educación para la salud, donde van los trabajadores de la salud a decirle a la gente lo que tiene que hacer, y ahí se enmarcan toda la prevención e incluso se habla de promoción. Lo que FUNCOP y el centro de salud planteaban era desde otra mirada, que es en la mirada de la Terapia Neural. Por eso, bueno, a mí, escuchándote, el trabajo, me hace un poco de ruido la palabra “articulación”, porque pienso que ahí hubo algo más que articulación, no era solamente para la Terapia Neural articular, puede ser que articuló con el sistema de salud, eso sí, con el sistema de salud pública, esa fue la gracia. Pero con la atención primaria en salud había era un diálogo y como una construcción que podría ser parecida al inter-ser, porque fijate que el trabajo comunitario que planteaba el centro de salud era desde la concepción de la Terapia Neural, no era solo que se hacía Terapia Neural en el centro de salud, era que la Terapia Neural con un sentido libertario, participativo en sí mismo, entonces en consecuencia con ella, el trabajo comunitario era participativo en diálogo con la comunidad escuchando, no diciendo lo que hay que hacer, sino conversando en círculos de diálogo...” (entrevista a Sandra Payán)*

El equipo de trabajo fue inter y transdisciplinario: “...importante también es saber que no solamente es un médico el que hace todo eso, debe haber un equipo inter y transdisciplinario que permita la construcción de esta propuesta... cómo damos otros

elementos a que se construyan propuestas mucho más integradas de salud desde la concepción del bienestar.” (entrevista Nancy González)

Según considera la Dra. Nancy, los fuertes de los programas que se dieron fueron los elementos de seguridad alimentaria, de democracia y de género, con los cuales se podría aportar a la construcción de políticas públicas saludables en los modelos de APS.

**Figura 2-15. Terapia Neural en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

En relación con el componente asistencial del CSNE y su capacidad resolutoria con la Terapia Neural, según explica la Dra. Nancy, era muy alto, alrededor del 80% de los pacientes se mejoraban y eran muy pocos los que se derivaban a niveles superiores, principalmente los quirúrgicos o con crisis complejas de complicaciones. Se media mediante encuestas que realizaban los estudiantes de las prácticas. Dado que el enfoque neuralterapéutico es diferente al que proponen los programas clásicos del modelo biomédico, la evaluación se hacía más desde el estado de salud y bienestar integral del paciente y no tanto desde la enfermedad:

*“...El paciente se atendía en forma integral, se manejaba su parte de impulsar su forma de no ser paciente prácticamente, sino ser un sujeto activo dentro de su proceso de curación...Nosotros no atendíamos programas, o sea, porque es volver a ser una división. O sea, no puedes decir que en el consultorio se iban a tener*

*programas porque estarían dividiendo a los hipertensos, los diabéticos, no habían programas... no teníamos programas clásicos formales, porque entonces era convertir la Terapia Neural en una propuesta prácticamente como la ortodoxa.”. (entrevista Nancy González)*

*“... es que en el acompañamiento las personas integraban y no eran más pacientes sino sujetos activos de su propio proceso y empezaban a implementar otros elementos de su bienestar, de sus cambios en hábitos, hábitos alimenticios, hábitos de participación, hábitos desde la parte ambiental, desde diferentes elementos ellos hacían cambios y el cambio es el que les permite ser más activo y salirse del esquema de recibir un medicamento, sino empezar a hacer los cambios”. (entrevista Nancy González)*

Es importante resaltar las características del trato a las personas en CSNE, muy cercano y humano, con escucha y comprensión de sus necesidades, que contrastaba con el trato recibido en los modelos clásicos de las instituciones de atención básica:

*“... el Dr. Payán nos hacía tanto énfasis en la parte humana es una medicina humanista que él quería que la terapia de neural fuera un tratamiento humanístico, de que el ser humano se tratara como tal, ... acá veían de que era diferente, que llegaban como decir a su casa, ...que ellos sintieran como que ese espacio era de ellos, para su compartir...hacían la comparación con la atención ortodoxa, y se sentían más familiarizados acá. Nosotros llegamos a tener más de 10.000 pacientes...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...recibir al paciente cuando llegaba atenderlo, tomarle signos vitales, pasarle ya al médico, registrarlo, igualmente cuando salía el paciente de consulta pues que les dábamos esa aromática que la gente tanto reclamaba que lo hacía atender tan bien...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...esa palabra de pacientes a nosotros nos sonaba muy feo, pacientes como decir usted quédese ahí todo el rato..., entonces nosotros nunca nos sonó esa palabra, siempre decíamos los amigos”. (entrevista Cecilia Chantré)*

*“...en “el chisme”, queríamos hablar de cualquier tema diariamente se hablaba de un tema independiente, no tenía que ser de salud específicamente, ... por lo que permitía que el paciente pudiera sacar, pudiera exteriorizar cantidad de problemas*

*que tenían, porque llegaba mucha gente con sobrecarga de problemas, por falta de escucha, ...ese espacio permitía que la gente expresara sus problemas; Cuando entraban ya donde el médico, iban más tranquilas porque de todas maneras se les hablaba de que era la Terapia Neural, en qué consistía, cuál era el tratamiento, porque siempre la persona iba prevenida por las agujas, ..cuando ya entraban a la consulta, iban más desestresados y como que entraran en confianza y eso permitía de que ya el médico pudiera hacer una buena consulta... permitía que le siguiera contándole al médico sus problemas porque hubo muchas historias de vida...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

## 2.4 Auge y florecimiento

Una vez consolidado, el CSNE atendía de 8 a 12 y de 2 a 6 de la tarde. Las consultas eran mínimo de 30 minutos y más, dependiendo de la situación particular de la persona, dado que la historia de vida se hacía de forma integral, según el método de la medicina neuralterapéutica.

**Figura 2-16. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

A los pacientes se les daba turno en la medida que iban llegando y mientras ellos esperaban la consulta, la promotora de salud hablaba con ellos en una charla informal. A

veces utilizaba medios audiovisuales con el televisor, cassette o video-beam, y se reflexionaba con la participación de los pacientes. El Dr. Payán iba una vez a la semana a hablar con los médicos y a tratar diferentes temas en el que los pacientes podían libremente participar. Además si había alguna actividad en la comunidad por fuera de la sede, generalmente en la noche, el médico que tuviera la disposición, con la promotora de salud, asistían e invitaban y coordinaban acciones con las diferentes juntas de acción comunal. Había charlatorios, de las diferentes áreas de FUNCOP, como democracia, de mujer y género, de salud, de los campesinos:

*“... se trabajaba que era apoyo a campesinos de diferentes veredas y municipios del Cauca, donde ahí entraba La Sierra, El Tambo, Silvia, muchísimos municipios que se incidieron en todo lo que era la agroecología, todo el implemento de abonos orgánicos, ... se articulaban con ellos, porque hacíamos acompañamiento a diferentes municipios también apoyar estas actividades.... Lo que manejábamos de huertas caseras, huertas comunitarias, huertas en los colegios porque eso se hizo, entonces empezamos con el ingeniero agrónomo Marco Fidel Mayor” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

**Figura 2-17. Jardines del Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

Durante la década de los 90's el proceso del CSNE se consolidó en sus diferentes programas de atención en salud comunitaria integral, en la medida que hacía parte de los proyectos de gestión del desarrollo urbano sostenible propuesto por FUNCOP (1), que correspondía a un proceso con sentido e ideología política definidos, en el que se visualizaba la ciudad como un organismo vivo y sistémico, bajo una lógica de territorio propia de lo urbano.

*“...era un proyecto de impacto de beneficio no solamente a la gente del barrio, ...llegamos a tener pacientes de Nariño, Huila y Valle, ... y de todo el departamento, ... de la bota caucana, de Guachicono, La Vega, de toda esta parte donde FUNCOP incidía el trabajo con mujeres, la parte de apoyo a los campesinos, toda esta gente venía acá a consulta. Igualmente, esto se fue regando; nosotros llevamos a tener más de 10.000 pacientes, diez mil historias clínicas de toda la gente que llegó a venir acá puesto de salud...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Según las encuestas realizadas en la época. el principal mecanismo de difusión comunitaria del CSNE fue el voz a voz, aunque se apoyaron en un tiempo en herramientas adicionales a la radio:

*“...y a mí me tocó hacer esa encuesta,... arrojó que la gente más se enteraba, no tanto por los medios radiales, porque de todas maneras le pagaban cuña en Radio Súper para promocionar el puesto de salud, llegamos a la conclusión que más que todo la gente, iba era por el vecino, por el familiar "que a mí me dijo un primo que a mí me dijo una tía, que a mí me dijo una amiga" ... de voz a voz, ... para dar a conocer el puesto de salud y se fortalecieron ... y la gente empezó a conocer de la medicina alternativa y, sobre todo, la Terapia Neural....hasta que llegó el punto donde ya tocaba separar las de sin cita previa, porque ya era demasiada gente, eso a veces los médicos salían de allá, a veces siete, u ocho de la noche,... ”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...a través de las mismas mujeres, se encargaban de hacer el perifoneo, de visitas a las casas. para que se asistiera a la consulta de las medicinas alternativas y se compró un alto parlante y en ese momento se pasaban programas educativos y se invitaba a la comunidad también a que participara dentro de la consulta y también a través del programa del Dr. Payán que era más o menos de una hora de siete a ocho de la mañana todos los días por Radio Super. (entrevista a Rodrigo Losada)*

La consulta era muy favorable para la comunidad de escasos recursos. Tenía un costo más o menos equivalente al 25% del valor de una consulta particular promedio de la época. Y se hacía incluyendo la consulta y la terapia, con derecho a un control:

*“...antes de la ley 100 esto funcionaba no por seguro, sino porque la gente iba al sector público y le cobraban la atención. A algunos los subsidiaban, pero la gente pagaba por los servicios que se prestaban y desde luego que quienes prestaban servicios privados, pues la gente pagaba en la Nueva Esperanza pues había una tarifa subsidiada...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...la gente hacía el análisis de que si se iba a un tratamiento a otro centro de salud, en ese tiempo a nosotros nos daban la fórmula y vaya cómprenla, entonces muchas veces la persona se quedaba con la intención de ir a comprar la fórmula, ... como no tenía pues le tocaba empezar a tomarse sus agüitas en la casa porque no tenía para el medicamento, ... sin embargo acá se iban con el medicamento inyectado y ya solo se les hacía la recomendación de la alimentación, que siempre se hizo mucho énfasis en no consumo de carne de cerdo, las grasas, el azúcar, tratar de mantener una dieta balanceada, frutas, verduras, tomar mucha agua,... entonces, la gente concluía que realmente no era caro”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...Bueno, como te digo, las compañeras eran las que invitaban a la comunidad y nosotros ayudamos en ese papel también para ayudar. La atención, la hacían, digamos, la apertura como de la historia, se educaba, se hicieron boletines sobre lo que significa la Terapia Neural, las reacciones que en algún momento dado se pudieran tener. Se abría la historia, se tenía una historia escrita y se citaba a las personas, a los controles de la medicina de acuerdo con la historia de vida que contaría cada una de las personas...” (entrevista a Rodrigo Losada)*

**Figura 2-18. Apertura de historia de vida en Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's. -2000.**



Fuente: FUNCOP.

Se hacían varias actividades a lo largo de las jornadas, entre las que se encontraban “el chisme”, dirigido por la promotora de salud mientras se hacía la espera de la consulta:

*“...un chisme constructivo, analítico... mientras los pacientes esperaban la consulta, había un material de unos videos que habían sido elaborados por actores colombianos, como Vicky Hernández; cantidad de actores. Con múltiples temas, como el tema de basura en los barrios, de género, de sexualidad’. ...y después nos poníamos a reflexionar. Y ¿qué opinaban frente al vídeo?... todo el mundo opinaba, .... llegaba la gente a confesarse prácticamente porque había personas, buenas mujeres de 60 o 70 años, donde manifestaban que ellas no sabían qué era un orgasmo y que nunca lo habían sentido...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...el simple hecho de escuchar, de sacar, mire, la gente, entraba y ahí hacíamos el análisis con la Dra. Nancy: la gente ya entraba como en una primera etapa de la consulta, de sacar, de expresar, de compartir y de sentirse, y cuando ya entraban a la consulta ya se les había olvidado prácticamente que era con las agujas y ya iban*

*con otra mentalidad, como más liberadas, como más tranquilas”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...Ya le empezábamos a concientizar a la gente realmente lo que era el concepto de la salud, entonces la salud no solamente era que no nos doliera el cuerpo si no que teníamos que participar igualmente en los barrios, en el bienestar de la segunda casa de nosotros...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

También se desarrolló un programa de masoterapia, para el cual fue entrenada la enfermera jefe, la promotora y las auxiliares de salud, y que se brindaba a los pacientes en el CSNE, y que se llegó a complementar con Yoga.

La alimentación saludable fue uno de los aspectos de mucho énfasis en el enfoque neuralterapéutico, impulsando también el pensamiento crítico en los programas de FUNCOP de mujer y género con las mujeres de la asociación, y el de Gestores de Vida - CORPOCIUR (Corporación Ciudad: Proyecto ambiental gestado por FUNCOP y conformado por 10 grupos vecinales de barrios de las comunas 7,8 9 de Popayán, del que todavía ha quedado algo, con el que se hizo un trabajo de resignificación del espacio público, recuperación de zonas verdes, de ojos de agua, de humedales), frente al influjo del consumismo de la agroindustria y conectado los programas de gestión campesina que se fundamentaba en principios de cultivos orgánicos y ambientalmente sostenibles:

*“...invitábamos a capacitaciones allí al puesto de salud y hacíamos preparaciones de comidas sanas, saludables y balanceadas... donde se pudiera ver que hay alimentos fuera de ser orgánicos, integrales ... hasta tienda tuvimos de productos naturales (de cultivos orgánicos)...se vendía mucho la soya, avenas...chachafruto, productos a base de chontaduros también naturales que traían por allá de Cauca...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...desde el aspecto como FUNCOP, digamos, como hacíamos parte de FUNCOP, FUNCOP era una ONG en ese momento que tenía la parte de agricultura orgánica también, entonces esto jugó un papel, tenía el proyecto de gobierno local, entonces se empodera y a los líderes sociales los capacitan también en aspecto desde lo político organizativo y de la participación comunitaria, no solamente en salud sino también en política, en la política desde lo local” ... “Y entonces nosotros hacemos parte de eso, de la salud. Trabajamos aspectos como planteamientos de ¿Qué*

*significa una buena alimentación para la comunidad?, ¿Cómo se puede producir huertas, ¿cómo se pueden producir las aromáticas, cómo se pueden producir algunos alimentos desde su casa misma, a través de las materas, cómo obtener esa autonomía para la alimentación? y bueno, comenzar a trabajar algunos alimentos también que contaminan, por ejemplo, se hacía bastante sobre el azúcar, sobre todo esto que tiene que ver con la alimentación sana...” (entrevista a Rodrigo Losada)*

**Figura 2-19. Fortalecimiento de huertas en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

*“... hacíamos fortalecimiento de huertas caseras y huertas comunitarias en barrios. Acá atrás del puesto de salud, hubo una huerta y eran plantas medicinales y se trabajó lo de control orgánico de plagas, abonos orgánicos, lombricultura, con Marco Mayor en asesoría técnica ... se logró llegar a instituciones educativas en los barrios...aquí, cerquita está la institución educativa José Eusebio Caro, es mixta y allí los niños cultivaban...cosecharon arvejas, frijoles, y hacían una comitiva, ....imaginen el impacto de ver que los niños iban de la huerta a la boca.... yo iba y capacitaba las madres de familia y también los alumnos ya como de 10º-11..” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

La gestión comunitaria, en cabeza de sus líderes y lideresas cursó en gran medida a la par con el florecimiento del CSNE, articulando los procesos extramurales al centro de salud, y con un componente de gestión política con los entes gubernamentales de la época:

*“... hacíamos trabajo por fuera, claro, en los barrios, nos reuníamos a pensar lo que acontecía en la comuna e Interlocutamos con presidentes de juntas de acción comunal, hacíamos enlace con secretarías del municipio porque había esa parte del Dr. Payán, por su relación, porque él fuera de ser médico en Terapia Neural y ginecobotetra, fue concejal de Popayán, fue una persona muy respetada y que le abrían muchas puertas, entonces teníamos la posibilidad de que él podía abrirnos puertas para ir a hablar con secretarios y con el mismo alcalde para poder, articular algún programa a beneficio de la comunidad y entonces hacíamos todo ese enlace, así entonces era tanto el puesto de salud como las comunidades”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Estas actividades sobre la comunidad en sus niños y jóvenes, tanto de las comunidades como de las familias de los líderes y lideresas que hicieron parte de un proceso que probablemente incidió en su futuro como ciudadanos:

*“...a esos muchachos, algo se les ha de haber quedado en cambios positivos ... hay gente que se ha venido del campo, pues Popayán es una ciudad receptora de desplazados, ...de la guerrilla, del paramilitarismo, de la delincuencia...que ustedes no pierdan ese hilo y que ustedes aquí habiendo espacios ... que esas tierras se le entreguen, a comprar tierra y los que tengan tierra acumulada ..y que la gente empiece a cultivar ... como colombianos, no merecemos estar consumiendo productos importados... Somos un país hídrico, con unas tierras fértiles... para que nosotros cultivemos productos sanos... no tenemos por qué comer maíz transgénico y eso es lo que estamos consumiendo”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“... la experiencia que yo tuve, con mi hija que tenía nueve años y que ella de tenerle miedo a las agujas y de tomar medicamentos de farmacia para la amigdalitis que sufría mucho de amigdalitis, entonces yo le decía a ella que se tomaba ese tratamiento y le repetía. Hasta que llega a tomar sola un día la decisión de irse a una consulta, al puesto salud, imagínese, una niña de nueve años a que la chuzaran... hoy en día acaba de graduarse de médica”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...mi hija aprendió mucho de lo que yo hacía y ella en este momento prácticamente hace como ese lazo y pues también apoyando el tema de la carrera de ella, pues se enfoca mucho en digamos en procesos comunitarios...”. (entrevista Cecilia Chantré)*

Como toda organización, el CSNE afrontó conflictos, tanto al interior como en su entorno, cuya resolución procuraba seguir de manera coherente los conceptos y fundamentos promulgados por la mirada del pensamiento complejo:

*“...hablando y haciendo. Pues a veces hay mucho celo de liderazgo, ¿no? el ser humano es una cosa impresionante, entonces, a veces en la asociación se veían cosas de liderazgo, de pronto porque el otro pensaba diferente o era más visible en diferentes aspectos, entonces se veía como una rivalidad...”*

*...nosotros aprendimos algo muy bonito de la Dra. Esperanza ...nos hacía la reunión y nos empezaba a decir, “Bueno, usted va a decir qué le gusta de Luz Ceneida y que no le gusta”, ...lo positivo y lo negativo y qué le recomienda a ella como para cambiar lo negativo, ...que no lo veamos como una crítica destructiva si no constructiva ...hay que respetar el pensar del otro, sin que eso lo afecte a uno...tratar de no llegar a los extremos,”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Para entender toda esta dinámica del CSNE es imprescindible conocer la fundamentación de la gestión realizada por FUNCOP, que gestionó sus procesos bajo tres pilares de desarrollo humano sostenible en la ciudad: -1. Pensamiento crítico con enfoque sistémico complejo (Teoría de Sistemas – el todo más allá de las partes, contexto dinámico de actores, singularidades territoriales, intersubjetividades y su significación, vecindad, responsabilidad, formación de ciudadanía, lo público, lo privado, aprendizajes culturales, y renovación constante de parámetros del desarrollo). -2. Pensamiento alternativo (el ser interdependiente y en red, el liderazgo, los procesos auto-eco-organizativos, el ser holístico e integral mentalmente, física, espiritual, emocional, y cósmicamente. Cultura y descentralización creativa del estado), y -3. Pensamiento colectivo (métodos flexibles y reconciliación. Pensamiento cotidiano. Lo común. La cooperación. Ecología social, la pedagogía y el disfrute vital. Trabajo en bucles. Derecho a la ciudad diversa y heterogénea) (1).

El organigrama de esta ONG (1), fue descrito como “jerárquico funcional”, bajo la Teoría de Sistemas. Compuesto por sucesos o procesos más que por partes administrativas, con integración no lineal de saberes y conocimientos, dinámico y flexible, con una especie de fractalidad conformando prácticamente una esfera abierta o espiral en bucles, en 4 dimensiones dialécticas de procesos termodinámicamente abiertos interactuando con el entorno sociopolítico y cultural (por ser sociales y comunitarios, evitando nudos de poder).

Para 2005, FUNCOP registraba más de 68 proyectos, unos bajo auspicios de cooperación internacional, otros con alianzas público privadas, otros con recursos propios (1). En un comienzo, post terremoto, en la década de los 80’s, se trabajó en asesoría jurídica para negociación de terrenos ocupados, fortalecimiento de liderazgo y gestión de proyectos, liderazgo de género, atención en salud alternativa y preventiva, comedores populares, planeación urbana participante, y autoconstrucción de vivienda. En 1985 se estructura el Programa Democracia que asesoró varios municipios del Cauca.

Para la década de los 90’s la gestión tuvo como premisa Popayán Educadora, centrada en la formación de ciudadanía y ordenamiento de la ciudad, en especial del espacio público, y se integró con las administraciones municipales y departamental, acompañada de la Fundación Luis Amigó -FUNLAM, siempre considerando el trabajar “con” los gobiernos y no tanto “para” los gobiernos. Incluyó la gestión de seguridad alimentaria y agroecológica, democracia, mujer y género y salud y medio ambiente.

Posteriormente pasó de “ciudad educadora” a “territorio saludable”, en el que participaron más de 374 profesionales de la salud (1) (entre ellos, la Dirección Departamental de Salud del Cauca, la Secretaria de Salud municipal y la de Gobierno, la dirección del Plan de Atención Básica-PAB, médicos alternativos, otros médicos, enfermeras, promotores de salud y saneamiento, y líderes y lideresas comunitarios del Cauca.

En esta década sobresale la participación en los procesos sociales para los derechos fundamentales, los derechos humanos y la paz, en el marco del despliegue de la nueva Constitución Nacional de Colombia de 1991, construyendo agendas públicas de participación y democratización para la construcción de políticas.

En la descripción del Plan Trienal 2003-2005 de FUNCOP (1), se observan las cuatro perspectivas definidas para el proyecto urbano de salud y hábitat: -Ambiental, hacia espacio público y entorno saludable, - Salud, hacia atención y educación médica, - Mujer y género, como proceso horizontal, y Gestión local y ciudadana, hacia fortalecimiento social y cultural de promoción y participación democrática.

Esta gestión comunitaria, que en lo atinente al CSNE, inicialmente cobijó las comunas 7 (barrio Colombia segunda etapa), 8 y 9 de Popayán, densamente pobladas con aproximadamente 71.000 habitantes en condiciones de alta vulnerabilidad, y luego extendida a los resguardos de Quintana y Poblazón con aproximadamente 3.500 personas, terminó irradiándose a todo el Cauca, el país y el mundo (por ejemplo en programas de entrenamiento médico alternativo) (1).

**Figura 2-20. Diálogos comunitarios Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



*Fuente: FUNCOP y archivo personal de Nancy González B.*

Manejaba como conceptos básicos la educación urbana desde las dinámicas de la cotidianidad, y la educación ciudadana para redimensionar el papel de la cultura como pedagogía social, en una perspectiva de fortalecer el sentido de lo público como referente colectivo de calidad de vida urbana, a través de iniciativas de gestión de alcance local y regional. Se generaron bajo la hipótesis de la necesidad gestionar, con la participación plena de la comunidad, valores de confianza y reconocimiento de lo común y de las poblaciones vulnerables como niñez, joven, y adulto mayor con sus singularidades de hombres y mujeres.

Se identificaba la crisis del modelo urbano de Popayán con sesgo neoliberal, con profundos niveles de inequidad e injusticia social acumuladas por años de colonialismo generadores de inconformismo e inseguridad urbana, en el que la política de salud hacia la privatización de los servicios mercantiliza la atención y generaba “dependencia en relación con las empresas farmacéuticas y de instrumental tecnológico y poca relevancia de los programas de promoción y prevención” (1)

El modelo, con una estrategia horizontal de mujer-género y un propósito holístico de la gestión de cultura de la promoción de la salud, el bienestar social y la vida, contemplaba 4 propuestas de intervención: 1. El derecho a la ciudad. 2. El debate sobre lo público en la ciudad para transformar las políticas públicas. 3. El desarrollo de capacidades y habilidades para la prevención de la crisis humanitaria urbana (toda vez que se da en un contexto de post-terremoto), y 4. El fortalecimiento de la ciudadanía y el tejido social.

El proyecto de salud iniciado en 1985 contemplaba un marco de pensamiento alternativo sistémico complejo, vinculado al medio ambiente social y la ecología, principalmente a nivel urbano, aunque trascendió sus fronteras mediante el desarrollo de proyectos de salud, medio ambiente y desarrollo humano sostenible local y regional. Fue orientado bajo un trabajo político organizativo en el ser humano y su colectivo, bajo una visión de autoorganización en un contexto de participación comunitaria, con concepción de equidad de género como sujetos activos del desarrollo local, para construir una cultura ciudadana del bienestar y la vida, con mejora de los factores biológicos y sociales del proceso salud/enfermedad.

El ejercicio operativo se ejecutó en el ámbito de 2 sucesos marco: 1. El suceso de Gestión Ambiental y de Ciudadanía, que buscaba la promoción de la salud y el bienestar social como hábitat vital, con 3 componentes: -Espacio público, - Entorno saludable, y - Participación democrática. Y 2. El suceso Salud, con 2 componentes: - Acceso a la salud y -Educación médica. La gestión del acceso a la salud se hizo a través del CSNE, con medicinas alternativas, especialmente Terapia Neural y cambios en los hábitos alimentarios, empleando métodos de educación popular y participativa en salud propendiendo la recuperación de medicinas tradicionales. Y la gestión de la educación médica, a través de la formación de médicos alternativos de todas partes del mundo, tanto en técnicas de Terapia Neural como en pensamiento alternativo bajo una concepción

médico social de la salud que explorara nuevos paradigmas. Para el 2005 (1) sumaban más de 500, entre médicos y odontólogos, que rotaban por el consultorio del Dr. Payán y el CSNE, la organización de más de 20 eventos nacionales e internacionales (incluidos los Coloquios (147) y el Octavo congreso internacional de Terapia Neural y odontología neurofocal de 2003.

El proceso formativo planteado por Payán, y que hacía parte del proyecto con FUNCOP, consideraba la salud como “un proceso dialéctico, biológico, social, singular e interdependiente, dado por las relaciones del ser vital con el cosmos, en un proceso de adaptación en una sociedad dada, con sus relaciones culturales, políticas, humanas y vitales, y que finalmente aparece como una sensación de bienestar físico y mental en la vida, no dada por normas o modelos prefijados, masivos o estadísticos” (1),. Este concepto amplía en gran medida las concepciones que para la época se tenían en los procesos formativos de espacios de medicina alternativa, como Los Robles, también en Popayán (151).

**Figura 2-21. Certificaciones de eventos del Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán-Cauca. Años 90's.**



*Fuente: FUNCOP.*

*“...Entonces, bueno, ahí ya tuve la posibilidad de trabajar en el barrio Los Campos y allá en Colombia, segunda etapa en el mismo barrio, de conocer a las mujeres y de hacer trabajo comunitario que bueno Nancy lo tenía más claro porque ella era la directora en ese momento y tenía todo el contexto metodológico, yo en ese momento estaba recién salida de medicina, además de muy jovencita, muy inexperta y muy poco sabida de lo que era la comunitario, no tenía idea, no sabía realmente. Entonces era Nancy quien tenía como más claridad de la manera participativa con la que se hacía trabajo en comunidad, no era una manera, la manera oficial, digamos, de la educación en salud. Ahora yo desde lejos puedo entender un poco la diferencia...”*  
(entrevista a Sandra Payán)

Los programas del CSNE articulaban con los programas gestionados por FUNCOP, y sobre la dinámica propia del CSNE, Nancy Gonzáles relata en su entrevista:

*“...las estrategias básicas fueron la educación, la cultura y todo es construcción de pensamiento sistémico desde que estaban con todas las organizaciones. Cada organización y cada grupo era una escuela que se incluía desde el centro de salud ... esto también se pretendió con el programa del diálogo de saberes o el programa de bochinchas, ciudad educadora” y las describe como “Estrategias de Relacionamiento” (1): -Prevención y promoción de la salud, - Acceso a la salud (Terapia Neural), - Nutrición saludable, -Entorno saludable y espacios públicos, - Vivienda, -Estrategia política y -Desarrollo institucional. Empleando instrumentos metodológicos como: - Diálogo de Saberes e Ignorancias (Programa del Chisme en el preámbulo de la consulta), -Actividades lúdicas, recreativas y culturales (con grupos comunitarios en las Juntas de Acción Comunal y Grupos Vecinales, donde se trabajaba la observación, el asombro, la creatividad, la solidaridad y la integración). -Giras vecinales y reuniones de integración vecinal (vinculados a procesos comunitarios de desarrollo). – Alimentación saludable (en conexión con el de Desarrollo Campesino/agroecológico) – Las actividades de construcción de pensamiento también conectaron con el CSNE en los coloquios: “...estuvieron chilenos, argentinos, ecuatorianos, de Canadá, de España, de Colombia de diferentes departamentos, pasaron por acá, por el puesto de salud”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

**Figura 2-22. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Diálogos de saberes. Popayán-Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

*“...Porque hacíamos tanta reflexión y los coloquios, las semanas, ... instituímos la Semana de los Derechos... A Sabater lo trajimos por el derecho a la ética. a Luis Carlos Restrepo el psiquiatra, por el Derecho a la Ternura, el derecho al ocio, el derecho a la risa. Esas semanas, hacíamos unos conversatorios, ... esas semanas eran de discusión de pensamiento de punta. Cuando nosotros íbamos en esa época a cualquier reunión a Bogotá, la persona que fuera de FUNCOP siempre se destacaba hartísimo en las reuniones nacionales de lo que fuera “. (Esperanza Cerón en grupo focal).*

*“...hacíamos reuniones prácticamente semanales y quincenales. Cada reunión de FUNCOP era una escuela donde se hablaba del pensamiento de punta, de cosas que en Colombia no se estaban hablando”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

### 2.4.1 De la relación con el gobierno y la APS de la salud pública

La comunidad en la época no percibió que el CSNE estuviera articulado con la APS del modelo biomédico oficial. El sector oficial de la administración pública en salud, tanto administrativos como asistenciales, tampoco lo consideró así, excepto por la cercanía extraoficial de algunos de los funcionarios, principalmente de cargos directivos altos, que apoyaron el proceso en la coyuntura política del gobierno progresista indígena que hubo en un periodo, dado su propio recorrido personal en gestión comunitaria con una mirada abierta y progresista. No obstante, reconocen el papel pionero del CSNE en el posicionamiento de los trabajos urbanos y regionales en materia gestión de salud con una mirada holística:

*“...Ellos (la comunidad) no lo identificaban como tal, como un puesto de salud que fuera del servicio de salud del Cauca, como quien dice la Secretaría de Salud o a nivel municipal, ¡no! siempre estaba la diferencia por las mismas características...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...El centro de salud siempre fue un centro de salud privado, así lo consideraba la Secretaría de Salud, la Secretaría de Salud siempre consideraba el centro de salud como privado ... Ahí nosotros llevamos unos indicadores epidemiológicos que eran los básicos, pero eran como propios, nosotros no reportábamos a la base epidemiológica del municipio... No tenía ningún articulación con el sistema público, incluso en la zona hay dos centros de salud muy cercanos, que son los centros de salud de lo que se llama la Empresa Social del Estado hoy, en esa época se llamaba Unidad Popayán y el centro de salud no tenía ninguna vinculación institucional con procesos que tuvieran que ver, por ejemplo, con esos dos centros de salud que son muy cercanos... uno es el centro de salud del 31 de marzo, que queda muy cercano ahí, a cinco minutos en carro, y el otro que es el centro de salud de la María Occidente.. en algún momento tuvo unos intentos de acompañar procesos de salud comunitaria y salud preventiva basado en los factores determinantes epidemiológicos y con una dinámica diferente, pero fueron fallidos ...es que yo estuve en el 2001 y en el 2002, con la Secretaría Departamental de Salud el coordinador de la unidad que era yo”. (entrevista a Hugo Sarria)*

*“...El centro de salud fue pionero, digamos, en términos de empezar a hablarle, incluso en los encuentros que logramos tener, donde Julio Payán fue central, Esperanza Cerón, de empezar a hablar de otras cosas que no se hablaban en la formación de los médicos ortodoxos, pero que los médicos neural terapeutas, por ejemplo, sí tenían en el tema de la termodinámica, de la física cuántica, los sistemas*

*complejos, etcétera, toda esta base teórica que empezó a plantearse, pero también todo el tema de la relación médico-antropológica, sociológica, de la relación de los fenómenos sociales con la vida, con la felicidad, etcétera.... la comprensión de los fenómenos de la salud de enfermedad, de los procesos de salud de enfermedad, de la discusión con la comunidad cuando la comunidad está enferma, cuando está sana, los temas de vivienda, de agua potable, de alcantarillados, de acueductos, de soberanía y seguridad alimentaria, de violencia basadas en género, de los derechos sexual y reproductivos, de nutrición o desnutrición, de formación comunitaria, pues también los procesos de IAP permitieron que la gente empezara a comprender los fenómenos de salud de otra manera.” (entrevista a Oscar Ospina)*

Aunque el CSNE se encontraba en Popayán, el ente gubernamental que lo regia en materia de salud pública recaía en la Dirección Departamental de Salud del Cauca y no tanto en la Secretaria Municipal de Salud de Popayán. En el periodo en que se intentó consolidar una relación directa con la salud pública, fue más lo que aportó el proceso del CSNE al municipio y el departamento, que lo que recibió de ellos, en particular cuando se afrontaba la transición al modelo de aseguramiento que trajo la Ley 100 de 1993. Siempre hubo una resistencia por parte del gremio oficial de la salud:

*“...la apertura en esa época hacia la medicina alternativa no era fácil ... siempre había una creencia de que había una supremacía de los médicos ortodoxos frente a los médicos alternativos y siempre se creía pues que eso era charlatanería...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...en esos periodos hubo distintos gobiernos, pero digamos que la dinámica se la ponía las personas que estaban trabajando en el Centro de la Esperanza porque ellos hacían gestión, ellos trabajaban, ellos mostraban su trabajo y no siempre tenían respuesta. Y yo hablo de la época en la que a mí me tocó en la dirección que era departamental, no era municipal, que lo que nosotros hicimos fue aprender de ellos... sacábamos cosas de su experiencia, de lo que ellos ya tenían de acumulado para nosotros aprender de ellos y tratar de llevarlos a otros sitios.” (entrevista a Milton Guzmán).*

*“...nosotros, realmente sí, sí trabajamos de la mano con ellos y en lo personal yo consideré siempre así el centro de salud no hiciera parte de la red oficial de centros y puestos de salud, desde luego que nosotros considerábamos que ellos hacían un*

*trabajo en la zona y siempre buscamos cómo articularnos, que digamos fue una tarea que no era fácil porque lo que buscamos era cómo articular para que la gente que quisiera ir al centro de salud a buscar por medicinas alternativas su atención, por medicina alternativa fueran atendidos, si está hablándote antes de la ley 100...”.* (entrevista a Oscar Ospina)

*“...hablando de Oscar Ospina que fue pionero en la apertura de los primeros lugares públicos de relación entre las medicinas tradicionales y las medicinas ortodoxas. ... la escuela de FUNCOP, en el Centro de Salud de la Nueva Esperanza, y Julio César también tuvo relaciones, digamos tentáculos en otras zonas como en el Oriente del Cauca.... fui director de ese hospital (del hospital regional oriente del Cauca en Alcázar, que comprende los municipios de Páez e Inzá) por el año 90 o 91 y allí fue por primera vez pudimos aperturar la relación oficial entre la medicina indígena y la medicina ortodoxa en términos de tener huertas de plantas medicinales, de tener un trabajo relacionado con los teguas, los médicos tradicionales, con las parteras y trabajar de la mano de ellos para que pudiéramos avanzar ...”* (entrevista a Oscar Ospina).

Aun en ausencia de políticas públicas específicas, fue notorio el impulso que dio a la medicina alternativa la expedición de la Resolución 5978/1992 (149) sobre Normas técnico administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y la creación del Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas, así como la Resolución 2927/1998 (150) que reglamentaba la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, sobre todo porque permitió proponer y desarrollar planes de gobierno en algunas regiones. Como lo sería hoy la Ley 1751 de 2015, que habla de la salud como derecho fundamental e incorpora el principio de interculturalidad, y ya en tiempos más recientes los Lineamientos Técnicos para la Articulación de las Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (10):

*“...la organización del Sistema Nacional de Salud en ese entonces era completamente diferente y no hablábamos como hoy de políticas públicas, pero sí había una voluntad desde nuestros espacios para lograr que hubiera una articulación porque consideramos que efectivamente ya el gobierno nacional, cuando fui subdirector por primera vez ya había una base normativa nacional para trabajar y para abrir..”* (entrevista a Oscar Ospina)

Y sobre la APS para la medicina tradicional del Cauca, con la que la Terapia Neural hace el mayor acercamiento:

*“...la atención primaria en el Cauca tiene, digamos, todo tiene que ser no solamente adoptado, sino adaptado a la realidad concreta del departamento... ellos tienen una apuesta política... como movimiento indígena, sobre todo... la plata que hay es para que aseguren tanta población, y ellos dicen no, nosotros no podemos asegurar a unos y a otros no. ...”. (entrevista a Milton Guzmán).*

*“... los indígenas asumen que ellos tienen que montar una EPS y la montan, la asociación indígena del Cauca (CRIC), y trabajan desde una perspectiva de atención primaria en salud...con unas lógicas distintas, empiezan a apropiarse, aprenden a administrar, aprenden a hacer una serie de cosas y todo es de la lógica de la Atención Primaria en Salud, digamos, puesta más para el lado de la salud que para el lado de la enfermedad, pero cuando tienen que atender la enfermedad, pues la atienden...” (entrevista a Milton Guzmán).*

Mientras que lo que se intentó hacer en lo urbano con la red de servicios de sistema de salud, no dio resultado:

*“...y con el Dr. Payán nos encontramos en un intento ... era una dinámica coyuntural en el gobierno de Floro Tunubalá (2001-2003) de una gobernación progresista, con unos énfasis en trabajar con organizaciones comunitarias y el director departamental de salud de esa época, que se llama José Milton Guzmán junto con Oscar Ospina (quien venía de hacer un trabajo con resguardos indígenas; con plantas medicinales y abonos orgánicos, cuando fue director del hospital Susana López), funcionario de la Dirección Departamental de Salud, (ambos también fueron entrevistados para el presente estudio de caso). ... llaman al Dr. Payán para que se haga una propuesta de trabajar conjuntamente la zona de las comunas 7, 8 y 9. Y yo estaba trabajando como Coordinador de la unidad local de salud, ... se trató de hacer una simbiosis ahí de juntar funcionarios tanto del Centro de Salud de la Nueva Esperanza como de los otros centros de salud, para generar pues una dinámica propia con otro énfasis y eso fue un fracaso. O sea, perdimos todos los impulsos, todas las reuniones que tuvimos...” (entrevista a Hugo Sarria)*

Al respecto el Dr. Guzmán, que fungió como Director Departamental de Salud en esa época comenta: “...los médicos que estaban en el sector público del Cauca no estaban muy convencidos de eso. Entonces, casi que los sitios donde se pudo concretar eran porque llegaban médicos y enfermeras que estaban dispuestos a trabajar en el tema”.

*“...Porque primero era una propuesta más bien de tipo impositivo desde las directrices... pienso que muy vertical. Una propuesta muy buena desde el punto de vista de lo teórico... pero cuando vas allá al centro de asunto y tienes que contar con personajes, funcionarios de salud, dinamizadores de auxiliares, promotores, los médicos ni que hablar, ya no, vincular a médicos del contexto de la dinámica de estos procesos muy complicado... no estaban ni siquiera interesados en aprender una dinámica diferente ... de tener un modelo más preventivo, mucho menos asistencial y mucho más en el énfasis básicamente de la atención primaria en salud, incidir en el proceso educativo o informativo comunitario y de empoderamiento comunitario, es decir, que las comunidades se empoderen de esos procesos de salud desde lo comunitario... yo creo que en eso fallamos”. (entrevista a Hugo Sarria)*

## 2.5 Dificultades y declive

Varios factores dificultaron el funcionamiento posterior del CSNE, particularmente desde finales de los 90’s y los inicios del siglo XXI. Dentro de ellos, la reorganización del sistema a través de las EPS que contempló la Ley 100 de 1993, que cambió los procesos de atención en las comunidades, dirigiéndose más a lo institucional medicalizado que a los programas de atención y promoción básica incentivados por la acción de la figura del Promotor(a) de Salud directamente en las casas. Al menos una parte de esa década y la siguiente, en el Cauca, por las características sociopolítica del territorio, esa figura se mantuvo:

Bella María Calucé nos relata:

*“...entonces yo digo que los años que se sostuvo fue precisamente por la misma demanda que tuvo el programa pero cuando empieza, y también porque había habido toda una formación de las Promotoras, que eran las promotoras de salud que en este caso pues hacían parte del programa, que se iban a los barrios y hacían la parte de educación de promoción y educación en salud. Entonces era la gente que iba al centro de salud y todo eso pero había una demanda”*

*“... lo que el Dr. (Payán) nos decía y era lo más importante, no era tan importante la atención directa al paciente o sea que teníamos que desplazarnos. Entonces a él no le interesaba que siguiéramos haciendo consulta porque a uno siempre le exigía el trabajo social, o sea, sí se atendían en la mañana o una media jornada. Cada vez era menos consulta, más trabajo más trabajo de prevención y promoción”. (entrevista Nancy González).*

*“...esa época empieza a desaparecer los promotores de salud, empiezan a desaparecer los puestos y centros de salud ... y ellos lo mantienen (el CRIC). Y nosotros lo mantenemos, todos los departamentos dejan de ser Direcciones de Salud y se vuelven Secretarías de Salud, nosotros seguimos siendo Dirección Departamental de Salud del Cauca. O sea que los servicios de salud dependían de nosotros directamente y en el resto del país era ellos por allá y estos por acá. (entrevista a Milton Guzmán)*

Las dificultades de la financiación económica del CSNE jugaron un papel importante, particularmente cuando FUNCOP se retira en el 2007, en parte por los cambios que el modelo de la Cooperación Internacional afrontaba a nivel mundial. El CSNE intentó hacerse autosostenible, pero no lo logró:

*“...la parte asistencial no fue asumida directamente por el municipio, a pesar de la cantidad de personas con las cuales el centro de salud pudo atender y pudo promocionar la salud ...desde allí se atendió personas de Popayán, de muchos municipios del Cauca y de otros departamentos.... eso implicaba ya unos gastos, unos gastos administrativos, unos gastos de un grupo, porque había su celador, la promotora de salud, una persona que hacía las funciones de auxiliar de enfermería que era preparada en la comunidad y había otras personas del aseo, el pago del médico, la compra de materiales, todo eso implicaba tener una organización mucho más desde la parte administrativa que la asociación inicialmente la asumió, pero no pudo seguir sosteniendo esos gastos.... era muy difícil buscar o articular o proponer alianzas con otros actores para la continuidad, yo creo que ahí hubo mucha debilidad también”. (entrevista Nancy González)*

El CSNE especialmente en su proceso final, ya sin el acompañamiento de FUNCOP, afrontó las dificultades propias de la convivencia en los barrios, donde se suman múltiples

elementos de comportamiento en sociedad, entre ellos los conflictos de intereses, que podrían llegar hasta la corrupción:

*“... adicionalmente, puede haber habido una fragmentación allí, social de entre la asociación y la Junta de Acción Comunal ..., había un poquito de celos ahí entre la asociación y la Junta, porque la asociación asumió desde un principio como una pertenencia de ese centro de salud que era de la comunidad y la Junta demandaba, pues exigía también de la asociación que se diera también unos informes”. (entrevista Nancy González).*

*“.. si usted no acolita la corrupción al interior de la Junta de Acción Comunal, entonces usted es malo ... al pedir cuentas claras ... lo que genera división de la comunidad... que no está de acuerdo y se pronuncia, pero se gana enemigos...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...Parece ser que decir la verdad es otro de los problemas, ... Y se sigue presentando. Mire, cómo nosotros podemos hacer para no aceptar las cosas malas que se hacen?: no aceptarlo ... que las cosas se hagan por la vía legal. Les decía yo, aquí en una reunión que hicimos en el barrio, parece ser que todos llevamos como interiorizado la corrupción, pero a unos se les desarrolla más que a otros, porque se miran estos espacios donde la gente quiere sacar tajada en términos económicos, entonces el trabajo social comunitario no es netamente gratuito, sino que “cómo voy yo ahí”, entonces, si ya se da la situación en la cual se evidencia algún peculado, el que el que saca relucir, el que no está de acuerdo es el que se gana el enemigo... y yo ahí me pierdo allí”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...nosotros creemos que son los senadores, que son los representantes a la cámara, ...todas esas instituciones vueltas nada de la corrupción tan impresionante... yo les dije, inclusive en la última asamblea, la corrupción empieza desde las Juntas de Acción Comunal y hoy lo estamos viendo, aquí un ejemplo claro ... Por Dios, ¿cuándo se acaba esto?”, “...el Dr. Rodrigo (cuando estuvo en la dirección del CSNE) .... le dijo hágame el favor y me dice qué es lo que pasa con la plata de la consulta... pues la señora no tenía ni un peso en el banco, ya toda se la habían gastado y ella argumentó así de sencillo: “pues yo por mis hijos hago lo que sea, y si yo me gasté esa plata era porque necesitaba darle de comer a mis hijos y a mí me resbala lo que ustedes piensen”... en la última reunión porque ahorita está pasando un caso igualitico, un caso igual donde el presidente que tenemos...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Respecto al estado actual del inmueble del CSNE: "...por lo menos lo que a mí me han contado no me consta ... lo que me han dicho es que ... está alquilando como si fuera su propiedad el centro de salud y sacó a todas las demás es lo que me han dicho, o sea, no es para mi juicio, no es una persona ética..." (Esperanza Cerón en grupo focal)

Otros factores se sumaron a partir de la década del 2000 para generar inconvenientes para el funcionamiento del CSNE en el esquema en que estaba planteado, entre ellos las nuevas condiciones exigidas por las normas de Aseguramiento de la Calidad, que acompañaron la reforma a la salud en el SGSSS, entre las que se destaca la Ley 715 de 2000 (138), en cuanto a inscripción y registro especial de entidades de salud y niveles de atención. El Decreto 1011 de 2006 (130), sobre sistema obligatorio de garantía de calidad en el SGSSS. La resolución 2003 de 2014 (140), respecto de procedimientos y condiciones a cumplir por los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios.

Para el proceso de habilitación, se presentaron también exigencias de la norma en materia de adecuaciones locativas costosas y de requisitos para los profesionales, que el CSNE tuvo que afrontar con muchos inconvenientes:

*"... no es solamente lo de la procaína acuérdesese que hubo toda una exigencia desde el Ministerio y de la Secretaría de Salud, de acondicionar, toda la parte de habilitación y que no solamente tenía que ver con el espacio físico, sino también con los médicos, con la formación médica" ... " ... es que todas las exigencias que nos hacían no teníamos el dinero para condicionarlo como ellos querían, y hoy uno hoy en día uno ve que están funcionando, o sea, funcionan peor" .... "eso fue la discusión que el Dr. Payán hizo, en ese momento con la secretaria de salud de departamento, el modelo prácticamente nos sacó, no pudimos cumplir con toda esa mano de requisitos que exigía la dirección departamental. FUNCOP ya no pudo y la asociación, pues ya menos" (Bella María Calucé)*

En la época se trabajaba con prácticas poco rigurosas en términos de control de insumos, como la procaína, que se conseguía en cristales importados desde Alemania, pero sin registro Invima, y se preparaba la dilución de forma manual y casera en carpules para aplicar con jeringas de odontología. No se empleaban jeringas desechables. No obstante, aunque es un concepto muy difícil de asimilar hoy por hoy en la bioseguridad, no se

registraron inconvenientes de infecciones, probablemente por las propiedades antibióticas de la procaína y porque desde la perspectiva de la Terapia Neural, esta expresión infecciosa de la disfunción orgánica obedece principalmente a una alteración de los sistemas corporales (concepto de “terreno”) que la propia Terapia Neural busca regular (54)

### 2.5.1 Algunos aspectos de índole político a considerar

Como ya se ha mencionado, aspectos del orden político fueron particularmente determinantes para el funcionamiento difícil y luego el cierre del CSNE, teniendo en cuenta las características del proceso comunitario en el que se desarrollaba a través de los programas de FUNCOP.

Una vez constituido el CSNE y consolidada una gestión comunitaria exitosa, se convierte en atractivo politiquero para votos, como pudo observarse en las descripciones:

*“...Entonces como ya se ha formado la casa, ya la gente tiene que ladrillo y tiene agua y tiene luz y tiene todo entonces llegan todos los politiqueros mire en el barrio, en el Retiro Bajo nos veníamos acordando es la mamá de político que se murió hace poco, es alcaldesa como 85, 86, ... y empieza a llevar a su hijito ...sí murió de sobredosis...les voy a regalar una marrana, porque ella estaba postulando a su hijo ... para un cargo político y el hijo pues se hecho medio discurso ahí... y resulta que la gente espere esa marrana no pues pa navidad es marrana, no esperando la marrana ...Cuando llega con la marrana y era una marrana de cerámica de alcancía (Esperanza Cerón en grupo focal) .... “Pues ya la gente había votado”. (Bella María Calucé)*

*“... Claro, pero todo tiene un contexto y el contexto es que todo el movimiento social, cuando la cuando la derecha se da cuenta de que de que se ha consolidado tanto los asentamientos y se han formado estos liderazgos entonces caen los politiqueros hacer promesas electorales entonces muchos líderes fueron cooptados”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

Cuando se presenta la salida de FUNCOP del CSNE, se evidencia aumento de las presiones sobre el proyecto comunitario del CSNE:

*“...ya era decisión política ya más que todo la del cierre” ... Entonces nosotros dijimos no, eso fue una persecución” (Bella María Calucé). “... Payán ya tenía muchos*

*enemigos de la derecha aquí, y FUNCOP tenía también muchos enemigos de la derecha aquí, que ya se monta también, hubo toda una persecución política” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...hay determinantes sociales, pero también hay determinantes políticos de la salud...” (entrevista a Oscar Ospina)*

### **2.5.2 Algunos aspectos relacionales del tejido social y conflictos organizacionales**

Como parte de las dinámicas del relacionamiento dentro del tejido social en los procesos de gestión comunitaria, particularmente singulares en los territorios, se presentaron diferencias entre las lideresas iniciales del proceso y las que posteriormente fueron incorporándose, al igual que entre la asociación de mujeres y la junta de acción comunal, y entre la asociación de mujeres y FUNCOP.

*“... eso fue fundamental y eso desmoralizó mucho, desmoralizó a las mujeres, desmoralizó a todo el mundo y también yo lo voy a decir, no estaba, puedo estar equivocada, pero ustedes si estaban aquí, hay unas mujeres dentro de la asociación que vi, quieren convertir en un negocio en ese momento que decimos que o que lo cierran... mujeres que dicen uy, aquí, esto tan bueno pongámosle un negocio, ¿no? Y eso divide la asociación, hay que contar eso porque eso fue verdad, eso vivía la asociación” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

### **2.5.3 Del retiro de FUNCOP**

Hacia 2007-2008, se presentó un conflicto relacionado con pretensiones de temas laborales y económicos de la asociación de mujeres contra FUNCOP, que finalmente condujo al retiro de FUNCOP del acompañamiento del proceso.

*“...cuando entra en la crisis de muchos factores que confluyeron en ese momento y que termina por cerrarse el centro de salud institucionalmente, y FUNCOP que era la encargada ...tiene que hacer un proceso que creo fue bastante complicado y complejo ... Ellos trataron de hacer una especie de traspaso administrativo a dos organizaciones que estaban en su momento ahí ...pero que, pues por digamos que las dinámicas propias de cada individuo y de cada persona que participó dentro de*

*ese proceso, pienso que se generaron muchos roces institucionales.” (entrevista a Hugo Sarria)*

*“... hay unas dinámicas propias de las organizaciones de mujeres y la otra organización que es de la parte agroecológica, pero existen dinámicas individuales y procesos que incluso ellos ya estaban en conflicto porque cuando FUNCOP entrega, se generan los conflictos de tipo laboral de no liquidar a trabajadores que supuestamente habían estado acompañando el proceso desde el punto de vista comunitario, pero que al parecer no tuvieron ningún tipo de contratación legal, pues, basadas en un contrato o algo, sino que fueron, por ejemplo, me explico, era una dinamizadora ayudando y colaborando en el puesto de salud durante muchos años. .... después hay demanda a FUNCOP por esa parte” (entrevista a Hugo Sarria)*

Tanto el proceso comunitario, como el de la consulta con Terapia Neural, se vio afectado con la salida de FUNCOP. De las 3 asociaciones comunitarias, la Junta de Acción Comunal, CORPOCIR y la Asociación de Mujeres, solo la última se hace cargo del CSNE, y se cambia el nombre por Asociación para el Desarrollo Integral Nueva Esperanza.

*“... Al Dr. Payán le dio muy duro. ...entrar en procesos en donde uno no podría llamarlo a esos fracasos, sino todo lo contrario, o sea vislumbrar los realismos políticos organizativos que se dan en la comunidad con la idea de bajarse uno de la nube, de los procesos, de liderazgos y de todo ese rollo pues que a veces los egos llevan a los mismos trabajadores de la salud y a los mismos trabajadores comunitarios a generar liderazgos en donde termina uno después con el tiempo dándose cuenta que comunidad no hay.... a usted le entregaron un puesto de salud con unas organizaciones, un grupo de organizaciones institucionalmente configuradas, personería jurídica, pero sin comunidad detrás. ...Es decir, alrededor del centro de salud más de 20 personas no había.... me refiero al proceso comunitario. Es decir, términos de una consulta médica con énfasis en la Terapia Neural y eso, pues sí, eso tenía sus usuarios.” (entrevista a Hugo Sarria)*

*“...Son dos organizaciones... Y ellas quedan tratando de liderar procesos desde el punto de vista de la educación y la prevención en relación con la comunidad, pero es precisamente lo que se va perdiendo, ... ese proceso no es fuerte y ahí es donde se da cuenta el Dr. Payán, de que de alguna manera había una dependencia muy muy tenaz de la dinámica de FUNCOP, que al retirarse FUNCOP se pierde el proceso....eso es parte de las dinámicas muy frecuente encontrarlas cuando las ONGs trabajan en la parte comunitaria ... tanta dependencia de los procesos que*

*cuando tú te retiras ... no hay quien lidere y si hay quien lidera, lo que hace es generar conflicto al interior de los procesos comunitarios". (entrevista a Hugo Sarria)*

Después se intensificaron dificultades relacionales entre las asociaciones y al interior de las mismas con señalamientos de comportamientos no éticos, y se llegó incluso a afectar la reputación de participantes del proceso. Actualmente persisten las dificultades en la comunidad sobre la sede del CSNE.

Al respecto Bella María Calucé, en el grupo focal, nos relata:

*"...yo tuve la oportunidad de conversar con X (una de las mujeres asociadas demandantes) hace varios días (en 2022), ... una conversa entre amigas porque nos encontramos en un velorio y me contó que X estaba destilando veneno. Entonces yo le digo, y después digo ah, pero eso ya pasó uno que se va a poner ahí entonces...Y ... (la otra de las demandantes) , me estuvo contando de esa persona X estaba peleando ese centro de salud como persona, como propiedad de ella ... tengo entendido que ya tiene un compañero que es abogado, ajá y él es el que la está asesorando... La asociación sigue al día en sus papeles de personería jurídica, ... sino que cometimos el error de darle permiso a X para dormir en una época que había estado muy mal, como dos o tres meses allí, y ella incluso se adueñó entonces. ..Luego la asociación arrendó y le dijeron a ella que recibiera el dinero y ella lo recibe y que lleva más de año y medio que no les da cuentas, si ella se está gastando el dinero, que entonces a cada rato que le dicen oiga cuándo nos vamos a reunir que debemos que aclarar. Ya se asesoraron (la asociación) con otro abogado..."*

Además, los procesos y gestiones en FUNCOP tuvieron transformaciones al interior que impactaron al CSNE:

*"...pienso que el debilitamiento de FUNCOP como institución tuvo que ver mucho. Una gran debilidad de FUNCOP allí, irse como desdibujando en sus cosas". (Luis Fernando Córdoba en grupo focal). "...FUNCOP perdió a mi juicio, con todo el respeto, perdió más que liderazgo, nosotros pensamos esto; lo hablamos mucho con Payán, con Wilches años después, nosotros pensábamos que toda la gente se estaba formando en el mismo nivel de pensamiento.... como colectivo se diluyó. ¿Por qué? Porque no se siguió alimentando el pensamiento." ... Y esa formación interna*

*se perdió cuando nos fuimos la mayoría de los que estábamos; asesinan a Laura, me fui yo, se fue Gustavo, se fue John Jairo...” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

Los contextos y las realidades mundiales fueron cambiando, impactando también los mecanismos de financiación y patrocinio a través de la Cooperación Internacional, en la que se apoyaba FUNCOP:

*“...FUNCOP se queda huérfano en esa parte de administración, la cooperación cambia, nos tocó la época de la cooperación internacional cuando los cooperantes de la cooperación internacional eran gente mayor con mucha formación...impactados por la Segunda Guerra Mundial en Europa, y tenían un compromiso político por encima de cualquier cosa. ...había unas plataformas nacionales... de la cooperación alemana, de los holandeses, nos reuníamos periódicamente con la gente, pero eran los cooperantes que no te condicionaban, ...nos decían ustedes qué necesitan y nos daban para eso. En ese momento se despliegan los tigres asiáticos y la cooperación internacional cambia totalmente en el mundo, porque hay una nueva política del Fondo Monetario, el Banco Mundial, que hace cambiar la cooperación internacional, particularmente en Europa. Estados Unidos siempre te ha financiado lo que ellos quieren que hagas, no lo que uno necesita”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...Entonces, en ese momento en que todos nos vamos de FUNCOP, cambia la cooperación internacional y te empiezan a ofrecer un proyecto económico, pero que diga esto y esto y no para hacer procesos (como lo hacía FUNCOP)” ... de allí, de FUNCOP nace el proceso de Cosurca.. ahora te financian lo que ellos quieren y te dicen ..que usted haga estas cinco capacitaciones o usted construya una cosa. ...Pero construir procesos comunitarios implica paciencia y la concepción de la cooperación internacional hoy es absolutamente neoliberal, incluso no les conviene que usted haga proceso. Usted hace proceso, está construyendo pensamiento y está construyendo procesos subversivos en el buen sentido de la palabra, no armados, sino procesos que quieren ser autónomos, etcétera. Entonces confluyen todas esas cosas en la debacle de FUNCOP” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

Los cambios al interior de FUNCOP, dejan al Dr. Payán al frente del proceso administrativo, de lo cual al parecer no tenía mucha habilidad: “...Y Payán se queda, no digamos que solo porque en otros nunca lo abandonamos en términos de seguir charlando, pero ya no era la construcción colectiva” ... “...quedó Julio solo y Julio no era para administrar nada. Yo lo adoro, pues sí, yo lo adoro a morir, pero Julio para administrar nada y Julio no entendía

eso, no entendía de la cooperación internacional, le parecía mamona”. (Esperanza Cerón en grupo focal)

Luego del retiro de FUNCOP, la consulta en el CSNE también se ve afectada: “...el centro de salud se nutriría de los estudiantes de Payán, ya era menos gente la que llegaba. Entonces, claro, ya no hay médicos en el centro de salud haciendo la práctica, la consulta” (Luis Fernando Córdoba en grupo focal).

La sostenibilidad financiera y la consolidación del modelo del CSNE, frente al desafío que se implicó para la implantación del modelo de aseguramiento de la Ley 100, implicó al interior de FUNCOP profundos análisis y discusiones para la toma de decisiones:

*“...FUNCOP fue una de las gestoras, de las ONGs, gestoras de procesos de empresas solidarias de salud en el Cauca ... que eran organizaciones comunitarias para gestionar la salud de un grupo comunitario territorial. Aquí en el Cauca se crearon (19) diecinueve empresas solidarias de salud, o sea, fueron diecinueve municipios... se formaron bajo el concepto del mutualismo .... incluyendo ASMET, que hoy es EPS y está intervenida...” (entrevista a Hugo Sarria)*

*“...Nosotros como FUNCOP mea culpa total, cometimos un error gravísimo. Julio nos advertía que no nos metiéramos en el proceso de las empresas comunitarias de salud ...Julio era un visionario, dijo esa ley es una mierda, no nos metamos con las empresas comunitarias de salud. ...teníamos un poco de presión de comunidades de Patía, ...porque se imaginaban que íbamos a hacer la experiencia de puesto de salud en Patía, en el Tambo, en las distintas partes. ... votamos y Julio quedó en minoría”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...En el Ministerio ...conocía nuestro trabajo y las comunidades con que trabajábamos nos dijeron, pues armemos una para que podamos tener un puesto de salud de la Nueva Esperanza en todos esos municipios... y Julio nos decía: se van a acordar de mí y nos acordamos de él, pues claro, con dolor en el alma, pero Julio también nos decía por qué FUNCOP tiene que financiar esto, esto lo tiene que financiar el Estado”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“... Ministerio de Salud nos usa a todos en el país. Nos echa el cuento en la atención primaria en salud para las empresas comunitarias. Ellos las iban a financiar, entonces le dijimos Julio, pero es que vos decís todo el tiempo que sea el Estado el que financie, entonces está es la oportunidad. ... hace el contrato de hacer la constitución de las empresas comunitarias, todas las que existen en el Cauca ...FUNCOP lideraba ese proceso, nosotros dijimos bueno, pues es que esto es para reproducir la experiencia como nos lo pide la gente en las comunidades y se arrancó la cosa”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...Julio tenía toda la razón, a los tres meses el Ministerio de Salud los convierte en la cosa es que hoy es espantoso, Las EPS's. Entonces, nosotros engañamos a las comunidades porque a nosotros nos engañó el Ministerio” ... Y les quita a las comunidades todo el poder y se lo entrega a los privados y los que no eran se convierten en privados y se convierten en unos burócratas que hoy están en la cárcel”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...En ese proceso John Jairo decía, él era más gestor, más visionario al dinero, pues entonces hagámonos socios ... ahí si todo mundo se opuso, donde FUNCOP se haga socio, ahí si peor”. (Bella María Calucé)*

*“...eso impactó a FUNCOP negativamente... en el trabajo con la gente, en el económico también, porque no ganamos nada, lo que ganamos con eso fue la capacitación no más” (Esperanza Cerón en grupo focal) ... “perdimos credibilidad” (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

La mirada de la autoridad de salud de la época identifica como una de las causas de declive y cierre de CSNE, radica también, entre otras, en falta de normativa y políticas para el desarrollo de la medicina alternativa en el país:

*“... En Colombia no hemos avanzado muy rápidamente en tener una legislación en torno a las medicinas alternativas y yo creo que eso ha afectado en parte procesos como estos...” (entrevista a Oscar Ospina)*

#### **2.5.4 Del alejamiento del Dr. Payán**

Desde el proceso del CSNE, como se ha mencionado a lo largo de estas descripciones y relatos, va muy conectado con la fuerza y dinámica humanista y comprometida de sus gestores, en especial del maestro Dr. Payán, cuyo deterioro de salud en las últimas etapas

de su vida también marcó de alguna manera el devenir del centro de salud en relación con la Terapia Neural, y lograr que se comprendiera y ejerciera de manera coherente con sus principios y fundamentos, tanto en lo clínico como en lo social y comunitario:

*“...como en el 2013, ... Julio está muy mal ...Yo cancelé todo y me fui dos veces en dos cursos de esos (cursos de Terapia Neural en Cali), ...él se murió pensando que todos nosotros éramos un fracaso más o menos... Él me dijo mira, Esperanza, cómo va a ser posible que toda la gente que ha pasado por el consultorio y ponga una aguja y mande tres antibióticos y se le aguaban los ojos. No Julio, así no es; por eso yo te decía, que él debe estar feliz donde quiera que esté, de ver que la cosa camina, la cosa está caminando (la medicina neuralterapéutica)”. ...Sin enviar antibióticos. Es que había gente que bombeaba y mandaba esteroides. Pero él se murió, él se murió con esa idea. Se le montaron muchas depresiones”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...Yo creo que lo duro fue desconectarse también... Porque salió de su consultorio. Se aisló porque no tenía con quien dialogar”. (Bella María Calucé)*

*“...Él en el congreso del 2018 estaba muy contento porque incluso habló de que se podían crear sin la locura, y que él estaba contento de ver que si era posible crear y seguir dentro de la concepción”. (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

## **2.6 Cierre temporal y ¿cierre definitivo o transformación? - Perspectivas**

En 2009 se presenta la medida de aseguramiento No 161 (148) la Secretaria de Salud Departamental, durante la visita para el proceso de habilitación, con decomiso de frascos de procaína vencidas, que afectó temporalmente la parte asistencial del CSNE.

**Figura 2-23. Centro de Salud La Nueva Esperanza. Medida preventiva de seguridad. Popayán-Cauca. Mayo 2009.**



Fuente: Archivo personal de Barbara Elena López.

En 2009 se presenta la medida de aseguramiento No 161 (148) la Secretaria de Salud Departamental, durante la visita para el proceso de habilitación, con decomiso de frascos de cocaína vencidas, que afectó temporalmente la parte asistencial del CSNE.

Luego continúa funcionando como consultorio alternativo, administrado directamente por las mujeres de la asociación, que contrataban médicos terapeutas neurales formados en los Robles y con el Dr. Payán. Dentro de los cuales están el Dr. Hugo Sarria, el Dr. Rodrigo Lozada y el Dr. Oscar Orozco, entre otros. Se continuaron algunas actividades del componente comunitario, principalmente relacionadas con educación y alimentación saludable. Se intentaron varios mecanismos de difusión del servicio de consulta alternativa para dinamizarlo:

*“...hacer básicamente la dinámica de la consulta, atención de usuarios que por oferta y demanda buscan los servicios del centro de salud y se realizaron sin mucho costo que unas tres o cuatro actividades en conjunto con las organizaciones comunitarias que estaban allí a cargo, en las cuales estaba la propuesta de producción o de*

*consumo de alimentos mucho más sanos, ... campañas de salud desde el punto de vista de la parte educativa de formación de los sistemas de salud, enfermedades prevalentes de la infancia, pero no con la metodología de IAP, apoyo en lo que tenía que ver con los problemas ocupacionales de los mayores, de los abuelos, que la mayoría son trabajadores informales o trabajadores del campo...” (entrevista a Hugo Sarria)*

### **2.6.1 ¿Por qué perdura tanto el CSNE y por qué se acaba o se transforma?**

Si consideramos las dinámicas que afrontó y que generó en su creación, su auge y transformación final, el proceso del CSNE se da durante casi un cuarto de siglo, y podríamos interpretar que una de las razones importantes para su permanencia fue precisamente el haber generado un proceso participativo que permitió a varios de sus participantes, en sus distintos roles, una transformación o la consolidación de una perspectiva de vida:

*“...había un sentimiento de pertenencia grandísimo. Ese centro de salud era un espacio comunitario, porque es que era hecho por las mujeres, eran protagonizadas por las mujeres del barrio que vivía al frente. ...un sentimiento era como parte de la casa, ese yo creo que es uno de los impactos más grandes, era un centro de salud que pertenecía realmente a la comunidad, no era impuesto, no era ajeno, no era que atravesabas una puerta de una institución, sino que era la casa de la comunidad, entonces, la gente llegaba así...” (entrevista a Sandra Payán)*

*“...tuvieron una participación, se apropiaron, empezaron a ver cómo se hace investigación social, ya como sujetos, sujetos activos de un proceso...permite que ese proyecto que empezaron dure tanto tiempo...apropiamiento de parte de la comunidad...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“... no fue impuesto, sino que fue un proceso comunitario acompañado por FUNCOP, pero fue muy auténtica la gestación y desarrollo.... eso hace sostenible cualquier proceso...que sea auténtico, que surja de la necesidad y del deseo y del entusiasmo propio...” (entrevista a Sandra Payán)*

*“...El puesto de salud sobrevivió por la fuerza de la comunidad, pero también porque detrás había personas persistentes, insistentes, que montaron un serio proceso de formación y de trabajo comunitario... el puesto se mantiene en términos de la cohesión comunitaria” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...se empiezan a dar todos esos fenómenos que trae la ley 100 muy complejos y pone entonces al centro de salud a buscar quién me compra servicios, con quién pueda hacer convenios.... Todo lo que trae la ley 100 es adverso en mi concepto para el Centro de Salud, pero no solamente para él, sino en general para los centros y puestos de salud de Popayán”. (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...Y creo que le va mejor antes de la Ley 100 que después, como le fue a todos los centros y puestos de salud. Si usted me pregunta hoy en Popayán, hoy, o después de la Ley 100, los puestos empezaron a cerrarse. En las zonas rurales de Popayán, hoy, no hay un solo puesto de salud funcionando, ni uno...” (entrevista a Oscar Ospina)*

Del proceso del CSNE podemos afirmar que más que preguntarnos sobre su cierre podríamos reflexionar sobre sus aportes y transformación, dado que los procesos de gestión comunitaria en general son prolongados, flexibles y cambiantes de acuerdo con los cambios y transformaciones de todos sus actores y su entorno en todos los aspectos:

*“...lo otro es que ya con la Ley 100, también fueron apareciendo otras cosas, si las EPS no te contrataban entonces morías en el intento. Y como dentro del plan obligatorio de salud estas cosas no estaban, entonces no te las pagaban. ...empieza a tener problemas para sobrevivir y para poderle pagar... el alejamiento de Esperanza y el mismo Payán, precisamente porque no quiere terminar involucrados con la ley 100...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...una figura, una personalidad tan fuerte como la de Payán es una ventaja y es una desventaja. Una ventaja mientras esté, pero el día que él tomó la decisión en algún momento y se fue a Cali y ya. Y las otras personas son buenas, pero no tienen esa esa personalidad, el Payán abría camino, tomaba decisiones fuertes, era radical...queda la organización comunitaria, pero ya el centro de salud no funciona como tal, porque no hay quien lo atienda de esa manera...”. (entrevista a Milton Guzmán)*

Sobre la culminación del funcionamiento del CSNE, señalan que los resultados de los procesos sociales comunitarios no son inmediatos, y además particularmente en la salud pública son dinámicos, se van ajustando a los contextos:

*“...cuando uno hace esos impulsos comunitarios, eso no es como un fenómeno en segundos. ...Es un tema que nos invita a tener paciencia, a escuchar muchísimo, a saber, que vos no pones una aguja y ya es un fenómeno en segundos, si no que a veces ni alcanzamos a ver las respuestas... es como la vida; hay etapas y hay cosas que vienen y van y como estábamos entregados a eso, habrá impulsos a hacer cosas, como que la vida fue llevando a otros escenarios a otros momentos a las personas” (Luis Fernando Córdoba en grupo focal). “... Pero yo creo que no se acaba, sino que como se transforma; cómo se transformó pues eso sí no sabemos con tantas cosas que han pasado”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“... No es que el centro de salud desapareció y se acabó todo. En la reunión que tuvimos hace como un mes (2023), nos reunimos como 40 o 50 médicos de Colombia, acá en Popayán, y precisamente todos mencionábamos la cantidad de semillas regadas por toda parte de esta propuesta y cómo hay muchos grupos, muchas organizaciones o muchos médicos a nombre personal también, haciendo cosas bonitas, desde la parte social. Entonces no es que el proceso terminó y del centro de salud somos todos nosotros semillas formadas con una visión diferente y como esas semillas están en Colombia, están en Latinoamérica, están en otros países.” (entrevista Nancy González)*

*“...puedo mencionarte muchos médicos formados desde FUNCOP, desde el Dr. Payán, algunos con apoyo impulso estatal y desde políticas gubernamentales, por ejemplo, Pilar Ramírez, ella está en la ACIN, Asociación de Cabildos Indígenas en el norte del Cauca, y ellos tienen el programa de medicinas alternativas con los indígenas. A Rodrigo Lozada con el CRIC, una organización y tiene sus médicos de medicinas alternativas, o sea mira que no es no es una evaluación directa, sino que los procesos siguen los procesos no están acabados, hay muchos procesos importantes desde la concepción tocaría es reunir todos esos conceptos” (entrevista Nancy González)*

*“... el CRIC tiene impulso porque son médicos formados que también están haciendo, tocaría a ellos preguntarles sobre atención primaria cómo la están haciendo. Que igual la debilidad grande de todos, así seamos alternativos, es en la*

*integración a esa nueva propuesta de una visión holística, que le queda difícil a uno integrar en modelos que ya están estructurados y ya son formales, son estructuras ya establecidas, donde el ministerio y todas las propuestas de contratos exigen que se atiendan tantos pacientes, que se vean tanto y son pacientes, pero no hay una propuesta estructurada que uno diga modelo, ni siquiera desde la propuesta del actual gobierno creo que haya una propuesta así. ... se vuelve a convertir en una propuesta de asistencia". (entrevista Nancy González)*

A partir de ese semillero con visión holística se sembraron muchas semillas que siguen hoy trabajando de diversas maneras:

*"...Fernando Córdoba hace parte de una IPS que hace atención y hace formación y hace educación en salud. Están los doctores Ibi, Ignacio y Clara con una propuesta muy bonita acá cerca a Popayán, ellos también hacen asistencia en Terapia Neural pero también la parte educativa, la parte, pues creo que desde la parte de educación se involucra mucho.... Jenny es una compañera que trabaja con nosotros, pero ella como médica, ella tiene una fundación para niños de una vereda donde les ayuda, hacen cultivos, le enseñan a la gente, les ayudan a los niños, o sea, eso es salud...entonces, ¿cuántos de nosotros podemos estar también haciendo algo diferente? No quiere decir que todos hagamos lo mismo en la parte social. Hay muchas propuestas que sería bueno también integrarlas y valorarlas. Están haciendo procesos organizativos para dar elementos de salud pública, que tocaría verlas, no solamente desde el centro de salud, porque el centro de salud fue una semilla..." (entrevista Nancy González)*

El Dr. Sarria, quien participa en el proceso a partir de la salida de FUNCOP, considera que la permanencia del CSNE en gran medida se da porque FUNCOP logra trabajar sobre un proceso que crea territorialidad e identidad en las comunas 7,8 y 9. Y luego se debilita porque no logra evitar generar codependencia de la ONG:

*"...FUNCOP termina trabajando la dinámica propia del territorio de las comunas 7, 8 y 9 que eran las comunidades post terremoto. ... es el reconocimiento de unas comunidades que vienen de un proceso de desplazamiento y construyen una territorialidad. ...Las comunidades no logran tener el suficiente empoderamiento para continuar el proceso propio y se pierde. Al crearse una codependencia de la ONG, al salir la ONG y tratar de entregar a la comunidad el proceso, el proceso poco a poco va perdiendo su dinámica." (entrevista a Hugo Sarria) ... "...han generado toda una cultura de la dependencia..." (entrevista a Milton Guzmán)*

Desde la perspectiva de la comunidad, los costos para cumplir la exigencia de la habilitación y el retiro de FUNCOP, fueron determinantes para la finalización de CSNE. Aunque hubiera surgido con un liderazgo de mujeres, al parecer la comunidad no logró empoderarse ni ponerse de acuerdo para encontrar mecanismos para continuarlo con el mismo modelo de gestión comunitaria, aunque se hubiera hecho un trabajo de proceso incluyendo los niños y que le cambió la vida a mucha gente:

*“...tuvo mucho que ver el hecho que salud pública ahí sí fue tajante, ¿no? Cuando entra a implementar lo de la certificación, el puesto de salud tenía que estar certificado, pidieron cantidad de cosas ... Entonces yo creo que eso influyó muchísimo, porque desde allí fue donde empezó como a decaer todo el tema de lo del puesto de salud... (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...invitamos a la junta de acción comunal a que entre CORPOCIUR, la asociación y la junta fortaleciéramos todo el tema de lo del puesto de salud, pero los integrantes de la junta y la asamblea como tal, si hablamos del barrio, no tenían esa mirada como nosotros, de todo lo que se hacía allí, el valor que se tiene, no, sino que no quisieron porque había momentos donde se requería la parte económica... si íbamos a compartir beneficios, también gastos... pero entonces, de un momento a otro que ya FUNCOP decidió retirarse como tal y ya no seguir apoyando el tema del puesto de salud, entonces se retiraron y ya nos entregaron eso totalmente a nosotros...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

A partir del retiro de FUNCOP, y tras no lograr obtener el apoyo de la Junta de Acción Comunal y CORPOCIUR, la Asociación de Mujeres buscó darle continuidad al proceso, pero fundamentalmente en el componente de asistencial con consulta de Terapia Neural, en la que tuvieron dificultades para el sostenimiento. El componente de gestión comunitaria afronta cambios de dinámica de grupo:

*“...imagínese lo que era el pago del médico porque anteriormente los médicos que estaban allí eran en la práctica y los otros eran pagados por FUNCOP y tocaba sacar el costo del material y el costo del pago mensual del médico. ...Y la gente empieza, como esto es como de momento, de pronto a muchos se nos quedó y nos ha servido para aplicar muchas cosas de lo que aprendimos en los diferentes espacios donde hemos estado porque empezamos como a desertar, como a abrirnos, como a dispersarse en ese sentido...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Los médicos se fueron incorporando a otros procesos importantes de tipo comunitario y de otros de tipo particular con la misma visión neuralterapéutica aprendida en el proceso con el Dr. Payán y de FUNCOP:

*“... el Dr. Rodrigo, con el CRIC y que vino un tiempo, la Dra. Nancy, organizó su consultorio, el Dr. Fernando Córdoba, que también tiene otro proceso dentro de la misma línea y con la Universidad del Cauca”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...hay compañeras que han seguido, se han integrado a grupos de mujeres para manejar lo de la alimentación sana, ... han seguido con esa dinámica de elaborar productos sanos y ofreciéndoles a la gente, los cultivos donde uno las ve que sacan la acelga con abono orgánico, que la frutica, que la mora...”. “La red departamental fue un grupo de mujeres que nació en FUNCOP allá hay muchísimas mujeres que se formaron en FUNCOP y hoy articula muchas acciones con la alcaldía, con la gobernación, es una organización muy visible y que están trabajando cantidad de proyectos con muchas mujeres. Las Manuelas, la red mujeres de Pubenza...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

Esta etapa del CSNE después de la salida de FUNCOP genera confusión respecto a la fecha definitiva del cierre de centro de salud, puesto que funcionó intermitentemente con varios médicos alternativos neuralterapéutas:

*“...El último médico que estuvo allí fue el Dr. Oscar, es muy buen médico, también, excelente ser humano. La gente lo pregunta mucho... más o menos en el 2015-2016” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

El cierre definitivo del CSNE se da cuando la comunidad pide su entrega a la Asociación de mujeres, dado que no estaba desarrollando actividades, y deciden poner en arriendo el inmueble para evitar el deterioro y el saqueo de vándalos:

*“...empezó la comunidad diciendo que en el puesto no se estaba desarrollando ninguna actividad, entonces que les entregaran ese día el inmueble, ... y empezaron los vándalos a meterse allá, todo el material médico quirúrgico se lo llevaron, ya empezaron a saquear, los habitantes de calle a quedarse afuera consumiendo sustancias alucinógenas” ... Entonces tomamos la opción mientras tanto, mientras repensábamos en qué hacer ahí nuevamente de alquilar el bien inmueble.... Ahí está*

*viviendo una familia y así se ha logrado minimizar el acceso ahí, porque la señora sale y los hace quitar, ahora se han posesionado más ese en el salón comunal...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

La Asociación de Mujeres hoy se ha reducido ostensiblemente, tanto en número de miembros como en actividades, y se atraviesan conflictos legales sobre la propiedad del inmueble donde funcionaba el CSNE:

*“... algunas personas que podían estar se fueron por diferentes motivos, ... el trabajo comunitario de todas maneras no es que sea muy fácil, a todo el mundo no le gusta, ya esa asociación numerosa que hubo en ese entonces no hay... unas se fueron, se murieron, otras han quedado, otras cogieron caminos diferentes, se trasladaron a otras ciudades, a otros barrios, entonces se perdió como ese enlace entre nosotras y eso ha sido también un motivo de haber parado muchos procesos ...los momentos son cambiantes y hay cosas que todo tiene su tiempo, para algunas personas fue ese tiempo y ya el tiempo va cambiando y ya están por A o B motivo en otros roles donde podamos estar tratamos de aplicar lo que hemos aprendido ... prácticamente esta Cecilia, la hija de Marcela, doña Graciela, Patricia y mi persona; como cinco (de más de 20 que llegaron a ser)”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...en este momento Cecilia no vive aquí... le mataron el papá ahí en la casa. ...en un atraco...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

## 3. Análisis y discusión

Para esta sección del estudio se pone de presente que, como se anotó en la metodología, el diseño fenomenológico del estudio permite que el autor haya conocido y vivido personalmente la experiencia del CSNE, y aunque no se tiene conflicto de intereses relacionados con beneficios particulares ni personales, si puede estar influenciada la Posicionalidad del autor en el análisis de los resultados.

### 3.1 De las bases conceptuales

#### 3.1.1 Del pensamiento sistémico complejo

La base del concepto de salud aplicada en el CSNE, incluye claramente la inseparable relación con el entorno social y ambiental que rodea al ser humano, en todos sus ámbitos, y que en lo social va más allá del modelo antropocéntrico de la biomedicina con su concepción biologicista de la salud. Esta relación del ser humano está caracterizada dentro del pensamiento sistémico complejo que fue trabajada permanentemente por FUNCOP:

En la Terapia Neural "...necesitamos dialogar con la naturaleza ...buscas mover energías. Eso es lo que está haciendo con la Terapia Neural, entonces, hay otras maneras de mover energías, por eso es un sistema. Y ahí es donde vienen un poco las tensiones fuertes con la biomedicina, porque ellos no lo entienden, ... pero además discriminan y menosprecian. La arrogancia de la biomedicina es muy fuerte..." (entrevista a Milton Guzmán)

*"...Payán (el grupo de FUNCOP) arma un modelo y lo pone a funcionar en el proyecto que ellos tienen, que va más allá de lo de la Esperanza, porque se sale del centro de Salud, no puede quedarse en el centro de Salud porque un centro de Salud tiene una concepción biologicista, la enfermedad está encerrada y yo tengo que encerrar la enfermedad allá para curarla y estos no, ellos se salen, se van para la*

*comunidad, se abren y se abren al territorio, se abren a la naturaleza...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...él (Payán) también, también estaba formado ante la biomedicina. Pero él tiene la capacidad de abrir su mente, de ampliar el horizonte de la razón, como decía por ahí Hugo Zimmerman, es lo que sí hacen ellos en la Esperanza ya no como centro de salud, sino como centro de pensamiento ...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...Los centros de salud, los profesionales, los dinamizadores, terminan siendo los protagonistas y cuando estos ya no están, pues la comunidad se queda sola. Entonces creo que el modelo de la Terapia Neural, del pensamiento abierto, el de mirar que cada comunidad tendrá la forma de resolver sus problemas sin llegar con protocolos establecidos...” (entrevista a Hugo Sarria)*

*“...fue un impulso efectivo (en el sentido neural terapéutico: un impulso de la capacidad de auto organización de la comunidad), un impulso no impuesto (porque ella lo permitió, abrió), y no obstáculo a la capacidad de autoorganización de esa comunidad ...además un espacio de encuentro, un espacio que alimentó los vínculos entre las mujeres y de las mujeres con su tarea y con su protagonismo y con su autoestima”. (entrevista a Sandra Payán)*

La imposición, en el sentido neuralterapéutico, distorsiona la capacidad autoorganizativa de la comunidad, por ejemplo en un centro de salud convencional, aunque haya buen trato, la persona termina asociando la salud al diagnóstico y tratamiento que allí se le asigna. Aunque lo mismo puede pasar con la Terapia Neural cuando se hace de forma lineal y determinista:

*“... como para ponerlo en comparación con lo que es lo que puede ser un centro de salud convencional en un territorio que puede ser un obstáculo para la capacidad de auto organización porque hago el paralelo como para poderme entenderlo, un centro de salud impuesto en una comunidad así trate a la gente muy bueno, en general lo que pasa con la medicina ortodoxa y con el modelo médico, no solo la medicina ortodoxa, también lo podríamos hacer como terapeutas neurales, es que invisibiliza la sabiduría propia de la comunidad para sanar, porque pasa a ser la salud lo que pasa en el centro de salud. Entonces, en general, los dispositivos del modelo médico hegemónico obstaculizan la capacidad de autocuración de una comunidad, esto así*

*en grosso modo porque eso no le podemos decir pues a los médicos que están haciendo, que en lugar de sanar están generando obstáculos.” (entrevista a Sandra Payán)*

El CSNE operó bajo una lógica comunitaria:

*“no fue obstáculo para la capacidad de autocuración de esa comunidad porque su planteamiento, no solo en lo terapéutico, porque no hubiera sido suficiente si solo hace consulta, fue que la comunidad sabe, que la comunidad puede y eso es Terapia Neural, a es un lugar que llega a decirte que vos puedes, eso es lo que hace en el cuerpo, eso es lo que hace en la comunidad, llega un dispositivo que además nace de la misma comunidad y la Terapia Neural en lugar de ir allí a imponerse como un antipirético, digamos, como un antiinflamatorio, a decir, yo te curo, lo que dijo es, ustedes saben curar porque lo han demostrado como organización, porque lo demuestran como territorio.” ...no fue solamente asistencial, generó la posibilidad de que esa comunidad se sanara, siguiera su proceso de sanación porque supo que sabía, esa es la lógica comunitaria de la Terapia Neural, saber que uno sabe...” (entrevista a Sandra Payán)*

Esta lógica es la misma concebida en la Terapia Neural para la asistencia, donde la misión transformadora en salubrista también se puede expresar desde lo individual:

*“... esa es la Terapia Neural, cuando uno le pone una aguja a un cuerpo, el cuerpo sabe que sabe porque se cura solo, además se cura, uno hace el impulso, pero quien se curó fue la sabiduría misteriosa y universal de ese cuerpo. En la comunidad pasa lo mismo, por eso creo que es fundamental que no se reduzca su tarea a la asistencia.” ... No es que la gente se cura porque vos le pusiste la aguja, ese sería un error cierto epistemológico de la Terapia Neural” “... no es poca cosa el cambio, en el espacio médico se puede ser muy transformador y puede estar si totalmente no tiene uno que estar fuera también, también el acto médico es transformador en sí mismo de la de la cultura si totalmente que sí.” (entrevista a Sandra Payán)*

El suceso salud/enfermedad, tanto individual como colectiva, es concebida en la medicina neuralterapéutica bajo el pensamiento sistémico complejo como un proceso termodinámicamente abierto, dialéctica y dialógicamente, que sigue la dinámica singular de la coherencia interna de los sistemas complejos, con capacidad de autoorganización en conexión con su entorno y su propia historia. Por tanto incorpora un sentido y un significado integral en la determinación múltiple de los fenómenos de la vida y de las respuestas

adaptativas, en el que el acto terapéutico en un dispositivo de salud es un impulso que acompaña para que el propio ser individual o colectivo desarrolle su propia autoecoorganización. Proceso en el cual se aleja de los estándares de protocolos lineales mecanicistas.

### 3.1.2 Del sistema médico complejo

La Terapia Neural hace parte de un sistema de pensamiento, y está en proceso de cualificarse como un sistema médico complejo (42), con características particulares que hacen diferencia con la biomedicina. En esta perspectiva el mismo Dr. Payán propuso la denominación de Medicina Neuralterapéutica, no obstante hay todo un arraigo e historia mundial con la denominación de Terapia Neural, que hay que llevar con mesura para evitar fragmentaciones innecesarias entre escuelas. Es importante tener clara la diferencia, especialmente en la institucionalidad, así como en la academia, que facilite la proyección social y comunitaria y las otras posibilidades del pensamiento neural terapéutico sobre todo a la hora de las definiciones de las políticas públicas, particularmente en materia de APS, para no quedarse atrapados en la instrumentalización:

*“...históricamente hay muchos espacios donde se nombra Terapia Neural .... Es decir, no me parecería como muy estratégico, diferenciarla por el nombre porque creo que nos va a fraccionar, nos va a fragmentar más de lo que en la historia ya estamos... entiendo el sentido de que sea medicina neural terapéutica porque es un sistema médico complejo, ...pero la historia de la Terapia Neural en Latinoamérica hace que se haya llamado Terapia Neural a un sistema médico complejo ...realmente lo que ha sido es un sistema médico.... entiendo cuál es el cambio, cierto, para entender que no es una terapéutica sino un sistema de pensamiento, incluso mucho más que un sistema médico, es un sistema médico completo porque es un sistema de pensamiento, pero tengo un poco de temor porque he escuchado el pelear el nombre, entonces me parece que no es por ahí la cosa... vamos de a poquito..”  
(entrevista a Sandra Payán)*

Comprender y aceptar la Terapia Neural o Medicina Neuralterapéutica como un sistema médico complejo, conlleva para el sistema biomédico hegemónico confrontarse a un nuevo paradigma para el cual no parece estar preparado ni dispuesto:

*“...creo que tiene que seguir el camino en el sistema, en la institucionalidad, pero que no se pierda allí, porque eso se va a demorar, porque la academia y la institución estatal no están preparadas para asumir la incorporación de un sistema médico complejo, porque si realmente lo asumiera implicaría su transformación y no estamos todavía en ese momento ni la institución académica ni la estatal. ...Entonces está muy bien que siga ese camino, pero no morir ahí porque eso no vamos a llegar, porque es que el Estado tendría que transformarse y la academia también para asumir realmente lo que es la Terapia Neural...” (entrevista a Sandra Payán)*

Frente a este panorama de la institucionalidad y la academia, la Terapia Neural tiene un camino de recorrido comunitario fuera de la institucionalidad, como el que ha mostrado el ejercicio de la misma en el Cauca, con el mismo C.S.N.E. y por ejemplo con el CRIC:

*“...Yo creo en el camino de la Terapia Neural no debe ser solo institucional, sino fuera de la institución. Me parece que es la responsabilidad que tenemos como terapeutas neurales, poder vivir la Terapia Neural o medicina neural terapéutica en la vida, en las organizaciones comunitarias, en los movimientos sociales, en lo cotidiano, mientras las instituciones hacen lo que pueden. ¿Por qué pedir tanto en un momento? no estamos todavía en ese momento y nos podemos morir ahí porque si la institución no está preparada a transformarse a sí misma”. ...” La Terapia Neural, así se llama medicina neural terapéutica, va a ser una terapéutica más con la lógica ortodoxa, porque no va a transformarse, nos vamos a morir ahí, esa es la sensación que me da porque el tiempo todavía no es...” (entrevista a Sandra Payán)*

Aun así, la dinámica social y las transformaciones son paulatinas, y en el proceso es necesario “estar” en todos los niveles, teniendo claridades conceptuales, el pensamiento crítico y estableciendo los límites para no perderse en el camino:

*“...sí, está bien estar, pero sabiendo los límites de estar allí. ..Yo creo que hay que estar, pero saber estar, o sea, dándonos cuenta de que eso no es la Terapia Neural, que es una oportunidad, que es un momento, que es una responsabilidad estar en la academia, hay que facilitar, pero la Terapia Neural tiene una responsabilidad mayor que es con la humanidad, que es con el momento social y eso no muere en las instituciones, tenemos muchos más espacios donde siga siendo su existencia y su responsabilidad histórica, no solamente en las instituciones. ...no solo en la Universidad Nacional, en las otras academias, en el sistema de salud público.” (entrevista a Sandra Payán)*

---

*“...es así donde se hacen los lugares y luego se transformarán en políticas públicas y las universidades tendrán la capacidad de incorporar lo que pase en el territorio... La institución forma...es solamente un pedacito de la vida social y comunitaria y del territorio, es solamente un lugar, no es el territorio. Yo creo que la Terapia Neural le corresponde tener su existencia como medicina neural terapéutica, como sistema de pensamiento, le corresponde en el territorio, ahí tenemos que actuar y ser consecuentes con el pensamiento de la Terapia Neural y avanzar lo posible a la institución, pero sabiendo que estamos en un lugar donde el pensamiento hegemónico se constituye, que es la academia y la institución. No sé si es el lugar donde la transformación suceda primero o más fácil, pienso que serán consecuencias, y creo que el centro de salud sería un lugar que nos muestra eso, es decir, porque es que no nació en la institución...” (entrevista a Sandra Payán)*

La Terapia Neural, cuya existencia es relativamente reciente desde mediados del siglo XIX, para constituirse como un sistema médico complejo tiene importantes avances en su pilar morfológico, en la dinámica vital o fisiológica, en el diagnóstico y en el tratamiento, y cursa con un proceso de fundamentación conceptual principalmente de su corpus doctrinario sobre el concepto de salud y enfermedad. En dicho contexto, principalmente en el entorno académico, se viene dando el cambio de denominación de Terapia Neural al de Medicina Neuralterapéutica, que contribuiría a diferenciarla de tan solo una técnica instrumental terapéutica, y sobre todo a la enseñanza y práctica con todos sus alcances clínicos y sociales para contribuir a mejorar la salud y el bienestar de las personas. No obstante, su postura crítica frente al modelo hegemónico biomédico genera roces que dificultan su desarrollo, aunque es claro que su validador son las comunidades.

### **3.1.3 Los determinantes sociales o la determinación social de la salud**

La OMS, siguiendo el amplio consenso que existe sobre la relación entre promoción de la Salud, salud y desarrollo humano y económico (169), plantea incorporar la estrategia de APS enfocados en determinantes sociales de salud, los cuales clasifica en estructurales, intermedios, y proximales, basados en el enfoque de riesgo. Más recientemente incluye los determinantes ambientales. En la práctica este lineamiento termina siendo ajustado y limitado según el modelo de salud existente en los países o las regiones donde se despliegue. En el caso de Colombia, que corresponde a un modelo de aseguramiento, se

orienta hacia la ampliación de cobertura universal en salud (CUS), cuya base es fundamentalmente de costo-eficiencia mediante programas selectivos, sin que impacte en los procesos y causas raíces existentes en los determinantes sociales o ambientales.

Mientras que los determinantes sociales de la salud están desarrollados sobre la base del causalismo y la teoría del riesgo y la vulnerabilidad, de corte biologicista, con estratificación social, favorecimiento de la economía de mercado, y de epidemiología clásica luego convertida en epidemiología social anglosajona (impulsados por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud -CDSS de la OMS), en contraste el conocido como modelo de la determinación social de la salud (desarrollada por el movimiento de medicina social latinoamericana y salud colectiva), responde a los criterios de la epidemiología crítica, de corte social, considerando el proceso salud-enfermedad socio-eco-biológico, dialéctico, singular según el contexto histórico social que lo determina, con principios de la salud como derecho fundamental, y la necesidad de la participación política para modificar los patrones sociales de salud y enfermedad. (170)

Si bien cierto, en ambos se reconocen aportes importantes de generar conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad y tienen defensores dentro de sus respectivas corrientes de pensamiento para la búsqueda del bienestar de las poblaciones, uno desde la perspectiva acotada de la salud pública y el otro desde la perspectiva ampliada contemplada en la medicina social y la salud colectiva, en las implicaciones praxeológicas la gestión de los determinantes sociales es muy cuestionada por los resultados, dada la limitación que ha tenido para generar cambios estructurales sustanciales en la salud de los pueblos y en especial en periodos de crisis, como en lo demostró la pandemia reciente, en la que se confirió mayor potencia de reacción a las acciones estatales orientadas a fortalecer las políticas y programas sociales, los acuerdos económicos y la gestión política, sin cuestionar las bases estructurales de las inequidades en salud relacionadas con el modelo de acumulación capitalista .(170)

*“.. había mucha fragmentación social, mucha descomposición social. Entonces, eran las mujeres las que lideraban esos procesos de salud. ... las que determinaron que fuera un centro de salud alternativo, nadie les impuso... se movía como un centro de diálogo, por eso allí empieza a haber los procesos de diálogo y saberes. ... de construir pensamiento. Desde allí se iba hacia los diferentes barrios y comunas de Popayán para empezar procesos educativos, organizativos, de participación social y*

*de mirar los diferentes actores que influían en la salud de la comunidad, porque no era solamente usar para o poner un punto de Terapia Neural para mirar un dolor específico, sino era mirar cuáles eran esos factores determinantes de esos problemas de salud por los cuales acudían las personas.” (entrevista Nancy González)*

Como pudimos ver en este testimonio ya comentado de Nancy González, desde su misma gestación el modelo del Centro de Salud La Nueva Esperanza en Popayán se enmarcó dentro de estrategias de trabajo comunitario a través de ONG, con lideresas comunitarias para el desarrollo de la APS, y teniendo como base una concepción diferente de la salud, más cercana a los postulados de la Promoción de la Salud planteados en la Carta de Ottawa., pero con fundamento de la salud pública de perspectiva ampliada contemplada por la medicina social y colectiva en su modelo de determinación social de la salud más que de los determinantes sociales de la salud propuestos por la APS renovada.

Adicionalmente, desde esa perspectiva de la determinación social de la salud, se podría también entender cómo algunas culturas, particularmente la indígena, en su cosmogonía se identifican como parte indisoluble de la Madre Tierra, de la naturaleza, y por tanto el bienestar, la salud y la enfermedad están vinculadas integralmente a ella. La Terapia Neural en el Cauca ha sido incorporada al sistema de salud indígena SISPI, incluso con actores de salud que también interactuaron con el CSNE, y resulta interesante que se pudiera ahondar con otra investigación como se ha dado dicha articulación o interacción, tanto en los aspectos de la terapéutica individual (aspectos de la dinámica vital del sistema médico complejo en correlación con las medicinas tradicionales y ancestrales), como en la gestión en la relación del colectivo con su entorno y su historia socioambiental, en el concepto que llamamos “territorio”.

*“...Fíjate que eso es posible en Payán porque él es del Cauca. Por ejemplo, lo del territorio es indígena....” (entrevista a Milton Guzmán).*

Para la práctica de las medicinas alternativas, “... cuando uno habla de determinantes sociales de la salud y de determinación social de la salud, ... lo que está hablando es que

las medicinas alternativas están en el marco de sistemas de salud alternativo. La Terapia Neural en sí solita es parte de un modelo médico, es parte de un sistema de pensamiento, ... que además tiene un tipo de conocimientos que son distintos a los abordajes que hace la medicina biomédica” ...la posibilidad de hacer promoción y prevención, protección específica es fuerte, entonces no necesitas en últimas llegar descontextualizado a hacer Terapia Neural o hacer incluso a tomar medicamentos naturales (entrevista a Milton Guzmán).

La APS hoy está incluida en la agenda de desarrollo sostenible 2030 de la OMS, y en el modelo de aseguramiento, como el Colombiano, está asociada a los determinantes sociales de la salud que sean estudiados y clasificados como prioritarios. Sin embargo la experiencia del proceso del CSNE mostró, desde su enfoque de determinación social de la salud, como es la propia comunidad la que lo define en un proceso participativo desde sus propias realidades, en el cual tendrían que estar inmersos los actores de salud que la implementen:

*“...Los determinantes se volvieron un discurso, pero seguimos haciendo análisis de riesgo, no determinantes y todas son cosas muy desde lo biomédico. Entonces la respuesta a tu pregunta es, por ejemplo, vos en la maestría, deberías ir a hacer una pasantía por ponerle un nombre suave a una comunidad así sea un mes o dos meses, pero vivir allá hermano...” (entrevista a Milton Guzmán)*

### **3.1.4 De las políticas del ministerio de salud y política pública**

En la perspectiva de desarrollar la integración de la medicina alternativa en los territorios a través de APS, desde enfoque intercultural, son fundamentales las políticas que lidere el Ministerio de Salud, toda vez que las mismas no pueden ser impositivas y deben ser construidas con la participación comunitaria para que puedan ser integradas en la práctica. Esta flexibilidad resulta en dificultades con los registros estadísticos y las mediciones de indicadores que soportan los modelos nacionales e internacionales de atención en salud, y que muchas veces condicionan los recursos económicos para sostenerlas. Implica unos registros distintos:

*“... si no cambia dentro del Ministerio varias cosas, ... Si nos siguen obligando a poner diagnósticos en un RIPS, por ahí ya empezamos mal, porque si no entienden que esta concepción se construye con auténtica participación comunitaria, ...no con*

*venga firme que usted estuvo en la reunión y eso implica proceso, implica tiempos, los tiempos de la comunidad nunca son los tiempos de la Secretaría de Salud” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

*“...yo trabajé mucho con promotoras de salud cuando todavía existían las promotoras de salud formales ... con indígenas en Tierradentro, ...Te voy a dar ejemplo, les exigían que hicieran programa de control de natalidad y ...se inventaban las cifras porque en el hospital se exigían las cifras. Las mujeres en Tierradentro no querían planificar porque había la concepción en ese momento en que yo trabajé que, como de seis hijos, se les iban a morir tres, cuando llegué a Tierradentro, tenía la cifra más alta de tuberculosis de Colombia, y la desnutrición era violenta” . Las mujeres indígenas ...les daban pastillas y ellas las recibían y las enterraban al pie del plátano en el jardín”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...si este sistema de salud no entiende y te digo que no pasa solo con comunidades indígenas. ...no da cierta margen de libertad, porque lo que pudimos hacer en FUNCOP es porque el Dr. Jacob nos echó la bendición y nos dejó hacer lo que nosotros queríamos, hasta el 2014 que el Banco Mundial empieza a poner en la letra chiquita que se tienen que parametrizar, desarrollar los protocolos, que los protocolos tienen que ser universales en Estados Unidos, en la cochinchina o en cualquier parte. Entonces, en ese momento, el Ministerio de Salud empieza a poner todo este tipo de molestias” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

*“...el Ministerio de Salud tiene que darle libertad dentro de la concepción de interculturalidad y todas las cosas se están moviendo para poder hacer cosas que no están. ...En el momento en que el Ministerio de Salud empieza a exigir a los promotores, a los médicos, la estadística y a presionarlos porque tiene que subir el número de niños vacunados.; Bella María puede dar fe en la experiencia que nosotros trabajamos, esa generación entera de los asentamientos de Popayán no vacunó a sus hijos. ...tiene que entenderse, que es otra concepción y eso va ser lo más difícil, no solamente con el propio Ministerio de Salud, sino por las presiones internacionales”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...Y eso no quiere decir que no se lleven registros de lo que se hace (Bella María Calucé) ...hay que llevar, pero el registro mismo es distinto. ... Bueno, lo que sea, sin decir que eso no lo vamos a hacer (relacionado, por ejemplo, con los programas básicos de detección temprana de cáncer)” ((Esperanza Cerón en grupo focal).*

Este proceso tendría que ser un modelo también para lo urbano, no solo en la ruralidad:

*“...la experiencia (del CSNE) aquí es urbana. No te digo que toda una generación de niños en los asentamientos de Popayán no fue vacunada, no fueron vacunados” (Esperanza Cerón en grupo focal). ... “Y qué problema para uno matricular los niños en el colegio... Inventar... Más de una hicimos eso” (Bella María Calucé).*

Además, en este enfoque de gestión de la salud orientada al bienestar integral de la comunidad, se corren riesgos delicados cuando se ven amenazados intereses particulares, económicos y de poder de diversos actores dentro de los esquemas neoliberales que conlleva la salud como un negocio:

*“...Y ahí la importancia de la nutrición, ¿no? De que la gente comiera bien” (Bella María Calucé). “...Claro, imagínese usted, yo casi pierdo la vida en el 2016-2017 solamente por decir que la gente no comiera ultra procesado ni azúcar...dos veces me salvé de milagro (de atentados contra la vida), te digo de milagro en las calles de Bogotá.... Entonces .. por eso no acepté irme a dirigir el Invima. ... tenemos que inventarnos desde el discurso de la interculturalidad alguna cosa para que nos dejen hacer, si no nos dejan hacer y nos mandan a los a los esquemas territoriales a llenar la estadística para poder decir que ayudamos a subir la cobertura de vacunación”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

En el contexto territorial del Cauca, sin duda es reconocida la experiencia del CSNE, y en la indagación sobre su conocimiento por parte del gobierno nacional, representado en el Ministerio de Salud y las políticas relacionadas con la medicina alternativa en la gestión comunitaria de la época, si bien es cierto no se encontró una referenciación específica, si es claro que las políticas que incluyen la medicina alternativa si fueron influenciadas por la gestión del Dr. Payán y la escuela pionera en los Robles.

*“...La política pública en alguna de sus actos administrativos define Medicinas alternativas y complementarias y terapias alternativas y complementarias .algún teórico ...de la salud pública de Brasil, comenzó a hablar de los sistemas médicos complejos, entonces hay conceptualmente una diferencia entre medicina como tal, como doctrina y la terapia como tal.... Precisamente por eso Julio César le dijo a Eduardo bueno hermano decida usted ¿Qué va a hacer? ¿Terapia Neural o como es la vaina ahí? ... Medicina Neuralterapéutica... Y me parece muy bien esto porque ahí está respaldando los principios para un sistema médico complejo, que además tratamos también de que quedara como método al interior del Ministerio de Salud y Protección Social para validar nuevos pensamientos, nuevos saberes ... evitando que cuando el supra contexto se ve reducido, ese pensamiento reduccionista le corta*

*las alas, entonces no se puede lanzar al vacío, como decía Julio César...”. (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...Ese tipo de dinámicas fueron generadas también, o participó el Cauca a partir de esa experiencia de la Nueva Esperanza.” (entrevista a Milton Guzmán)*

El Ministerio desarrollaba la construcción de políticas mediante equipos asesores de trabajo bajo el enfoque del sistema de salud establecido hegemónicamente en el país, en este caso para el periodo del CSNE correspondió a la transición hacia la Ley 100 de 1993 con el modelo de aseguramiento, cuyo enfoque está más dirigido a la asistencia en salud, centrado en la persona, que a la promoción y la prevención, centrado en comunidad y menos en territorio y ambiente. Y ocurrió igual con el proceso con la medicina alternativa, en el que el equipo de trabajo no tenía mayores conocimientos, al contrario se enfrentaba mucha resistencia, y hasta desprecio por parte del modelo biomédico:

*“...el primer proceso ...fue ese trabajo, enseñarle a mucha gente al interior del Ministerio que era el tema de alternativas. .... comenzamos a hacer estos constructos, así sea con las convicciones o la metodología del método científico positivista...” “...Tampoco hubo un doliente desde el comienzo, solamente que te fueron asignando actividades” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

Si bien es cierto no se tiene una política pública integral y coherente para las medicinas alternativas ni para la gestión comunitaria de la salud, si hay avances importantes que se lograron a través de aspectos fundamentales y claves que se desarrollaron en las normas, como el principio de Interculturalidad y la articulación inter y transectorial incluidos en las reformas del sistema de salud y que además dan elementos vitales para el desarrollo de políticas de salud pública incluyendo la estrategia de APS:

*“...estaban comenzando a hacer una reforma al sistema general de seguridad social en salud, que es la hoy vigente ley 1438 del 2011 (En la implementación de la APS: 13.7 “Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.”) En esa participamos, los trabajos, equipos de trabajo, constructos, y ahí aparece la atención*

*primaria en salud, porque lo objeto de esa ley precisamente era fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, definiendo un modelo de atención en salud para el país en donde aparezca y se vea como estrategia la atención primaria en salud...” “... Tuve la oportunidad de escribir ese rengloncito, en que meter el tema de las medicinas alternativas y la medicina tradicional como parte de la estrategia, que hagan parte de la estrategia, mejor dicho.... “Y bueno, pasó de agache. Pasó de agache, por lo que te digo, porque por esas fechas todavía había muchos anti alternativos que nos creían brujos, bueno, se burlaban de nosotros” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...construimos política pública en el Plan Decenal de Salud Pública... montamos lo que llamábamos ámbitos .. en salud y ámbito laboral. Para llevar la seguridad y la salud en el trabajo a los trabajadores informales del país. ...y allí tratando de meter alternativas en seguridad y salud en el trabajo ...” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

En el concepto de varios participantes, para avanzar actualmente lo que se requiere es trabajar en las normas reglamentarias específicas:

*“... que el gobierno realmente haga una buena reglamentación en la reforma del sistema de salud, una buena reglamentación de cómo opera la atención primaria...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...después de todo este tiempo 2011 a la fecha, 14 años ya tal vez, no hay reglamentación que permita operativizar ese qué. Ósea la ley por su nivel jerárquico normativo nos da los “qué”, pero toca seguir la ley reglamentaria o la de decretos, en resoluciones, por lo menos en el ámbito nacional y después bajarla en los niveles territoriales con sus respectivas normas para que pueda operativizar y se pueda hacer allá de alguna forma obligación del derecho...” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...artículo 13. ... se regirá por los siguientes principios, universalidad, interculturalidad, igualdad, enfoque diferencial, atención integral integrada, acción intersectorial por la salud, participación social, comunitaria y ciudadana, decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad...”. “...cultura del autocuidado, orientación individual, familiar y comunitaria, atención integral, integrada y continua, interculturalidad que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud. ...” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...la gran dificultad, es la forma de pensar del talento humano en salud, de la gente que estamos ahí operando, operativizando... a los tomadores de decisiones, porque el obrero es el médico y puede pensar diferente, pero el tomador de decisión es lo que él piense determine, y entonces lo que uno se da cuenta de ni siquiera que es lo que él determina, sino lo que el partido político que lo tiene puesto ahí determine ...”*  
(entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)

*“...las medicinas alternativas, incluida la medicina neural terapéutica, pueden hacer parte de la estrategia de atención primaria en salud que le pega al objetivo de desarrollo sostenible número 3 (Salud y Bienestar para todos)”* (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)

Si bien el caso del CSNE resulta ser bastante sui generis dado el contexto particular de la gobernanza post-terremoto, en general para el ejercicio de lo público en atención en salud, las naciones y pueblos generalmente deben hacer un recorrido de desarrollos normativos y legislativos que sustenten los modelos de sistemas de salud que decidan implementar, de acuerdo con su autonomía de gobierno y en el marco de una política general que trace un norte claro de principios y propósitos.

Tal cual pudiera considerarse que fue la situación facilitadora del post-terremoto en Popayán, que permitió desde lo pragmático, que se constituyera el CSNE y se aceptara por la autoridad sanitaria territorial, pero no propiamente para incorporarlo en el modelo de oficial y hegemónico de salud, ni para asignarle recursos públicos para su funcionamiento. En esta experiencia del CSNE se identificó una dificultad importante asociada al cumplimiento de los aspectos normativos, particularmente los relacionados con el Sistema de Garantía de Calidad, que para la época final del CSNE iniciaba su implementación en el marco de la Ley 100 del 93. De hecho en los relatos de las entrevistas vimos que es referido por varios de los participantes como uno de los principales motivos para el cierre. Tengamos en cuenta que la normatividad existente en la época para las MTCH, ha sido calificada como no articulada, fragmentada y puntual, relacionada con tópicos como prestación de servicios, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, medicamentos y desempeño de talento humano (10) (78), y esta es una de las razones por las que en el 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS, en su proceso de construir una

política pública integral y coherente para articular las MTAC, elaboró los “Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (10), soportado normativamente en la Política de Atención Integral en Salud – PAIS(16) y en Modelo de Atención Integral de Salud – MIAS(16), el estudio del CSNE, que contienen el principio de interculturalidad y la gestión de la APS con los determinantes sociales de la salud.

El CSNE corresponde a un dispositivo de salud con base en el modelo de determinación social de la salud más que en determinantes sociales de la salud, por lo que resulta interesante analizar si a la luz de la normatividad y políticas actuales, este tipo de dispositivos podrían desarrollarse con el apoyo de la salud pública.

### **3.1.5 De nuevos paradigmas**

Existen varias opiniones y propuestas, una de ellas se refiere a incorporar en la gestión social comunitaria los aspectos trabajados con Gustavo Wilches y la misma Esperanza, relacionados con los conceptos de terreno (en el ámbito personal) y territorio (en el ámbito social y ambiental), es decir, cómo armonizar el ecosistema personal inmerso en el ecosistema del territorio, que además se llevó a la constituyente del 91. Estos planteamientos de un cambio paradigmático de la visión antropocéntrica a una biocéntrica más trascendental para conservación de la vida, es una utopía que vale la pena:

**Figura 3-1. Gestión ambiental en el Centro de Salud La Nueva Esperanza. Popayán. - Cauca. Años 90's.**



Fuente: FUNCOP.

*“...Mira, es un poco lo que yo intenté hacer en la ponencia del territorio como el macro terreno pero eso hay que hacerlo ... en la propuesta original que hicimos aquí. Muy original para la maestría, cuando pensábamos hacer una maestría (en el Cauca), yo hice un borrador e incluía salud ambiental y la gente aquí no entiende eso... yo me iba a regalar, iba a dar clases gratis, digo o vengo aquí a la facultad de medicina y doy las clases gratis no me paguen, no me paguen que yo no necesito, yo hice una especialización en salud ambiental en el Bosque que lamentablemente la acabaron, pero nosotros necesitamos incluir eso entre el macro terreno, porque la gente estamos hablando y hasta ahora lo máximo que logramos es que la gente piense cuánto metal tiene en la boca pero ¿cuánto se traga usted todos los días de ultra procesados? Yo te puedo decir cuánto, en una semana te puedes comer 12.000 sustancias tóxicas no orgánicas que se adicionan a los comestibles” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...la salud individual está estrechamente vinculada a la salud ambiental, o sea, están ligadas una a la otra. Inclusive con alguna otra.... la estrechísima vinculación que existe entre la salud individual, tanto en su dimensión física como en su dimensión emocional, que en este momento es un drama en el planeta entero, especialmente con gente en la adolescencia”.. “fui director del Sena, director regional del Sena del*

*Cauca del año 1978 al año 1990 y en 1990 me retiré para ser candidato a la Asamblea Constituyente por lo que en ese momento se llamaba la propuesta ambiental... artículo 79 de la Constitución Nacional sobre el derecho al ambiente” (Gustavo Wilches Cháux)*

El modelo de gestión del CSNE y la propia MNT, a partir de sus fundamentos conceptuales y de la praxis metodológica, representan un aporte importante a la salud pública, en la medida que incorporan una visión holística de gestionar la salud en las comunidades, trascendiendo el modelo medicalizado antropocéntrico. Muestran cómo es posible desde un paradigma Biocéntrico, conectar el individuo con su entorno social y medio ambiental en el contexto de su cultura y su territorio, permitiéndole construir y decidir sobre sus soluciones, de forma no impositiva, en lo que sería la contribución a la determinación social de la salud, para la gestión de desarrollo y bienestar (enfoque de medicina social y comunitaria).

Desde esta perspectiva el componente sanitario de la “promoción de la salud”, estaría enfocado en la gestión del desarrollo y el bienestar integral, y el componente “prevención de la enfermedad” estaría más hacia la condición funcional de base de la persona (“terreno”), o del colectivo social y ambiental (“territorio”). Con lo cual el enfoque ya no está centrado en la enfermedad sino en la salud. En palabras del modelo de aseguramiento sería como decir: prevenir la generación riesgo, más que controlar la exposición al riesgo, lo cual sería más de lo curativo y reactivo. Si bien es cierto no se trata de desconocer de plano que las acciones curativas también son necesarias.

En la perspectiva de cambios en la forma de hacer salud en el país, este modelo de abordaje de la salud con principios de autoecoorganización del cuerpo biológico y social integral, podría resultar más costo-eficiente y eficaz, que los modelos basados en farmacopea industrializada y en la instrumentalización tecnológica costosa de la biomedicina. Un viraje tan grande como este, requeriría que el país entrara en un debate amplio de fondo en todos sus ámbitos de colectivos, académico, sociopolítico y económico, como el planteado por Arouca en la promoción de la salud radical, en la que denominó bases sociales de la construcción del sistema de salud (81). Para generar cambios o reformas sanitarias es necesario generar “conciencia sanitaria” en los actores de la salud, desde su formación, para que ejerzan como verdaderos actores generadores de cambio

sobre la población: "... que el paciente conozca los riesgos a los que está sometido y como enfrentarlos, y transformar su acción de ciudadanía en acción colectiva de cambio". Sin embargo el país no pareciera estar preparado, ni el sector salud tiene esa consciencia sanitaria, y menos ante la resistencia del poder de la globalización de la industria de la salud, expresada en la distorsión ejercida por los medios de comunicación.

### **3.1.6 Sobre la formación y competencias del talento humano en salud**

La gestión social y comunitaria de la medicina alternativa conlleva un trabajo progresivo y de largo plazo, por lo que requiere una disposición y convencimiento por parte de los profesionales de la salud que la desarrollan, además de una base clara de conocimiento de fundamentos y herramientas de gestión comunitaria. En la formación de disciplinas relacionadas con la gestión de la salud pública, es fundamental que los estudiantes vivan directamente la experiencia comunitaria:

*"...algo que se ha ido perdiendo pero que era bueno era en rural (servicio social obligatorio que se tiene establecido en Colombia) .... A mí me toco rural de un año.... si quiere hacer medicina alternativa tiene que hacer inmersión en comunidad y la inmersión en comunidad tiene otra lógica... tienen que ir a entender cómo es la relación de la gente con el territorio, con la naturaleza, con los sitios sagrados, con las energías...". (entrevista a Milton Guzmán)*

*"... estar en salud pública y como tal pues debe haber esa experiencia comunitaria...no hay nada más sanador que las conversaciones que tienen los campesinos y los indígenas al lado del fogón ... ahí se dice todo, hablan..." (entrevista a Milton Guzmán)*

Respecto a la formación y capacidad de los médicos para desarrollar esa labor integral en los territorios:

*"...si la gente no tiene eso porque no tiene formación porque no le estamos dando formación integral a los médicos ni de los Andes, ni de la Javeriana, ni del Cauca ni en ninguna parte, no les estamos dando formación integral que hoy necesita la gente. ...Seguimos formando los médicos en las mejores universidades de este país o en*

*las peores con el mismo esquema cuando el mundo cambió, no estamos formando la gente en salud, en salud ambiental, no estamos formando a la gente y vayan más de un médico a la Amazonía” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“... la formación médica debe ser diferente. La misma formación de salud pública, ¿cómo se está dando con otros elementos? desde lo social, desde lo ambiental, desde lo organizativo, desde, por ejemplo, antes como se hacían la participación comunitaria... ¿te acuerdas cuando fueron formadas las promotoras de salud que iban a los sitios?, miraban los problemas. ... algunas cosas que se pretende hacer, por ejemplo, en Bogotá, pero son equipos de salud yendo a los sitios, pero a atender prácticamente igual a la gente. Lo mismo, van con el mismo enfoque asistencialista... con la misma concepción de enfermedad... Sólo que ya no es en el puesto de salud, sino en la casa.” (entrevista Nancy González)*

Estos aspectos de la formación médica que hicieron parte de la filosofía aplicada en el Centro de Salud Nueva Esperanza, relacionados con los principios misionales son analizados con gran sentido crítico por el Dr. Julio Cesar Payán en los Coloquios que lideró en el Cauca en el 2004 (83) (Capítulo de “ El Acto Médico ante lo Holístico”, y “El Diagnóstico, Críticas y Posibilidades”) (147), que visibilizan cómo el modelo hegemónico biomédico deshumaniza el acto médico, convirtiéndolo en un instrumento de poder e imposición lineal de un pretendido saber superior respaldado por la ciencia ortodoxa bajo intereses no propiamente misionales. Para la MNT este momento crucial con el paciente, es un encuentro con la vida, un diálogo de saberes en una dinámica cuántica donde el más conocedor de su verdad es el propio ser humano o colectivo que va a desplegar su poder de autoorganización sistémica compleja, más allá del diagnóstico que se le pretenda rotular. Esta mirada humanística en general es también compartida por algunas otras disciplinas de las MTAC, como la Sintergética (84).

Al respecto E. Cerón (53), quien también participó en el proceso del Centro de Salud Nueva Esperanza, visibiliza la “sapiencia arrogancia” con la que se ejercen las profesiones afines a la salud, actuando impositivamente como los sabedores del conocimiento, como parte de una violencia epistémica que define la vida de una manera utilitarista para el mercado y el lucro en el modelo hegemónico.

En el CSNE, como centro de prácticas integrales para los médicos alternativos que acudían a la formación con el Dr. Payán, se recibía esa orientación y entrenamiento para el trabajo comunitario.

*“...el centro de salud, la Nueva Esperanza era el lugar de práctica nuestro ¿no?, yo me quedo acompañando seis meses y al terminar, me digo si es posible quedarme seis meses más y estuve un año (año 99). Entonces el centro de salud, además de ser el centro de práctica de nuestra formación como terapeutas neurales, era como el lugar de producción de lo social, ¿cierto? donde confluía y uno podía ver en ejercicios prácticos, cómo era eso de la aplicación de lo conceptual en lo social... conocimos muchos procesos comunitarios, de construcción comunitaria que llevaba la concepción de Terapia Neural. Entonces, temas de género, temas muy de lo ambiental, cómo leemos nuestro barrio (Recuperación de espacios públicos, la construcción de territorios saludables), ... allí se hacían reuniones de Juntas de Acción Comunal...”. (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

*“.. Cómo lo forma uno como terapeuta o como ser, pues muchísimo; ver que desaparece la hegemonía, que desaparece la imposición, que desaparece la idea preconcebida que se lleva a las comunidades para que surja un impulso, una propuesta que además se construye y que nace desde la comunidad, eso digamos que fue mi gran enseñanza, ¿no? ...” (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

Esta metodología de aprendizaje desarrollada por el Dr. Payán conectada en la práctica con la gestión social comunitaria en el CSNE, consolidaba una formación en medicina alternativa integral que marcaba el rumbo para los profesionales que pasaban por allí:

*“... Eso para la vida me enseñó muchísimo, porque lo que yo aprendí en la Nueva Esperanza a nivel de lo social, fue lo que yo repliqué, por ejemplo, en mi comunidad. Y entonces no va uno con una idea preconcebida de qué es lo que necesita la comunidad. ..., ¿cuál es la necesidad de la comunidad? Y eso fue lo que hice en Puracé, ¿cierto?. lo que yo hice fue: qué es lo que pasa con las comunidades; uno, una desconfianza total frente a los sistemas formales de salud: los gerentes iban por su lado, las comunidades indígenas con toda su reserva y conocimiento por otro...”. aprendí en el centro de salud que se ponen impulsos en vez de poner tratamientos y en Puracé, o sea, lo que yo hice fue aplicar lo que aprendí en el centro de salud. Y entonces empezamos a poner impulsos inespecíficos en problemas específicos comunitarios”. (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

Al respecto, y enfatizando que se requiere preparación especial para el trabajo comunitario con APS en los territorios, Esperanza nos relata su experiencia personal con una enfermedad que adquirió en el Amazonas, que la tuvo al borde de la muerte, y no lograron precisar el diagnóstico en el INS en Bogotá. El único tratamiento que le sirvió fue el suministrado por los curanderos indígenas y la Terapia Neural:

*“... ¿sabe qué me pasó a mí en la Amazonía? Yo hice un trabajo para Perú de la OPS, con la gente de la universidad del Cauca y la del Valle para programa atención primaria para la prevención de malaria y estuve un año yendo a la Amazonia. El último día, a mí me enseñaron en el pacífico hace como 30 años que si uno entra a la selva todas las noches si usted caminó la selva, por la noche, usted tiene que limpiar los zapatos, ... asegurarse que no le quede en tierra dentro de los zapatos y yo hice eso por 30 años y el penúltimo día que estuve nos perdimos ...nos tocó caminar a pie hora y media hasta leticia, llegamos a las 12 de la noche yo me tiré a la cama por primera vez en 30 años de estar en la selva yo no limpié los zapatos y me quedé dormida, me tiré allí a la cama, no habíamos almorzado, ni comido, ni tomaba agua, yo me tiré a la cama en el hotel ahí en la placita y me despertaron a las cinco de la mañana ...pero me puse los mismos tenis con los que había dormido y las mismas medias, como a las 10 de la mañana ... sentí unos picores en ambos pies y a ver que la pierna se me iba poniendo negra de abajo pa arriba pero así lentamente, así ambas piernas y el dolor era insoportable, quemante, aunque yo tengo un umbral de dolor altísimo. Me fui al hospital y nadie tenía idea de qué me había pasado ... entonces vinieron los médicos tradicionales y sacaron un veneno de serpiente y me empelotaron, ...y me empezaron a sobar de aquí para acá con veneno de serpiente y me escupieron y me hicieron de todo y me dijeron listo. Me llevaron cargada al avión los de la universidad del Valle... yo no me quedo yo voy pa Bogotá que allá me hacen Terapia Neural porque ya me había agotado todas mis existencias ...y el avión me dijo no la recibimos porque yo no podía caminar. Habían llamado al instituto nacional de salud porque ellos pensaron que yo me iba morir en el avión, ellos dijeron eso te iba a seguir paralizando ... mi marido me estaba esperando con ambulancia, con hospital, con todo el instituto nacional de salud, ... me hicieron exámenes de sangre de medicina tropical y no les salió nada. Yo llamé a Paco Moncayo (Terapeuta Neural) y me trató con suero con procaína y segmento, bueno y se me quitó el dolor ... el proceso de recuperación duró un año.” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

*“...nosotros formamos parte del trabajo comunitario, la convocatoria de las vecinas y vecinos a las reuniones, la ida a la escuela en los campos, las conversaciones con los jóvenes, el desarrollo de los temas que hacíamos con grupos juveniles, con grupos comunitarios en el barrio, las conversaciones, las rondas, los encuentros*

*comunitarios que es la intervención comunitaria nosotros formamos parte, yo formaba parte como practicante y como integrante del centro de salud formaba parte de las actividades comunitarias del centro. “ (entrevista a Sandra Payán)*

Para construir propuestas de gestión de APS con la participación de la Medicina Alternativa se requiere que también las escuelas actuales en las universidades incorporen de forma temprana estos conceptos en la formación, como lo está planteando la Terapia Neural y se pudo observar en el último congreso internacional de Terapia Neural que se hizo en Bogotá en 2022. Con claridades de APS basada tanto en los determinantes sociales y ambientales, como en la determinación social de la salud, aprovechando los elementos de la interculturalidad que ya contempla la Ley para poder desarrollarla en los territorios.

Estos procesos formativos requieren claridades conceptuales sobre la diferencia entre Pensamiento Sistémico Complejo y pensamiento crítico, que es el que retoma la Terapia Neural en su escuela colombiana desde el enfoque de medicina social y comunitaria; Sistemas de la Complejidad, en el que la práctica terapéutica con procaína ahonda en la cuántica, el Nervismo; los Sistemas Médicos Complejos, que es la estructuración de la Neural Terapéutica como un sistema médico completo.

La generación de competencias sobre el componente social de la MNT requiere conocimientos sobre terreno, territorio y ecologismo, entre otros. Así como elementos, herramientas y prácticas y entrenamientos para la gestión comunitaria de la salud básica desde el enfoque preventivo y de promoción de la salud y el bienestar de forma integral. No obstante, aun formando el talento humano con todos estos elementos, hay que tener presente que, bajo un modelo hegemónico de salud de aseguramiento, existe una fuerte amenaza de que la industria de la salud absorba también estas racionalidades si el personal sanitario no obra con sentido crítico y conciencia sanitaria, aspecto en el cual al parecer fue cuidadoso el proceso que se dio del CSNE en Popayán.

En síntesis, para poder gestionar adecuadamente las competencias requeridas para el despliegue de modelos similares de gestión social y comunitaria de la salud con participación de las MTAC, se requiere que el país tenga clara una política integral en

Medicina alternativa, que contemple la caracterización adecuada de la formación en las distintas disciplinas de salud en las instituciones educativas.

En la Universidad Nacional recientemente se tiene una ventaja ya que Maestría pasó a hacer parte del departamento de Salud Pública, y se abre el debate desde el pensamiento crítico sobre la salud pública con enfoque comunitario para la enseñanza y práctica de la medicina alternativa:

*“... Es que hasta este año es que podemos nosotros empezar a trabajar en ese componente social de la Terapia Neural, y es porque pasamos hacia salud pública... Desde que quede claro el concepto y se desarrolle con lo que estos chicos pueden ir a formar, de la gente va a surgir, los estudiantes van a hacer propuestas, vea, pero si la universidad tiene disciplinas de trabajo social como es posible que la universidad no pueda hacer convenios con comunidades y tener espacios de trabajo comunitarios”, ... Ahora también está en Colombia Daniel Gallego (gestor de los Lineamientos del Ministerio de Salud para la articulación de la Medicina Alternativa, en 2018, que incorporan la interculturalidad)... Creo que es oportuno porque en este momento les aprobaron ya les dieron vía libre para empezar a escribir el borrador de la política pública en Medicina Alternativa” (Laura Pinilla)*

*“...con la Nacional y con muchos congresos que hemos asistido, faltaba ese enfoque diferente, o sea ... un enfoque alternativo- holístico...Pero bonito, por ejemplo, pueden integrar la misma salud pública, cómo puede aportar a estos elementos que tienen muy bien estructurados esos elementos de salud pública, como la salud pública no hegemónica desde la atención, sino una salud pública holística que son los elementos de la Terapia Neural”. (entrevista Nancy González)*

*“...tengo dudas de que sea la academia y el sistema de salud el lugar donde lo pueda ser...requiere formación específica, requiere y creo que la formación no lo está dando....así como se requiere adiestramiento para la técnica de la Terapia Neural y conocimiento de todas las teorías para saber qué y donde se ponen las agujas se necesita un adiestramiento específico y más completo para poder hacer la proyección comunitaria de la Terapia Neural....se está formando con el propósito de que el médico pueda poner las agujas, no se está formando a un médico que transforme la salud pública del territorio. (entrevista a Sandra Payán)*

*“...nuestro título era en pensamiento alternativo, pensamiento complejo y alternativo, no era como médicos neural terapéuticos, el título que luego nos da la universidad, Luis Amigo y, como a una fase de la formación intentó hacerlo. Creo que hay intentos,*

*pero no, yo pensaría que en general la formación no está preparándonos para que hagamos la Terapia Neural que el momento histórico requiere, creo que aún no, que estamos en camino...” (entrevista a Sandra Payán)*

El proceso formativo con Payán y en el CSNE tenía muy claro este propósito de la formación de talento humano. Y es muy importante que ahora se esté dando este viraje o al menos un complemento con la maestría de la Universidad Nacional, al pasar al Departamento de Salud Pública. Sin duda allí se tendría que generar el debate, la teorización y el entrenamiento del profesional de la MTAC, en perspectiva de la medicina social y comunitaria para la generación de competencias integrales, y su rol dentro y fuera del modelo de aseguramiento en salud.

En Colombia el tema de la formación idónea del talento humano en salud es complejo dado que el desarrollo de las competencias involucra al menos dos ministerios, el de salud y el de educación y no hay una política pública clara para las MTAC, que contenga un enfoque de formación distinto. La atención, para no poner en riesgo la población y ejercer el control, lo cual es entendible, pareciera estar más centrada en los estándares de calidad del modelo biomédico, que en el objetivo misional de la atención en salud con su condición de derecho fundamental para toda la población en los territorios considerando la particularidad de sus contextos:

*“...Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivead, participación activa de la comunidad y enfoque territorial. ...ahí puede haber una fricción porque hay clasificaciones que hoy en día pues le dan, no le dan baja complejidad a la medicina alternativa porque tratan al talento humano calificado como especialización...”... “Si yo hoy asumo de que hay un talento humano que trabaja en relación con los saberes de las medicinas alternativas y complementarias es un talento humano en salud, de manera que, ese talento humano en salud debe ser formado de acuerdo con las ofertas que tiene el sistema de educación nacional y siendo formado así debe tener la idoneidad suficiente para atender de la mejor manera, generando el menor riesgo posible a los pacientes que atiende”. (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...ese talento humano en salud y no solamente el alternativo, sino los demás deben saber de formación comunitaria, deben de entregárseles esas posibilidades. ¿Cómo se hará? Bueno, eso es lo que hay que construir también, porque el hecho de que haya un nuevo modelo y de que se estable la estrategia de atención primaria en salud exige cambios en todos los estamentos que se tienen estructurados hoy para la atención en salud...” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...ahí están las dificultades porque es que se construyen estándares para actividades generalmente... Desde el aseguramiento de salud hasta la prestación de servicios en salud, ...los estándares de habilitación, del sistema obligatorio de garantía de calidad tendrán que seguramente ajustarse para los equipos básicos de atención en salud de baja complejidad, ¿cómo se va a hacer eso? ¿cómo se les ejerce el control?” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...esos temas de calidad los da el título. ... está en la Ley de talento humano, se les dijo ustedes compañeros alternativos tienen que estudiar formalmente... todo evoluciona, los ajustes de los países, de las naciones cambian, tiene que hacerlo, el Estado ha sido, y tiene que formalizar ese tipo de educación porque que está en juego la vida de las personas” (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

Lo desarrollado en materia de controles, incluido los aspectos de perfiles y competencias del talento humano, estuvo más centrado en el componente asistencial del ejercicio de la medicina alternativa, en cumplimiento de estándares asociados a la calidad y el aseguramiento, y poco en su rol misional en la salud comunitaria y en la salud pública.

*“...si la atención primaria en salud por fin se operativiza en el país después como de 60 años, pues es ineludible que el trabajador de la salud que tenga que ver con esta sabiduría de lo alternativo, tiene que tener ese componente de la atención primaria en salud ..., en colectivos, poblaciones, culturas y sociedades. ...”. (entrevista Enior Fernando Prieto Murillo)*

*“...el ministerio. Que, digamos, siempre el ministerio lo que puso de presente era que debe haber una formación formal y académica. Entonces ahí incluso había, aquí hay alguna gente que hace, por ejemplo, acupuntura, pero no son académicos, le enseñan a la gente y aprenden acupuntura, pero puede ser incluso personas que no tengan ningún tipo de formación académica, entonces eso el ministerio no lo acepta...”. (entrevista a Milton Guzmán)*

El estudio caso del CSNE también está aportando a la discusión académica en materia de la corriente ampliada de la salud pública:

*“...si el espacio de salud pública de la universidad está en esta lógica de la reflexión de la misma salud pública puede entrar en diálogo con la Terapia Neural. La salud pública convencional no tiene esta mirada, la salud pública convencional es la multiplicación del modelo médico-hegemónico. Ahora, si la escuela seguramente está, o el Departamento de Salud pública está dándose estas reflexiones, esta crítica, es una buenísima oportunidad para entrar en diálogo con la Terapia Neural, porque la Terapia Neural requiere esta crítica también, esa reflexión.” (entrevista a Sandra Payán)*

Revisar la experiencia del CSNE podría representar para la salud pública analizar a fondo y con una lógica abierta y flexible, cual es el verdadero significado de los “dispositivos de salud” para las comunidades, que se constituyen en un “lugar de encuentro comunitario y de diálogo de saberes”:

*“... ese se llamó centro de salud, pero hay huertas comunitarias que tienen esa función, son dispositivos de una salud integral. Ahora, eso está muy bueno para poderle decir a la institución académica y estatal que eso es un dispositivo de salud, que el dispositivo de salud no es donde se atienden enfermedades es donde se genera un espacio para el diálogo de saberes y para el encuentro comunitario. esos serían los verdaderos espacios de impulsos para la auto organización. Lo que fue el centro de salud fue eso, no solo físicamente en ese lugar, sino el equipo andando por el barrio ...” (entrevista a Sandra Payán)*

El CSNE, como dispositivo de salud efectivo, fue un conjunto de impulsos, entre otros múltiples de otro tipo, de autoorganización y autoatención, para esa comunidad, que avanza en una mirada más allá de las limitaciones que impone la medicalización e institucionalización de la salud:

*“... son lugares de encuentro comunitario y diálogo de saberes, eso es un lugar de salud. Ahora a veces ese lugar está en la tienda, ahora tendríamos que como sistemas de salud reconocer los lugares donde se generan impulsos para la salud*

*de la comunidad y apoyarlos y potenciarlos y acompañarlos, esa sería la tarea del sistema de salud en atención primaria de salud, realmente sería esta.... los saberes están... es por el centro de salud, al ser espacio de encuentro y de diálogo permite que esos saberes se revelen, no solo no mueran porque no van a morir, sino que se revelen y se expresen” (entrevista a Sandra Payán)*

EL CSNE, nos aportó en la identificación de una misión importante para la Terapia Neural en la sociedad, con una mirada des-medicalizada que enfrenta incluso a la a la APS que reproduce el modelo Biomédico hegemónico:

*“...nos corresponde, es una responsabilidad sabiendo Terapia Neural uno tiene que aportar a la des-medicalización de la comunidad y a la des-mercantilización. Yo creo que para mí es como la utopía de lo que es la medicina neural terapéutica, tenemos que estar cumpliendo esa función, no al contrario, no generando más dependencia, más mercantilización, no alimentando el monstruo porque eso es lo que estamos haciendo, si uno no hace la Terapia Neural cómo es, termina alimentando el monstruo, que es lo que está pasando. (entrevista a Sandra Payán)*

### **3.2 Comentarios sobre algunos riesgos**

El modelo del CSNE, vimos que se sustentó con recursos de Cooperación Internacional, y aunque en teoría se integró formalmente a la salud pública de la ciudad, no recibió recursos económicos de la misma. En la perspectiva de reproducirse en el país modelos de este tipo tendrían que ser patrocinados con recursos estatales a partir de una política de Estado, que además controle administrativamente las desviaciones y crisis de valores que ha promocionado el propio modelo neoliberal, que indirectamente promueve la cultura ciudadana de la corrupción y el aprovechamiento particular:

*“...Pero la sostenibilidad el Dr. (Payán) siempre decía es que nosotros como organización, como FUNCOP, no puede sostener una función del Estado” .. Pues lo que él quería era devolverle la tarea o la función al Estado para que sea una política del Estado. O sea, así no se convierte en una política, se pierde y tampoco se pudo negociar”. (Esperanza Cerón en grupo focal) . “...él decía que es responsabilidad del estado, que nos habíamos convertido en la prótesis del Estado” (Bella María Calucé en grupo focal).*

*“...pienso que los procesos deben llevar a eso, a que no existe una dependencia total del Estado o de las ONG y esas las cosas y yo pienso que allí también falló el*

*impulso; no fue capaz la comunidad, no fue suficiente impulso para que hubiese un auto sostenimiento organizativo y económico de las actividades en torno al centro de salud que se había dinamizado allí". (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

*"...no es que este en contra de las ONGs, pero yo sí creo más en que hay que trabajar con la organización de base.... éramos lo público y ahí digamos nosotros no tuvimos una relación realmente con FUNCOP, la tuvimos con el Centro de Salud y con ellos". (entrevista a Milton Guzmán)*

En este aspecto, contemplando la posibilidad de tener modelos similares en la gestión de salud pública con APS en los territorios, donde se haga la inversión pública mediante proyectos que financien ese tipo de dinámicas comunitarias a través de ONGs o del sector privado, o de asociaciones público privadas-APP (como las Cajas de Compensación Familiar), o público-comunitarias, igual estaría expuesta a los riesgos de mala administración y corrupciones:

*"...El garante de la comunidad..." "...cómo hacer un cambio cultural en ese sentido?... ahí es donde está la ventaja de la investigación, la acción participativa.... pero de ONGs como FUNCOP, por ejemplo, la pregunta es si esas ONGs todavía existen o no...". (entrevista a Milton Guzmán)*

*"...lo privado, digamos que la experiencia en Popayán, por ser urbano, digamos es más fácil. Pero si yo me voy a ir al Pacífico, o me voy a ir a la Amazonía, o me voy a ir a la Orinoquia, o me voy a ir a la zona Alto Andina, eso es otra cosa...allá sector privado no hay. No va a ir...no tiene cómo sostenerlo, no es sostenible." ...Porque es que está todo se la lleva la industria farmacéutica y la industria médica, la tecnología médica...la opción de trabajar con medicinas alternativas es una muy buena opción, el problema es si esta industria tecnológica te va a dejar..." (entrevista a Milton Guzmán)*

*"...lo que hizo el Banco Mundial y el BID en la época en que trabajaron con las famosas empresas solidarias de salud, antes de meter a las EPS, porque eso fue con préstamos, ...Y eso, no fue sostenible porque empezó a haber corrupción". ...empiezan a manejar el clientelismo, la corrupción y se corrompen, y eso no solamente pasó en Colombia, ahora yo estoy en Guatemala y pasó exactamente lo*

*mismo. Entonces se acaba, y como es un préstamo, lo tienen que pagar ...“  
(entrevista a Milton Guzmán)*

*“...no lo descarto, pero debería haber una regulación muy fuerte y eso no existe en nuestros países. ...donde haya oportunidad hay corrupción, incluso en este momento una de las cosas más complicadas que debe tener este gobierno es que las comunidades que están acostumbradas a que todos les den, deben estar esperando que este llegue a darles... “. (entrevista a Milton Guzmán)*

El aspecto de la viabilidad financiera de procesos de dispositivos de salud similares a los del CSNE es fundamental en una política pública, por cuanto allí radica parte de las autonomías comunitarias territoriales para desarrollar proyectos propios y autónomos que se salgan del modelo neoliberal comercializado de la salud que impone el sistema de salud hegemónico. Tal como ocurre en la lucha del CRIC en el Cauca, que va en la vía de recibir los recursos públicos como entes territoriales y administrarlos ellos mismos.

### **3.3 Frente a impulsar nuevas experiencias como la del CSNE a futuro en Colombia**

Después de 30 años de un sistema de salud bajo un modelo de aseguramiento, se observan complejos cambios en la cultura de la población frente a la percepción de la salud y la enfermedad y su gestión pública o privada. En gran medida se han convencido de que la salud está fundamentalmente asociada a tener acceso a un sitio de atención en salud, donde reciba medicamentos o donde reciba vacunas, ya hay una cultura medicalizada y hay una industrialización del proceso. Algunas regiones, como el Departamento de Boyacá, teniendo en cuenta la Ley 1438/2011, han desplegado y están evaluando acciones de APS con un enfoque biomédico en lo asistencial, es decir medicalizado, y con acciones de PyP dirigida a programas de tipo selectivo. (152)

*“...ahora es muy complicado porque la ley 100 logró que la gente del común esté convencida de que lo que tiene que hacer es tener servicios de salud. Y de calidad es que ...que les hagan todos los exámenes así no los necesiten.....que le den toda la droga que pueda, ... eso es el parque industrial en salud, todo eso está articulado también al sector privado de salud que no está regulado en nuestro país. .... el reto de la reforma no es solamente en el Congreso, es la reforma socialmente, sobre todo*

*en la gente más urbana, ellos están convencidos de que tienen que irse para los centros a que los atiendan.” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...el modelo de ayer y allá en lo primario va a perpetuar ese modelo de la dependencia medicalizada, del modelo de la dependencia de una vacuna. ...entonces es ahí donde de alguna manera nos da esa oportunidad de apostarle a una ruptura de ese paradigma directamente...” (entrevista a Hugo Sarria)*

*“... Yo creo que la conceptualización de la Terapia Neural es la misma de la posibilidad del desarrollo sostenible...es la misma comunidad la que tiene que tomar decisiones...ellos quieren es que las comunidades con sus propios procesos comunitarios lo asuman... tú estás ahí acompañando ese proceso, eso es lo que hacemos... No hacemos más”. (entrevista a Hugo Sarria)*

*“...Tenemos modelos de salud en la parte indígena y que siguen siendo conflictivos, porque para ellos por ejemplo, la tuberculosis tiene otras significancias desde el punto de vista de las enfermedades y de los procesos de salud que ellos viven, entonces más que una urgencia, sí, es precisamente la Terapia Neural da la posibilidad de que puedas empoderar más a la comunidad frente a su proceso, porque ese es cuando no vas a ser tú el líder de los procesos, que ese es uno de los, de las dificultades”. (entrevista a Hugo Sarria)*

*“Nosotros tenemos una experiencia muy interesante con la comunidad indígena en el Cauca. ...con muchos aciertos y desaciertos, pero hay un empoderamiento comunitario impresionante de las comunidades del proceso de salud que ya trascendió la salud. Ya pasamos a lo educativo, a lo ecológico, ambiental, a la dinámica de la vida, a la protección del medio ambiente... y hoy ya las comunidades, por ejemplo, hablan desde el territorio ... ya trascendimos incluso a esos sistemas locales de salud. ...ya hablamos de territorialidades y ya empieza a ver la identidad, es de cómo se identifican las personas en estos territorios. En el territorio urbano, en el territorio rural, en el suburbano, en los territorios de los migrantes. ...y en el territorio confluye todo: tu ser, tu espiritualidad, tu concepción de la vida y ahí es donde aplica.” (entrevista a Hugo Sarria)*

Las circunstancias hoy en los territorios son diferentes a las que se dieron al inicio del proyecto del CSNE:

*“...Primero que los procesos no son los mismos. Una cosa es la crisis inmediata que había sido así, el Dr. Jacob que había sido mi profesor cuando me dice Esperanza, estamos tan mal de salud que vayan y hagan lo que puedan por la salud del municipio y él ni nos hizo firmar nada ni nada sino que monten ese puesto de salud y hágalo era muy, pues era el Dr. Jacob era, tenía una formación de izquierda, de hecho, el Dr. entonces el contexto no es el mismo” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

La APS en Colombia no ha tenido un despliegue e implementación sistemática, aún dentro del modelo biomédico hegemónico con su orientación selectiva, y las experiencias específicas que había en el sistema público, prácticamente desaparecieron a partir de la Ley 100 de 1993, y peor aún en los territorios que en Colombia son de geografía difícil y apartadas, porque no está dentro de la lógica de rentabilidad inmediatista del aseguramiento. Promover la salud y prevenir la enfermedad a través de estrategias como APS no selectiva, disminuiría a largo plazo el costo estatal de la salud, pero disminuiría las ganancias para la poderosa industria de la asistencia en salud. La Terapia Neural, como lo mostró el CSNE, propone un modelo integral de desarrollo de la estrategia de APS pero con enfoque de determinación social de la salud, desde donde deben nacer: en los territorios, para que conciten políticas públicas desde la base comunitaria:

*“...Luego se da la coyuntura, así como ya debe saber mejor la historia, de poder estar en el sistema de salud, pero no nace del sistema de salud la propuesta, sale del territorio. Sale además de una historia que seguro te contó Esperanza, donde ya se hacía Terapia Neural junto al trabajo comunitario en las postas sanitarias de los trabajos comunitarios de las mujeres, previamente antes de la existencia del edificio y del centro de salud la Nueva Esperanza, fue una respuesta que el territorio da al a la crisis que fue desencadenada por el terremoto, pero la crisis social económica que vivimos y a la desigualdad y a la injusticia, pero es una propuesta territorial y la Terapia Neural ahí se conformó...” (entrevista a Sandra Payán)*

*“...La atención primaria en el pasado funcionaba con promotoras, cada promotora manejaba 200 familias en una unidad de cobertura y esas 200 familias se agrupaban en grupos de promotoras que manejaban una unidad primaria de atención, más o menos 1200 familias, en ese sitio se manejaba la información de todas esas viviendas, se sabía si tenían agua, si aguantaban hambre, si había personas con tuberculosis, si habían personas sin vacunas, si habían mujeres embarazadas, toda la información se manejaba en una tarjeta y esa información servía para que las promotoras hicieran relaciones con diferentes líderes de otras dependencias para ir*

*resolviendo los problemas de agua, de alcantarillado, de cambio de letrinas por tasas o por sanitarios etcétera...” (entrevista a Oscar Ospina)*

Con el conocimiento y la experiencia que se tiene del trabajo comunitario en el CSNE y otros en el territorio, a través de los liderazgos de las formas representativas y organizativas de la sociedad, los trabajos de las mujeres y las organizaciones no gubernamentales tipo ONGs, o similares, como propuesta alternativa adicionales a las institucionales, la Terapia Neural deja visibilizar otras posibilidades de “dispositivos de salud” para inspirar o impulsar la transformación de la salud pública en los territorios, que acompañen nuevos constructos con participación de las comunidades en su propio contexto:

*“...No diría yo replicar, porque me parece que no funciona, así como en la Terapia Neural no se replican ni los tratamientos ni las consultas, pero sí inspirar. O sea ... fue un territorio el que habló y el que permitió que la Terapia Neural sea compañera de ese proceso de transformación social desde el sentimiento con el que la Terapia Neural acuerda... Es el de la participación, de la libertad, del reconocimiento, de la autoorganización, de las redes, bueno, todo esto que está detrás, creo que ahí hay una experiencia que es muy rica porque inspira. No se va a poder replicar, pero sí, inspiran eso en que es el territorio el que lo hace, es la Terapia Neural la que se deja sumar porque tampoco fue que porque la Terapia Neural piensa así fue que hizo el cambio, no; La Terapia Neural es invitada a un proceso social al cual tiene sintonía y entonces se retroalimenta la Terapia Neural con el proceso de participación comunitaria que ya venía haciendo. (entrevista a Sandra Payán)*

*“...No fue que la Terapia Neural hizo el proceso de participación social ...¿cuál es el papel de la Terapia Neural en los procesos de transformación social?: es “acompañante”, bueno es como decía mi papá también, él usaba mucho la palabra “amante”, es esta la figura, no es ni la que hace porque las transformaciones lo hace la gente que sabe, pero es la compañía, la Terapia Neural acompaña porque acompaña con la idea, con la consecuencia, bueno acompañó mucho con el sustento científico de lo que se hacía en FUNCOP también, acompañó con la consulta, una asistencia que es consecuente con la mirada participativa del trabajo comunitario del centro de salud.”... “... inspira mucho esa experiencia las posibilidades y nos ayuda a entender qué papel jugaremos como terapeutas neurales en los territorios y en los procesos de cambio que son singulares. Así fue allí, así fue allí con un centro de salud, pero de pronto, en otro lugar, la medicina neural terapéutica juega en una*

*huerta agroecológica comunitaria o juega en una escuela de educación popular, o sea, ahí le tocó centro de salud, pero fue esa coyuntura. A lo mejor la Terapia Neural juega en otros espacios...” (entrevista a Sandra Payán)*

Algunos, como el Dr. Ospina, consideran que el marco base normativo ya existe, en el modelo de aseguramiento, por ejemplo con la Ley 1122 de 2007 (153), que buscaban fortalecer la salud pública dentro del sistema de aseguramiento con la creación de las Empresas Sociales del Estado -ESE's, incluyendo los modelos de atención, como salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria en el Plan Nacional de Salud Pública obligatorio del Plan Nacional de Desarrollo de cada cuatrienio de gobierno, y la Ley 1438 de 2011 (154), que involucra el Plan Decenal de Salud Pública ( En numeral 13 del artículo 13 de implementación de la APS: “.Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.”) que busca el fortalecimiento del Sistema de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad. Faltaría terminar de reglamentarlos de forma específica y avanzar.

No obstante veíamos antes, en este relato, como fue negativa la experiencia del CSNE y FUNCOP en ese sentido, y por eso el rechazo del Dr. Payán:

*“...lo que necesitamos es que efectivamente en el modelo, ¿Qué tendrá de diferente hoy? que de pronto el modelo puede tener ya psicólogos, enfermeras, no como en el pasado que era una sola promotora, que va a tener un sistema de información mucho mejor para tomar ediciones inteligentes y que va a poder realmente intervenir “. “...ahí está el marco normativo incluso hoy, sin que haya reforma al sistema de salud colombiano, ahí sale la ley 1122, ahí está el marco normativo que ha definido que la atención primaria cómo se podría ejecutar” ...un modelo de atención primaria que usted sabe, uno de sus pilares es la inter-institucionalidad y la transdisciplinariedad. ...también requiere personas que conozcan, que conozcan cómo opera la atención primaria, para que la articulación con la comunidad, la articulación interinstitucional e intersectorial sea eficaz....hoy, no solamente hay posibilidades de hacer alianzas público-comunitarias o público-populares, sino alianzas público-privadas, y yo creo que ese puede ser un camino....hay que aperturar la posibilidad de mostrar con una buena data que efectivamente hay modelos que son más eficaces en términos de la prevención” (entrevista a Oscar Ospina)*

Como hasta ahora está planteado en Colombia, hacer reformas que la impulsen tanto en lo urbano, como en lo rural, es posible y socialmente necesario, y se podría bajo los principios de interculturalidad y transdisciplinariedad, con participación de la medicina alternativa, incluida la Terapia Neural, en los Equipos de Atención Integral que incluso están planteados en la norma colombiana, siempre y cuando sean flexibles y tengan clara la lógica de cada sistema médico y se respeten. Que sea la comunidad misma quien tome decisiones sobre su aceptación, como paso en el CSNE.

*“...tenía que ver con el ser equipo, porque era formar parte del centro de salud, no éramos médicos que cumplíamos esa función, éramos parte del equipo, entonces hacíamos cosas juntos y entre ellos pues hacer la consulta que eran las persona, también a mascotas, ahí yo hice mis primeras agujas a perros en el centro de salud.... había tiempos para el trabajo comunitario tiempos para la consulta y una interacción permanente con el equipo, con las mujeres, con la organización de mujeres, participamos en reuniones de las mujeres, en reuniones de su organización, recuerdo una reunión en el salón que había al lado, que era como que la Junta de Acción Comunal.... participábamos en la vida del barrio, no era solo ir a hacer consultas, sino formar parte de esa comunidad, de ese barrio, de ese centro de salud...” (entrevista a Sandra Payán)*

En los territorios apartados, tendría que incluir las medicinas tradicionales que tengan en cuenta su cultura, y lo más seguro es que en un principio se conviertan en acciones puntuales, pero con importante poder resolutivo asistencial frente a las grades necesidades que afrontan los territorios excluidos del país. Aun así, aunque su participación sea básicamente instrumental (“poner agujas”), ayudarían a ir rompiendo el esquema tan medicalizado y farmacodependiente que el sistema biomédico ha impuesto.

*“...la Terapia Neural resolutiva en sí misma, pues no necesitar la radiografía porque le preguntas al cuerpo y realmente la gente se sana, o sea, si no, en lo médico yo viví la Terapia Neural a pleno y soluciona los problemas por supuesto que mucho más de lo que puede la medicina ortodoxa, pero bueno, tendrías que tener, no sé si habían investigaciones y se hizo en ese momento, pero resolvía, resolvía, porque imagínate, no sé, las amigdalitis, no tenías que comprar antibióticos, una aguja y se curaba, eso es la Terapia Neural, que por eso creo que en una de las partes que me explicaste de tu trabajo, está muy bien estar atentos a que no es solamente curativa,*

*pero no es poca cosa que la Terapia Neural esté en manos de la gente porque tiene derecho a que lo esté. ...” (entrevista a Sandra Payán)*

En ese sentido se resalta el derecho que tiene una persona o una comunidad a acceder posibilidades terapéuticas efectivas y cercanas en cualquier lugar del mundo desde que se cuente con el talento humano entrenado e idóneo, sin que tenga que estar sometido y expuesto la lógica muchas veces iatrogénica de un negocio, que en sí la hace más costosa para la sociedad. Es toda una defensa cultural hacer esta transición de recuperar la salud como un derecho:

*“...Es uno de los saberes de la humanidad, no puede ser que uno, si quiere, esté ajeno a la existencia de este conocimiento y de esta medicina y no acceda a ella cuando es más resolutiva que la otra. Tiene que estar como protagonista de la transformación cultural. Ahora, el sistema de salud tiene que garantizar que la gente acceda a la medicina neural terapéutica, y hay evidencias de que es así porque es resolutiva.” ... (entrevista a Sandra Payán)*

*“...hay que armar los equipos extramurales por qué no nos reunimos todos los del Cauca y le hacemos una propuesta ... (al Ministerio) y montamos una experiencia porque todos hemos hecho trabajo social comunitario, todos los de aquí y montamos una experiencia con medicina alternativa en los equipos extramurales en el Cauca y eso sería una experiencia piloto de mostrar en el mundo porque tenemos toda la experiencia...” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“...Entonces nosotros aquí, o sea, si las mujeres se dan la pela nosotros nos damos la pela y podemos volver a hacerlo. A ese puesto de salud venía gente del putumayo, del Caquetá gente pobrísima, del Huila, del Valle se hace el puesto de salud” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*Todo el suroccidente, yo digo que hay mucha posibilidad porque, uno, que son ... son seis las socias y .... ellas podían conseguir que la junta comunal las apoyara ...y qué podemos hacer los otros barrios de la comuna que para respaldar la experiencia porque pues de todas maneras se apoyaba, se apoyaba haciendo la consulta, el trabajo comunitario respaldar el ministerio” (Bella María Calucé)*

*“...el sistema de seguridad social de Colombia no tiene un planteamiento de APS, y no lo tiene porque desbarató todo... incluso lo que desde la perspectiva biomédica podría plantear, por ejemplo, una atención lo más cercana de la gente posible. Quitó a los promotores y los puso a facturar, cerró puestos y centros de salud, y no los volvió a abrir. En áreas rurales, por ejemplo, en la Amazonía, en la Orinoquía, en el Pacífico, la gente no tiene atención.... Un médico allá es un milagro, ni una enfermera profesional, eso no existe, porque el aseguramiento todo lo que no fuera rentable lo quitó, y eso no era rentable...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“... se hicieron algunas cosas aquí en Bogotá, incluso los demandaron por coger la plata del aseguramiento para cosas que no eran, por contratar con recursos de aseguramiento los equipos que iban de casa en casa.” (entrevista a Milton Guzmán)*

Ahí hay un reto muy grande, para toda la comunidad alternativa en cuanto a la generación de esas propuestas, de cómo lograr que el modelo neoliberal no termine haciendo un aprovechamiento del proceso, y lo administrativo termine siendo un foco de corrupción o de ineficiencia, y finalmente los que quedan mal son las propuestas alternativas frente a la expectativa que puede haber en el país para un cambio. Y la misma cultura cotidiana está inmersa en eso, es común en el lenguaje popular “qué hay para mí”, “cómo voy yo ahí:

*“...Si, el sistema de contratación con el Estado es un gran problema. El modelo económico del Estado está diseñado para que haya corrupción” (Esperanza Cerón en grupo focal). “...lo mete a uno en unos rollos horribles si uno no tiene cuidado”. (Bella María Calucé)*

*“... Las universidades son un problema para hacer convenios. Las universidades son la cagada, son lo peor, el peor aliado para hacer convenios...se quieren quedar con el 40% de todo... por poner el nombre. ... para, hacer nada y ponen todas las trabas”. (Esperanza Cerón en grupo focal) “... Esos sistemas administrativos son muy feos”. (Bella María Calucé en grupo focal) “...Es muy burocrático, demasiado. ... eso es un desangre.... Que haya participación de la universidad, genial y además de gente muy valiosa. Con la participación y un convenio muy claro, pero no manejando administrativamente. Nada de presupuesto, nada administrativo a través de la universidad ... “Mejor con las asociaciones o las agremiaciones”. (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

Abrir los espacios para el aporte de la medicina alternativa en las comunidades a través de la APS, requiere además decisiones políticas claras:

*“...de ahí salen las cartillas de las que hablaba Nancy. Es que, miren, tenemos plantas, pero la gente se está olvidando cómo se usan las plantas. Ah, bueno, hagamos IAP y hablemos de plantas. Y aprendimos, hicimos cartilla y la compartimos, hicimos títeres, ahí llegó el gobierno de Floro (indígena Gobernador del Cauca por elección popular en enero 2002), ... que estuvo de secretario departamental Guzmán y nos apoyan toda esta propuesta y se nutre y se hace una propuesta municipal y ahí nace todo el trabajo...” (Luis Fernando Córdoba en grupo focal)*

*“...Claro, imagínate cómo encaja ahí es algo así como lo que el país está planteando de redes integradas de servicios de salud, pero en alternativo con experiencias positivas, con atención de paciente, ¿cierto? La APS se fundamenta en 3 aspectos, la participación social, la acción intersectorial y los servicios de salud, pero nosotros teníamos el miedo de salud alternativos y obviamente necesitamos participación social, ¿cierto? Y una integración intra y transectorial, esa APS puede estar, pero en nuestro territorio y es lo que se propone que las APS sean construidas, por eso yo hablo de APS porque yo la siento y la entiendo desde la alternativa” (entrevista a Oscar Orozco)*

Oscar continúa sobre su propuesta:

*“... ¿Cuál es la idea? Es recoger todos estos procesos que han existido en cabeza de una organización y hacer una propuesta que hile todo entonces están obviamente todo el trabajo de FUNCOP, el de ustedes, el trabajo que han hecho ustedes, el de nosotros, nosotros tenemos una ventaja allí y es como hemos trabajadora dentro del sistema de salud atendiendo población de régimen subsidiado durante 15 años, está el CRIC, con sus dificultades pero está Rodrigo en el CRIC, está Hugo también en el CRIC, también está Pilar en el norte en la ACIN cierto y entonces digamos que es el momento de un esfuerzo, propuestas e hilar para hacer una propuesta al ministerio entonces también podemos unir la Universidad del Cauca y a la Universidad Nacional es que no son excluyentes las propuestas ahorita nacen .... ¿Cuál es la propuesta? La propuesta es que nos ajustemos a las necesidades del ministerio actual donde se incluye la interculturalidad, etcétera y hagamos una propuesta piloto de Terapia Neural o Medicina Neural terapéutica y APS ... Claro entonces tenemos experiencias*

*y queremos convertir una experiencia piloto de intercultural y alternativa para el país” (entrevista a Oscar Orozco)*

Existen múltiples experiencias de gestión de salud comunitaria desde la APS y con el nuevo gobierno se ha conversado en el Ministerio de Salud.

*“...yo les decía ... mira nosotros tenemos en Cauca experiencias positivas en APS intercultural, sí, mi tesis fue sobre eso, acciones y significaciones de la promoción de la salud en la comunidad indígena, entonces ya hay experiencias positivas por gritos. Sí, las cartillas y es un impulso desde la concepción de la Terapia Neural documental, es eso, ahora viene Sandrita (la hija del Dr. Payán, con su experiencia comunitaria en Argentina y su propuesta de “Intersomos”) para allá para Popayán” (entrevista a Oscar Orozco) ... “Esperanza: Y ella quiere hacer una especie “alegremia” acá” (Esperanza Cerón en grupo focal)*

*“... ¿qué proponemos a esa atención primaria que se empieza a involucrar sobre otros elementos? Y el proceso era precisamente no caer en el mismo modelo clásico... sobre otros factores que también deberían desarrollarse, que sería muy bonito hacer esa propuesta con la concepción de una Terapia Neural más de procesos, de tipo social, de tipo político, de salud incluyente...para empezar a mirar esos elementos que aportarían a políticas saludables.” (entrevista Nancy González)*

Desde la mirada de las trabajadoras lideresas del CSNE, sería muy importante que en el nuevo gobierno progresista se pudieran implementar elementos de esta experiencia del CSNE en las reformas del sistema de salud para los territorios, especialmente en su componente de promoción y prevención en el trabajo con las comunidades, con educación en alimentación sana, sin agrotóxicos, con atención de la salud menos medicalizada y menos farmacodependiente:

*“... que chévere, que lográramos que un día eso se pudiera que en cada municipio hubiera un centro piloto como el que hubo acá en el puesto de salud la Nueva Esperanza. ... con la implementación de todos estos abonos orgánicos, ... todo lo que era el área de agroecología. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“... creo que hay muchos elementos que se puede tener en cuenta para que se pueda presentar una propuesta similar ... que pudiera constituir no sólo uno, varios centros de salud como el como el que nosotros llegamos a tener, ... con una visión diferente, con una medicina diferente, donde estos tratamientos si no lo mejora tampoco lo empeora, porque sabemos las consecuencias que tiene el consumo de tanto medicamento que si nos alivia de un mal nos afecta otro órgano, ...entonces se vuelve un círculo vicioso allí en el organismo, entonces donde no se va a erradicar sino que siempre vamos a estar dependiendo, ....entonces sabemos lo que significa lo que nos hacemos tratamientos en Terapia Neural, sabemos lo que lo que significa eso y que ha acompañado el tratamiento pero articulado pues con toda la parte social, toda la parte de la alimentación...” (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

### **3.3.1 La medicina alternativa en el aseguramiento**

En medio de fuertes ataques de la biomedicina en el mundo, la medicina alternativa hoy por hoy viene abriéndose espacio dentro de los esquemas de aseguramiento en varios lugares del mundo, pero básicamente en su componente individual asistencial de atención de la enfermedad, prácticamente como un instrumento más dentro de las herramientas de tratamiento, con muy pocos elementos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Siguen orientados a la concepción de la salud como ausencia de enfermedad. No obstante, estos espacios pueden considerarse un avance en el sentido de mayores oportunidades para posicionarlas.

Bajo la lógica del aseguramiento, el ejercicio de estas medicinas debe cumplir una serie de estándares de aseguramiento de la calidad, con requisitos de las estructuras locativas y sistemas de información, que muchas veces son inconsistentes con las lógicas de estas medicinas alternativas, dificultando su cumplimiento:

*“...México, el seguro social de México hace medicina alternativa....el seguro social peruano hace medicina alternativa y las hace bien e involucran además también las plantas medicinales....En la India hubo la primera reunión mundial de medicina tradicional de la OMS, porque en la India ya se montó un centro, un centro de medicina tradicional, para darle validez científica a lo que hace la medicina tradicional y alternativa, pero no desde la lógica biomédica sino desde la lógica de las mismas medicinas alternativas...”. ... En contraste,” hay a nivel mundial una cosa contra la medicina alternativa. En España ...han echado para atrás todo, han ilegalizado, están persiguiendo a la gente...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...acá en Latinoamérica están presentes y con la OMS podrían dar una ventana de oportunidad para que, en esta reforma, incluso en un marco de aseguramiento como el que tenemos, se puedan hacer las cosas...” (entrevista a Milton Guzmán)*

En el marco del actual sistema de salud en Colombia, algunos de los profesionales que gestaron y vivieron la experiencia del CSNE, y que participaron en el presente estudio de caso, consideran factible desarrollar procesos similares o a manera de impulsos, en el lenguaje neuralterapéutico, y proponen aprovechar la experiencia del Cauca en la gestión social comunitaria. Hacen observaciones a los modelos propuestos para la reforma a la salud, considerando que deberían implementar enfoques que trasciendan el modelo medicalizado incorporando la visión de bienestar social y ambiental de autoecoorganización de territorio, a partir de la gestión sobre los determinantes sociales y ambientales:

*“... Si miramos la Terapia Neural basada en el pensamiento de las complejidades, de un pensamiento mucho más abierto, en donde los diagnósticos no son lo importante porque son solamente referencias a las cuales uno le apunta cuando está enfrentando un paciente.... también la ruptura del paradigma de la epidemiología, en donde es la misma comunidad la que tiene que empoderarse de sus procesos y no seguir protocolos y esquemas que muchas veces son verticales y arbitrarios como los que muchas veces hemos vivido, incluso con el énfasis comunitario, con el énfasis de la atención primaria y salud renovada, seguimos siendo impositivos, seguimos siendo verticales en el modelo buscando certezas, cuando las mismas comunidades, los que nos muestran, es realísimo y de eso conversábamos con el Dr. Payán en esa época, basados en estas experiencias, en donde lo comunitario te enseña que no está escrito, o sea, que los protocolos que están ahí, o sea, que tú no puedes llegar a seguir hablando de tuberculosis sin tener en cuenta la dinámica propia de lo que eso significa en la comunidad”. (entrevista a Hugo Sarria)*

Sobre el enfoque que contempla la norma desarrollada, si bien es cierto no se refiere específicamente a determinantes sociales y ambientales, y la promoción y prevención, si establece unos principios incluyentes. Y luego ya en la Ley Estatutaria de 2015, los incorpora específicamente, contemplando la salud como un derecho fundamental y el principio de Interculturalidad. El constructo de los elementos para implementar la estrategia de APS, aplicando los lineamientos de la OMS hacia la agenda de desarrollo sostenible

2030, necesariamente conlleva una mirada más allá de los indicadores epidemiológicos clásicos contemplados en la APS selectiva, orientándose hacia la llamada APS renovada y con la participación comunitaria como uno de los principios, y esto es lo que en esencia desarrolló el proyecto del CSNE, pero con una concepción muy diferente a la biomédica:

*“...lo que yo llamo salud comunitaria, pero en ese momento no tenía ese nombre. Es diferente a la educación para la salud que plantea la medicina oficial, la Terapia Neural lo que plantea en comunidad es la salud comunitaria y eso es básico para la construcción de la atención primaria en salud que es la participación y la intersectorialidad y la suma de saberes y bueno y la solidaridad como principio de la atención primaria en salud. Ahí yo creo que esa sería como mi experiencia más que la consulta en el centro de salud es el trabajo comunitario del centro de salud y el avance, la apuesta que hacía FUNCOP de proponer un trabajo comunitario consecuente con el sentimiento de la Terapia Neural, o al revés, la Terapia Neural consecuente con la propuesta libertaria de FUNCOP, por eso la investigación de acción participativa, no era cualquier investigación ni cualquier trabajo comunitario, eso es lo que me parece a mí, de lo que fue el centro de salud.” (entrevista a Sandra Payán)*

En ellos queda clara su postura de considerar la salud como un derecho y el no alineamiento con el modelo del aseguramiento, que para la época iniciaba su proceso con la Ley 100/93.

La estrategia de APS que se implemente no es solo un asunto de acceso y cobertura, sino que va ligada a la concepción de la salud que se aplique, que para el caso el CSNE, contempló además otro de los conceptos que desde la Medicina neuralterapéutica se ha esbozado, y es el del "Terreno". Este concepto, que ya mencionamos atrás, plantea que los individuos y su comunidad, se encuentran expuestos a diversos aspectos sociales y ambientales que modifican su "terreno" o el tono del sistema nervioso, generando cambios en la modulación de las respuestas del organismo. La promoción de la salud y el bienestar y la prevención de la enfermedad, tanto individual como colectiva, en el marco de esta propuesta implica entonces que los individuos y las comunidades sean valorados y acompañados por la salud pública de forma integral, abarcando los ámbitos físico, mental, emocional, espiritual, social y ambiental (54), lo cual es contrario al enfoque selectivo que conlleva el modelo del aseguramiento.

### **3.3.2 Sobre la Medicina Alternativa haciendo parte de los Equipos de Atención Integral - EAI o Equipos de Atención Básica - EAB**

Existe una dificultad mayor para la participación de la medicina alternativa, dado por la falta de talento humano formado disponible para esos equipos transdisciplinarios, lo cual precisa unas acciones de mediano plazo desde la academia, a través de una política de salud integral en el país. He aquí la importancia del fundamento epistemológico con el que se forma el talento humano en salud, en su componente comunitario y social, como lo plantea la Medicina Neuralterapéutica cuando es concebida más allá de una instrumentación terapéutica

Esperanza Cerón reflexiona sobre lo que puede pasar con la conformación de los EAI de esta manera:

*“... un equipo extra mural de médicos recién egresados formales que van a poner antibiótico y que no tienen ni idea que en la Amazonía en todos los ríos de la Amazonía, los más importantes, poblamientos, la gente tiene dieciséis veces más el nivel permitido de mercurio, mande un médico allá...”*

Y continua respecto a las posibilidades de aumentar la cobertura que impacta la eficiencia con los EAI en los territorios:

*“... mira los equipos extra murales si no tienen una inducción mínima, en salud pública, pero la de verdad no la de vacunar y si no hay eso entonces terminamos. Sí, claro teniendo una mayor cobertura llegando donde nunca se ha llegado y todo, pero eso no va a construir proceso de salud pública ni de atención primaria, entonces nosotros podemos hacer una cosa, no sé si Conexo, Universidad del Cauca, Universidad Nacional más fuerza tendría una propuesta inicialmente para el Cauca porque hay todas las condiciones históricas y facilidades con los momentos campesinos, indígenas y de mujeres que luego se pueda mostrar para todo el país que realmente esto sí es posible y hacer una cosa lindísima real bonita como siempre hubiéramos querido hacerla...” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

*“...podría ser un equipo de salud interdisciplinario, incluso en las áreas urbanas como Bogotá, podrían ir con médicos alternativos y como se intentó hacer en la Amazonía, en el Amazonas, con médicos tradicionales y con médicos alternativos, si eso se puede. Yo sí creo que eso es posible” (entrevista a Milton Guzmán)*

Con relación al riesgo de que la medicina alternativa termine tan solo instrumentalizada en medio de una acción puntual, como puede llegar a ser los EAI en los territorios apartados:

*“...son equipos transdisciplinarios de salud que no es que hagan brigadas, en atención primaria un equipo, con la realidad nuestra en Colombia, en el Amazonas, con esa complejidad, ... Donde las poblaciones son muy dispersas, entre una vivienda y otra puede haber ¿Tres días de camino? ...Y entonces debe haber equipos que sean rotativos. (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...mirada abierta, de que van a trabajar tanto con biomedicina como con medicina alternativa dependiendo de las circunstancias, dependiendo de la lección también del usuario, o sea, es también, digamos, ahí tiene que trabajarse un modelo médico intercultural y transdisciplinario para que sea efectivo esto...”.(entrevista a Milton Guzmán)*

*“... Porque es que está todo se la lleva la industria farmacéutica y la industria médica, la tecnología médica... la opción de trabajar con medicinas alternativas es una muy buena opción, el problema es si esta industria tecnológica te va a dejar...”. (entrevista a Milton Guzmán)*

### **3.3.3 Sobre la implementación de la Investigación Acción Participación -IAP en posibles modelos territoriales de APS**

Hemos querido resaltar de manera especial, como el proceso del CSNE estuvo inmerso en un trabajo de gestión social de la salud con un potente componente educativo participativo, que fue clave para poderlo gestar y desarrollar, habida cuenta de que fue un proceso con un claro sentido político hacia la transformación social en pro de la equidad y la justicia social. En esta perspectiva de gestionar la determinación social de la salud mediante procesos participativos de mediano y largo plazo, el método empleado en la praxis es determinante, como en este caso la Investigación Acción Participación -IAP, diseñada con influencias del pensamiento de Paulo Freire y Fals Borda al igual otras

corrientes del pensamiento latinoamericano del conocido como Paradigma Emancipativo, que tenían como finalidad producir conocimientos para la transformación social, con un diálogo entre el saber académico y la sabiduría popular, a través de una línea epistemológica de contenido crítico, y una línea de praxis y acción que integran el pensamiento científico, el contexto cultural y la estructura de poder.

La IAP podría ser un recurso importante para los programas de APS en los territorios, dispensados directamente por las instituciones públicas de salud, o por alianzas público-privadas, como lo demostró el proceso con el Centro de Salud la Nueva Esperanza, y otros con los cuales la ONG FUNCOP replicó el proceso en la región.

Teniendo en cuenta que ella se viene trabajando en América Latina en varios frentes de gestión comunitaria, hay que tener presente que es distinto el escenario urbano, donde se realizó la experiencia del CSNE, del escenario de rural y campesino. En el primero el proceso es más individual y familiar y en el segundo es más colectivo, particularmente en algunos territorios con mayor preservación cultural de sus cosmovisiones, como los indígenas caucanos, que además conservan su propia organización política y de gobernanza:

En el CSNE:

*“... venían haciendo un proceso de Investigación de Acción Participativa, que como metodología es interesante para un tema como la de medicina alternativa, y sobre todo para traer cosas que finalmente ni social ni culturalmente son nuestras (como la medicina china, la homeopatía, la misma Terapia Neural que se origina en Rusia y Alemania). ...en Popayán, en el área urbana, hay que reconocerle ese trabajo. Pero por ejemplo los pueblos indígenas, ellos tienen su propia IAP, sobre todo en el Cauca que son muy organizados. no hacían afiliación individual al aseguramiento y se pelearan con el ministerio para hacer afiliación colectiva, ellos no piensan sino es colectivamente y hablan de los derechos colectivos...” (entrevista a Milton Guzmán)*

*“... el reconocimiento a la Nueva Esperanza es poder aplicar eso en un escenario como los nuestros urbanos, donde el tema es más individual y hasta familiar si se quiere pero que no tiene, digamos, lo comunitario no es tan fuerte como si lo es en las áreas rurales indígenas y campesinas de un departamento... En el Cauca puede*

*fluir más, acá la cosa puede ser más compleja, por las mismas dinámicas urbanas de un sitio como Bogotá...” (entrevista a Milton Guzmán)*

Respecto a la implementación de Equipos de Atención Integral -EAI, para llevar los programas comunes y clásicos de atención básica:

*“...usted va cauca y si usted monta esos equipos extra murales formales, no va a servir pa un soberano porque en el Cauca rural en muchas partes, el Cauca rural es de medicina alternativa...”, “... tienen que meter, según los territorios y la capacidad médicos que hacemos medicinas alternativas ustedes no pueden llegar a una reunión del Cauca o al Chocó y a otra vez a darle solo antiparasitario, o antibiótico, aunque esas cosas puede ser que en algún momento la gente las necesite sí, no se descartan...” ... Pero usted va y le da a la gente eso y se va, la gente sigue tomando agua contaminada con mercurio porque ese es la situación del pacífico...” (Esperanza Cerón en grupo focal).*

### **3.4 Aportes y legados**

En la transformación del proceso del CSNE fue dejando aportes valiosos tanto para las comunidades y las personas que participaron, como para la medicina alternativa y particularmente para la Terapia Neural, y que en gran parte pueden explicar su permanencia en vigencia durante tanto tiempo.

*“...es del relacionamiento de los demás saberes con la vida y la salud de las personas, pero también de las comunidades, de comprender que cuando estábamos enfermos comunitariamente o familiarmente pues estamos enfermos individualmente también...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“...una relación médico-paciente completamente horizontal diferente, dialógica, reflexiva, relacionándole a la gente con el tema de la alimentación, con el tema de la actividad física, con el tema de la forma de vivir, de pensar, con la cultura...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“ir trayendo puentes, que no han sido los puentes con toda la velocidad que hubiéramos querido para que pudiéramos haber avanzado más, pero hoy, digamos, creo que eso está relativamente superado, ya vemos muchos más centros de salud,*

*de medicina alternativa, consultorios, etc.... ya digamos...” (entrevista a Oscar Ospina)*

*“..la forma de trabajo del Centro de Salud Nueva Esperanza y de la apertura que sin duda se está dando hacia las nuevas miradas, ya estamos viendo y eso en parte los indígenas han ayudado mucho con el sistema indígena propio intercultural SISPI de abrir a que hay otros modelos de salud que también funcionan, que tienen resultados... ya uno ve en neural terapeutas o homeópatas trabajando en el sistema indígena, igual que las parteras o los médicos tradicionales que llamamos los teguas” (entrevista a Oscar Ospina)*

En el contexto de la época, que tuvo el impulso normativo a las medicinas tradicionales y terapias alternativas, en que el propio Dr. Payán participó, con las Resoluciones 5978/1992 (149) y 2927/98 (150). Destaquemos algunos, entre los que se visualiza la concepción integral y no medicalizada que tenía la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el modelo del CSNE :

*“...nosotros teníamos el control desde la dirección y trabajábamos un poco con una perspectiva de atención primaria en salud que no fuera selectiva, o sea, no era solamente una atención primaria en salud para hacer lo materno infantil, sino integral, ¿cierto? y empezamos a trabajar también un modelo de atención para el departamento, un modelo de atención intercultural con medicinas alternativas, donde los servicios de salud pudieran ofertar...” “después de que terminó el periodo de Floro y llegó otra gente, digamos que eso hasta ahí llegó. Quedó alguna gente ...la hija misma de Payán, Sandra y Fernando Córdoba, ellos fueron los que en la Secretaría de Salud impulsaron y trabajaron las medicinas alternativas ya como Secretaría de Salud...”. (entrevista a Milton Guzmán)*

*“...la formación a nivel de muchos profesionales de salud, entre ellos promotoras de salud, se formaron como promotores del desarrollo. ... ahí ya había un cambio grandísimo, ...iban con esa concepción de impulsar procesos sociales”. (entrevista Nancy González)*

*“...la participación de cantidades de líderes, lideresas, grupos juveniles, mujeres, juntas de acción comunal. ... esa construcción de pensamiento crítico se dio con*

*muchos grupos de la comunidad, con instituciones educativas, con instituciones ambientales, muchos grupos vinculados a esa concepción holística. (entrevista Nancy González)*

*“...un enfoque holístico en la construcción de elementos de atención primaria, donde no es... la atención biologicista, sino un enfoque más holístico desde lo ambiental, ... desde lo organizativo, desde el espacio público, desde diferentes elementos transversales, como ... la concepción de género... enfoque mucho más social, de identificar y hacer propuestas de determinantes de salud con la comunidad, ... con equipos transdisciplinarios... con gestión de procesos organizativos a largo plazo”. (entrevista Nancy González)*

*“...porque la salud no es solamente ausencia de enfermedad, sino que tiene que ver con todo nuestro entorno y después de que nuestro entorno este bien, nuestro organismo va funcionar bien ... entonces se logró permear en la gente y lo que uno ve es que muchas personas que pasaron por acá en este cuento del puesto de salud, de la asociación, de la red de mujeres, ha incidido para que ellos hayan podido acceder a otros a otros cargos como decir, Junta de Acción Comunal, que la junta administradora local, que el consejo de alcaldía, porque es gente que dice yo, me formé, yo lo que aprendí en el centro de salud, desde FUNCOP, entonces mire que toda esa parte ha servido, ha servido para cambios en la comunidad y para la gente vincularse, vincularse a procesos que anteriormente lo veían como que no, como que era que otras personas eran los que los tenían que hacer, pero que igualmente tuvieron la oportunidad de cambiar su pensamiento, su accionado...”. (entrevista a Luz Ceneida Zapata)*

*“...Donde nosotras mismas, nuestro que hacer, nuestro entorno de vida cambió, porque tuvimos nuestras capacitaciones, porque tuvimos muchas posibilidades de aprendizaje, por ejemplo, lo que es mi vida hoy, lo que es el ejercicio que he hecho con mis hijos y mis hijas, es todo este proceso de aprendizaje que yo pude adquirir en el centro de salud, fuimos las fundadoras de la organización que se llamó Las Mujeres del Barrio Colombia. Ya, en ese momento, empezó a formarse las primeras organizaciones post-terremoto de mujeres y empezamos al nivel del municipio de Popayán a hacer las manuales. Para hoy día, es lo que es la red departamental de mujeres, es desde esa época que se viene organizando en el proceso de mujeres, y desde esa época empezamos a pensar la ciudad que queríamos, el municipio que queríamos, el barrio que queríamos y los talleres que se hacían allí con nuestros hijos, el aprendizaje que tuvimos como mamitas, como papitos y como hijas e hijos de este grupo.” (entrevista a Barbara Elena López)*

Impactos importantes a largo plazo en el territorio:

*“...era una micro escuela luego los líderes, los liderazgos de mujeres, la escuela, en esas escuelas se formaron mire de esa escuela salieron siete alcaldes populares, salieron 72 concejales en ese departamento, salieron de los que, eran 13 diputados ala y era campesinos que salían y se convertían unos líderes tenaces”. (Esperanza Cerón en grupo focal)*

Parte del legado importante del proceso del CSNE, está dado en la contribución al pensamiento crítico en el talento humano en salud (ver arriba ítem 3.1.6. de Competencias), que si se multiplica podría dar grandes frutos para el bienestar de las comunidades a partir de la consciencia sanitaria de los actores de salud.

### **3.5 La MNT en la APS en los territorios: ¿Articulación?, ¿interacción?, ¿o integración?**

Al plantear el presente estudio de caso, uno de las pretensiones principales se centró en identificar elementos y posibles estrategias de integración de la MNT en la APS del SGSSS en los territorios, a partir de la experiencia documentada y la revisión bibliográfica, desde una visión de los sistemas médicos complejos y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, en el entendido, según las indagaciones preliminares, de que el CSNE había funcionado articulado con el sistema de salud oficial del territorio en su época. No obstante el estudio, aun teniendo dificultades para la recolección de fuentes documentales directas debido a la situación de pérdida por robo de la fuente principal en FUNCOP, logró precisar al menos dos aspectos claves que limitaron la posibilidad de alcanzar este objetivo: - Primero, el CSNE en realidad “no funcionó articulado” con el sistema de salud del territorio, sino que operó como un dispositivo de salud de carácter privado, en una especie de “interacción” parcial con algunos de los programas del sistema biomédico oficial del territorio, se le permitió operar y hasta cierto tiempo se le respetó su autonomía y principios conceptuales sobre el bienestar, la salud y enfermedad individual y comunitaria. – Segundo, el modelo de atención y gestión comunitaria del CSNE no se basó en los determinantes de la salud como lo plantea la APS desde sistema biomédico, sino en la determinación social de la salud, con fundamentos principales en la corriente de medicina social y comunitaria, así como de otros del pensamiento crítico de los sistemas complejos.

Los actores de salud del proceso del CSNE, tienen opiniones divididas frente a la posibilidad de que las MTAC, y en particular la MNT, puedan hacer parte de la APS en los territorios desde el diseño actual de la salud pública con base en el modelo de aseguramiento, sin embargo, todos coinciden en que aun tratándose de contextos y tiempos diferentes, con ajustes en algunas normas y políticas públicas, con voluntades de gobierno, hay la posibilidad de que la MNT participe por otras vías de los procesos de salud comunitarios en los territorios conservando su esencia conceptual y misional, para que las poblaciones puedan ejercer su derecho a una salud integral desde otras racionalidades que han demostrado ser eficaces y culturalmente aceptadas y utilizadas.

En lo personal, como investigador del presente estudio de caso, y con mi experiencia como Neuralterapeuta, soy de la opinión de que los procesos se van construyendo paulatinamente y es necesario impulsarlos desde lo práctico, “estar con pensamiento crítico” es mejor y aporta más en lo misional de una disciplina humanística como la neuralterapia, que “observar sin hacer”. Se aporta a la sociedad y al camino la MNT como sistema médico complejo.

Las condiciones actuales tanto del sistema de salud en el marco del aseguramiento, como del estado del talento humano competente en MTAC, y en particular en MNT, tanto en número de profesionales como competencias específicas para el trabajo comunitario en territorios, es insuficiente y requeriría un proceso para el país. Entretanto es muy probable que la MNT continúe participando “integrada” o incorporada de forma instrumental en el campo de la atención individual en los distintos dispositivos actuales de salud, públicos y privados de los territorios urbanos y algunos rurales (como en el CRIC), y eso sigue siendo válido, desde que no se pierda el enfoque de pensamiento crítico y los fundamentos conceptuales de la MNT, o de cada una de las otras MTAC, según cada caso.

Conocer las características de la experiencia del CSNE a través de este estudio de caso, si bien no nos permite identificar elementos para la articulación con la APS desde el modelo biomédico, si ayudó a identificar varios aspectos que pueden apoyar a otros diseños y construcciones para gestionar la salud comunitaria en los territorios. Intentando visibilizarlas presentamos el siguiente cuadro de análisis, de acuerdo con las categorías propuestas para el estudio.

**Tabla 3-1. Algunos elementos y estrategias para interacción de la MNT con la APS de la salud pública de los territorios, según el análisis del estudio de caso del CSNE.**

Algunos elementos y estrategias para interacción de la MNT con la APS de la salud pública de los territorios, según el análisis del estudio de caso del CSNE. Fuente: desarrollo personal del investigador. Bogotá. 2024					
CATEGORÍA DE ANÁLISIS	SUB - CATEGORÍA DE ANÁLISIS	CARACTERÍSTICA EN EL CSNE	PROBLEMÁTICA ASOCIADA		ELEMENTOS Y ESTRATEGIAS PARA POSIBLE INTERACCIÓN DE LA MNT CON LA APS
			En la APS de la Salud Pública	En la MNT	
<b>MNT</b>	<b>Concepción de la salud y la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En construcción de Sistema Médico Complejo.</li> <li>- Enfoque Biocéntrico y perspectiva de Holismo</li> <li>- El ser integral (físico, mental, emocional, social) en relación con su entorno social y ambiental</li> <li>- Pensamiento sistémico complejo. (elementos de la cuántica como ciencias de la complejidad)</li> <li>- Alimenta los escenarios de Pensamiento crítico.</li> <li>- Impulsa procesos de autoecoorganización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fundamento biomédico hegemónico poco flexible, desde el antropocentrismo.</li> <li>- Interpreta y diseña intervención en salud/enfermedad desde el reduccionismo positivista: la síntesis de las partes al todo.</li> <li>- Aplica modelo biologicista.</li> <li>- La realidad objetiva</li> <li>- El determinismo hegemónico: invisibiliza y bloquea el saber comunitario para sanar.</li> <li>- Impone dispositivos médicos orientados a la institucionalización y la medicalización de la salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propuesta paradigmática y conceptual poco conocida ni entendida.</li> <li>- Falta de claridades conceptuales en la formación respecto a Pensamiento Sistémico Complejo con Pensamiento crítico; Ciencias de la Complejidad; y Sistemas Médicos Complejos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprovechamiento de las circunstancias de crisis para saltos cualitativos de los modelos (Situación post pandemia, crisis del modelo de salud hegemónico).</li> <li>- Apertura a la perspectiva biocéntrica.</li> <li>- Apertura al enfoque de salud social o Comunitaria, incorporándolo en una política integral de MTAC (que adicionalmente permita que los actores de salud comunitaria no sean vistos como una amenaza y se ponga en riesgo su seguridad).</li> <li>- Permitir y promover APS con base en la determinación social de la salud.</li> <li>- Incorporar normas y recursos que faciliten la gestión de salud</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Induce la farmacodependencia y la automedicación.</li> <li>- Reduce a programas selectivos costos eficientes.</li> </ul>		<p>comunitaria transdisciplinaria, con participación de entes no gubernamentales o especiales, como las Cajas de Compensación Familiar y particulares, otras formas de alianzas público privadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar estrategias de garantía del derecho a la salud con atención integral para toda la comunidad, con o sin aseguramiento.</li> </ul>
	<p><b>Visión Social de la MNT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El CSNE surge y se mantiene como respuesta comunitaria en una situación de crisis social.</li> <li>- La salud integral como un derecho fundamental de toda la población.</li> <li>- Enfoque de salud social y comunitaria</li> <li>- El ser social determinante del bienestar y la salud/enfermedad en su ecosistema territorial.</li> <li>- Pensamiento sistémico complejo: pensamiento crítico</li> <li>- Variables dinámicas. Todo fluye</li> <li>- Concepción amplia e integral de los dispositivos de salud, no solo medicalizado: no es solo donde se atiende la enfermedad, sino donde se da un encuentro comunitario y un diálogo de saberes por el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrada en dispositivos de salud medicalizados e institucionalizados.</li> <li>- Centradas en acciones puntuales asistenciales o programas alrededor de la enfermedad.</li> <li>- Variables de vigilancia epidemiológica clásicas, pre determinadas y fijas, impuestas a la comunidad.</li> <li>- Muy poco alcance territorial.</li> <li>- Actores de la salud sin formación ni competencias para la gestión comunitaria.</li> <li>- Insuficiente talento humano para gestionar en los territorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfoque de Salud Pública ampliada (medicina social y comunitaria, base determinación social de la salud), no reconocida en el modelo hegemónico de Salud Pública.</li> <li>- Vacíos en regulación normativa de la formación y del ejercicio de los actores de salud.</li> <li>- Vacíos en la formación y entrenamiento del talento humano en el componente social de la MNT:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar otros dispositivos de salud y bienestar con gestión comunitaria, murales y extramurales con posibilidades de realizar acciones de gestión de proceso, más allá de acciones puntuales, para:</li> <li>- La educación e información ambiental y sanitaria, de cultura ciudadana, de organización y liderazgo comunitario, de género y grupos vulnerables, de paz, defensa y respeto de la vida, de agroecología territorial y cuidado del planeta, de autoconsciencia de alimentación sana, hábitos y convivencia, entre otros.</li> <li>- Incorporar en el desarrollo normativo y de políticas integrales estos otros enfoques de gestión de salud comunitaria.</li> </ul>

		<p>bienestar y el desarrollo del individuo o el colectivo</p> <p>- Concepción de género: dado el rol de la mujer en la familia y la sociedad latinoamericana, la mujer lidera y es la base del fenómeno de "autoatención", con el que la comunidad afronta la gestión de determinantes sociales de la salud.</p>		<p>desarrollo de consciencia sanitaria</p> <p>- Recursos financieros públicos limitados para sostener programas con enfoque de medicina social y comunitaria.</p> <p>- Poca investigación sobre procesos de salud pública con este enfoque de salud comunitaria en los territorios (por ejemplo, la autoatención y su impacto en la APS)</p>	<p>- Promover otros dispositivos de salud no medicalizados ni centrados en la institucionalización de la salud.</p> <p>- Ampliar los contenidos y procesos de formación teórico práctica del talento humano en salud, para avanzar en la generación de consciencia sanitaria que acompañe la comunidad en la gestión de la determinación social de la salud (contenidos programáticos, talleres comunitarios, alianzas con organizaciones y corporaciones sociales, entre otras).</p> <p>- Incorporar en la política integral de medicina alternativa, los recursos financieros y mecanismo para sostener programas con enfoque de medicina social y comunitaria, con énfasis en la veeduría ciudadana y comunitaria (control social)</p> <p>- Incentivar la investigación en procesos de salud pública con enfoque de salud comunitaria y uso de MTAC en los territorios, incluyendo mediciones de impacto en eficiencia y eficacia, y el fenómeno de autoatención.</p>
<b>APS</b>	<b>Participación comunitaria</b>	- Enfoque en las personas y la comunidad.	- Aumento de cobertura centrada en la eficiencia hacia la enfermedad (Cobertura Universal de	- Talento humano formado y competente para insuficiente para	- Permitir modelos operativos con la participación

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interacción directa con las formas organizativas comunitarias y estructuras comunales (junta de acción comunal, asociación de mujeres, líderes locales, escuelas y colegios)</li> <li>- Interacción transdisciplinar con los organismos e instituciones del sistema de salud (interacción política).</li> <li>- La participación plena con metodología de proceso: Metodología IAP</li> <li>- Admite los saberes populares y tradicionales: principio de interculturalidad</li> <li>- Enfoque de género: participación y liderazgo de mujeres</li> </ul>	<p>Salud -CUS) y poco en la eficacia y el desarrollo de bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceso según afiliación (pagado)</li> </ul>	<p>las gestiones comunitarias en los territorios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de formación y entrenamiento para el trabajo comunitario con herramientas adecuadas.</li> </ul>	<p>comunitaria activa y democrática, con sus saberes populares y tradicionales para sanar, incluyendo la herbolaria (diálogo de saberes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologías participativas de proceso: la IAP:, incluyendo cartografía social.</li> <li>- El enfoque de procesos (mediano y largo plazo)</li> <li>- Promover y consolidar el liderazgo y la organización de mujeres, como base de la autoatención en salud (considerado prácticamente el primer nivel de salud pública en las comunidades).</li> <li>- Diálogo y acercamiento interinstitucional: accionar político</li> <li>- Gestión transdisciplinaria con pensamiento crítico: conformación de equipos de gestión con participación de varias disciplinas con competencias conceptuales y técnicas para el enfoque de determinación social de la salud.</li> </ul>
	<p><b>Promoción y prevención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas del bienestar y desarrollo individual y colectivo:</li> </ul> <p>Categorías relacionales como: estrategias de vida, derechos humanos, desarrollo sostenible, espacio sociohistórico, clase social, necesidades comunitarias, género y poblaciones vulnerables, empoderamiento de espacio público, liderazgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas selectivos hacia lo costo-eficiente y las prevalencias epidemiológicas centrados en la enfermedad y manejo poli farmacéutico, medicalizado.</li> <li>- Modelos de Educación para la salud, con poca participación activa comunitaria, que no</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento y poca aceptación por parte de la biomedicina, de las bases conceptuales y científicas de la práctica de la medicina neurolterapéutica, lo cual induce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer las formas organizativas del gremio de la MNT (y de las MTAC) y acercarlas a las formas organizativas comunitarias y a las instituciones de gobierno.</li> </ul>

Análisis de la articulación de la Medicina Neuralterapéutica con la atención primaria en salud en el centro de salud alternativo la Nueva Esperanza en Popayán, Cauca de 1987 a 2005. Estudio de caso.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas de fortalecimiento del terreno (individual) y del territorio (colectivo y ambiental):</li> <li>Alimentación sana, agro-ecología, hábitos saludables y responsables: físico, mental, emocional, espiritual y ambientalmente,</li> <li>- Métodos de participación activa comunitaria (IAP)</li> </ul>	<p>estimulan la gestión de los determinantes sociales de la salud ni la determinación social de la misma.</p>	<p>confusiones en la comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posibilidades de ser visto con desconfianza y como amenaza por parte de la industrialización de la salud y estructuras de poder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover dispositivos de salud con espacios de diálogo de saberes y de análisis crítico (por ejemplo los coloquios, la hora del chisme, entre otros).</li> <li>- Promover la sabiduría tradicional herbolaria: huertas comunitarias y escolares.</li> <li>- Promover la agroecología orgánica rural y urbana.</li> <li>- Flexibilizar o adaptar el Sistema General de Garantía de la Calidad, en materia de requisitos de habilitación, seguimiento y control, en componentes propios de cada disciplina de MTAC, incluido el sistema de diagnósticos, registros e información.</li> <li>- Implementar en los centros de profesionalización en salud, la formación teórico práctica en metodologías de gestión social comunitaria.</li> </ul>
	<b>Atención asistencial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Base en Terapia Neural/ MNT.</li> <li>- Racionalidad de Sistema Médico Complejo y Ciencias de la Complejidad. Con concepto bienestar/salud/ enfermedad integral singular con pensamiento sistémico complejo crítico. El acto terapéutico con sentido de servicio ético y humanístico de protección a la vida, como un derecho fundamental de cada ser o comunidad ("no acompaña enfermedades sino personas", en su singularidad); dinámica vital definida desde el Nervismo. Alcance individual, colectivo y ambiental; historia de vida en conjunto con la historia clínica; sistema diagnóstico y terapéutico, con base en la autoecoorganización no medicalizada ni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicalizado y farmacodependiente, con poco control de efectos secundarios.</li> <li>- Escalonado según acceso al nivel de complejidad (disponibilidad de tecnología) y según nivel socioeconómico.</li> <li>- Despersonalizado: virtualidad, protocolizado, rápido y costo-eficiente.</li> <li>- Alto consumo de gasto de bolsillo en medicamentos e insumos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bajo reconocimiento del sistema de salud.</li> <li>- Percepción de inseguridad y baja calidad</li> <li>- Acceso restringido para la población: mayoría de ámbito privado</li> <li>- Instrumentalización de la práctica hacia una técnica de recetas (desvirtualización de conceptos).</li> </ul>	

		<p>farmacodependiente, con pocos requerimientos tecnológicos industriales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asocia intervenciones neural terapéuticas individuales y colectivas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricción de alcances en algunos ámbitos hospitalarios: al manejo del dolor.</li> <li>- Incumpliendo requisitos de garantía de calidad.</li> </ul>	
	<p><b>Determinantes sociales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Basada en el modelo de determinación social del enfoque de la salud de la medicina social y comunitaria.</li> <li>- Retoma elementos de la Carta de Ottawa de 1986. Prerrequisitos de salud y compromiso de toda la sociedad: -Paz , -Cobijo, - Educación, -Alimento, -Ingresos económicos, -Un ecosistema estable, -Recursos sostenibles. - Justicia social y equidad.</li> <li>- Aplica un modelo de gestión de salud participativo con el que la comunidad construye y desarrolla las condiciones de bienestar y desarrollo que determina su salud: Cultura ciudadana del bienestar y la vida.</li> <li>- Los entes externos, ya sean públicos o privados promueven, facilitan y acompañan, administran, distribuyen recursos y dan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Opera con alcance limitado centrado en lineamientos de gestión selectiva de determinantes sociales basados en la selectividad por costo-eficiencia del modelo de aseguramiento en salud, que opera con principios de gestión del riesgo.</li> <li>- No hay un despliegue sistemático de APS en los territorios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de financiación con recursos que permitan autonomía comunitaria en la gestión de los objetivos en salud.</li> <li>- Insuficientes mecanismos de autocontrol ciudadano, que ante la falta de recursos de financiación aumentan el riesgo y la vulnerabilidad para la cultura del aprovechamiento personal o la corrupción.</li> </ul>	

		<p>sostenibilidad: con el compromiso de la sociedad en su conjunto.</p> <p>- El CSNE hizo proceso urbano comunitario con estas perspectivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perspectiva de salud: Atención y educación médica alternativa con pensamiento crítico;</li> <li>○ Perspectiva ambiental: Espacio público y entorno saludable, - Perspectiva de gestión local, ciudadana y social: formación de ciudadanía, tejido social y democracia.</li> <li>○ Perspectiva equidad: Mujer y género</li> </ul> <p>- Aplicó mecanismos de autocontrol y veeduría para la gestión y administración de sus recursos financieros.</p> <p>- Aportó, con bajos costos, en términos de proceso de mediano y largo plazo a formación de líderes comunitarios de otros procesos sociales, familias con proyecto de vida y desarrollo saludable, comunas organizadas y menos enfermas y mas seguras</p>			
--	--	---	--	--	--

*Fuente: elaboración propia.*

En resumen, en la Tabla No 1 a partir de las experiencias y dificultades del proceso en el CSNE, podemos resaltar varios aspectos que aportan en el análisis de futuros proyectos donde la MNT pueda hacer parte de la APS:

La propuesta paradigmática y conceptual de la salud social y comunitaria: es poco conocida y entendida en el sistema de salud.

Existen vacíos conceptuales en la formación del talento humano en salud, en aspectos como pensamiento sistémico complejo, pensamiento crítico, las ciencias de la complejidad y los Sistemas Médicos Complejos, los diferentes enfoques de la salud pública, entre otros. El enfoque de salud pública ampliada en que se basa la determinación social de la salud y la IAP, no son reconocidas en el modelo hegemónico de Salud Pública.

Se tienen vacíos en la regulación normativa de la formación y del ejercicio profesional de los actores de salud en medicina alternativa.

Se requiere ampliar la formación y entrenamiento del talento humano en el componente social, al menos de la MNT, que permita el desarrollo de “conciencia sanitaria”.

Los recursos financieros públicos son limitados para sostener programas con enfoque de salud social y comunitaria.

Existe poca investigación sobre procesos de salud pública con este enfoque de salud comunitaria en nuestros territorios (por ejemplo, la autoatención y su impacto en la APS). Se cuenta con poco talento humano formado, entrenado y competente para las gestiones comunitarias en los territorios.

Se tienen desconocimiento y poca aceptación por parte de la biomedicina, de las bases conceptuales y científicas de la práctica de la medicina neuralterapéutica, con sensación de inseguridad y baja calidad, lo cual induce confusiones en la comunidad cuando accede al sistema de salud público.

En contextos de intolerancia y luchas de poder, se configuran amenazas por parte de la industrialización de la salud y estructuras de poder, que generan riesgos de seguridad para el personal sanitario que labora en procesos comunitarios de salud.

El acceso de la comunidad a la MNT es restringido, y la mayoría está en el ámbito privado, y en algunas instituciones en el nivel de complejidad medio y en algunos ámbitos hospitalarios al manejo especializado del dolor.

En estos entornos se da la tendencia hacia la instrumentalización de la práctica de la MNT, hacia una la aplicación de una técnica de recetas basada en los diagnósticos de la biomedicina, lo cual lleva a una desvirtualización de conceptos y fundamentos.

Los requisitos de garantía de calidad están hechos bajo estándares biomédicos y no en contexto de medicina alternativa, lo cual incide notoriamente en la viabilidad de desarrollar nuevos procesos comunitarios con la MNT.

La falta de financiación con recursos que permitan autonomía comunitaria en la gestión de los objetivos en salud incide también notoriamente en la viabilidad de estos procesos. Y los mecanismos de autocontrol ciudadano, son insuficientes ante la falta de recursos de financiación que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad para la cultura del aprovechamiento personal o la corrupción.

## 4. Conclusiones y recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

Con relación a la comprensión de como funcionó en el territorio el CSNE a partir de su caracterización histórica:

- El conocimiento detallado del Centro de Salud Nueva Esperanza -CSNE en este estudio de caso, contribuye a la memoria histórica de la Terapia Neural en Colombia, por lo que se constituye en una referencia de interés para los profesionales neuralterapéutas y la academia. El proceso en el CSNE, permitió que la corriente sistémico compleja promovida por el Dr. Payán, consolidara algunas características particulares de la visión social comunitaria de la Medicina Neuralterapéutica.
- El estudio mostró que fue una experiencia comunitaria de dispositivo de atención en salud para prestación de servicios básicos, de propiedad de la comunidad, en la ciudad del pos-terremoto de 1983, que se dio en el barrio Colombia etapa 2, con alcance a las comunas 7,8 y 9 de la ciudad de Popayán – departamento del Cauca en Colombia, del año 1987 al 2018. Se convirtió en el primer centro de atención en salud pública en el país en el que convergieron la terapia neural y el trabajo comunitario. Fue gestado y administrado por líderes comunitarios, principalmente mujeres, con enfoques desde lo asistencial en medicina alternativa a través de la Terapia Neural y desde lo comunitario en medicina social y comunitaria. Hasta el 2009 el proceso fue desarrollado en interacción con el ámbito institucional de lo público, desde el nivel de Atención Primaria en Salud de la ciudad, orientado a gestionar determinantes sociales de la salud mediante enfoque de determinación social de la salud, bajo la metodología operativa de investigación Acción Participante -IAP, ligado a la organización no gubernamental denominada Fundación para la Comunicación Popular -FUNCOP.

- La administración y el personal auxiliar administrativo fue liderada y asumida por la comunidad, orientada y asesorada por FUNCOP, quienes aportaron parte de los recursos que provenían en su mayoría de la cooperación internacional, con el personal sanitario y los programas sociales. El estado aportó solamente la sede de funcionamiento. Se aplicaron mecanismos de autocontrol y veeduría para la gestión y administración de sus recursos financieros por parte de la comunidad.
- En este proceso de salud comunitario, que representa un intento real de transformación cultural de la percepción salud/enfermedad, se destacan varios aspectos del relacionamiento de las personas en los territorios, que terminan siendo muy caracterizadores del sentido social de la MNT, como la generación de impulsos sociales inespecíficos, pero singulares y contextualizados, para la autoecoorganización comunitaria, enmarcados en el desarrollo de pensamiento crítico, con principios básicos de solidaridad y del sentir. Que se apoyan en el marcado poder resolutivo de una disciplina terapéutica como la Terapia Neural, al cual tiene derecho las comunidades en un modelo desmedicalizado y desmercantilizado,
- Los procesos comunitarios no pueden ser impuestos, deben surgir de la necesidad, el deseo y el entusiasmo propio de la comunidad. Como tal, el proceso del CSNE tuvo como base la gestión y liderazgo de las mujeres, que en la cotidianidad de las comunidades está al frente del fenómeno de la autoatención, reconocida por algunos autores como el “primer nivel real de atención primaria en salud” (129). Allí el modelo biomédico, y en un contexto de crisis que lo hizo insuficiente, se vio obligado a hacer un ejercicio de transacciones en sus relaciones para buscar soluciones, iniciando por incluir en el concepto de salud/enfermedad/bienestar el hecho social y cultural.
- El modelo del Centro de Salud La Nueva Esperanza en Popayán se enmarca anticipadamente dentro de estas estrategias de trabajo comunitario a través de ONGs y con líderes comunitarios para el desarrollo de la APS (54), y teniendo como base una concepción diferente de la salud, más cercana a los postulados de la Promoción de la Salud planteados en la Carta de Ottawa. Con ellos queda clara su postura de considerar la salud como un derecho y el no alineamiento con el modelo del aseguramiento, que para la época iniciaba su proceso con la Ley 100/93.

- La concepción de la salud y la enfermedad con la que desarrolló el CSNE, corresponde a la concebida en la doctrina de la MNT como sistema médico complejo en construcción, el cual tiene enfoque Biocéntrico, holístico, variable y singular, donde considera el ser integral (físico, mental, emocional, social) en relación con su entorno social y ambiental. En su dinámica vital considera el sistema nervioso como eje principal (Nervismo, cibernética), con elementos de ciencias de la complejidad como la cuántica. Su enfoque de diagnóstico tiene como base el holismo y la terapéutica impulsa procesos de autoecoorganización, no medicalizada ni farmacodependiente, con pocos requerimientos tecnológicos industriales. El acto terapéutico con sentido de servicio ético y humanístico de protección a la vida, como un derecho fundamental de cada ser o comunidad. La historia de vida se retoma en conjunto con la historia clínica (“no acompaña enfermedades sino personas”, en su singularidad).
- El CSNE desarrolló el componente social y colectivo, con el pensamiento sistémico complejo, impulsando escenarios de pensamiento crítico. Viendo la salud integral como un derecho fundamental de toda la población, donde el ser social es determinante del bienestar y la salud/enfermedad en su ecosistema territorial. Entendiendo la salud pública desde la perspectiva ampliada, gestionando los determinantes sociales de la salud en la APS desde un enfoque de determinación social de la salud y según la concepción de la medicina social y comunitaria. Aplicó una concepción amplia e integral de los dispositivos de salud, no solo medicalizado de atención de la enfermedad sino facilitando un encuentro comunitario y un diálogo de saberes por el bienestar y el desarrollo del individuo o el colectivo
- La APS en el CSNE tuvo un enfoque amplio y permanente de participación de las personas y la comunidad y de un equipo sanitario con talentos y experiencia de conciencia sanitaria para la gestión colectiva. Aplicando enfoque de género en la participación y liderazgo de mujeres. Hizo interacción directa con las formas organizativas comunitarias y estructuras comunales (junta de acción comunal, asociación de mujeres, líderes locales, escuelas y colegios), usando como base metodológica la Investigación Acción Participación -IAP, que admite los saberes populares y tradicionales, aplicando anticipadamente el principio de interculturalidad, lo cual probablemente evitó la aplicación de la Medicina Neuralterapéutica de forma meramente instrumental. Realizó interacción

transdisciplinar con los organismos e instituciones del sistema de salud, e interacción política en el territorio.

- Los programas de promoción y prevención tenían una orientación al bienestar y desarrollo individual y colectivo, incorporando categorías relacionales como: estrategias de vida, derechos humanos, desarrollo sostenible, espacio sociohistórico, clase social, necesidades comunitarias, género y poblaciones vulnerables, empoderamiento de espacio público, liderazgo, entre otros. Al igual que del fortalecimiento del terreno (individual) y del territorio (colectivo y ambiental): por ejemplo, alimentación sana, agro-ecología, hábitos saludables y responsables: físico, mental, emocional, espiritual y ambientalmente.
- La gestión de APS del CSNE, estuvo acompañada por la ONG FUCOP, y fue basada en el modelo de determinación social de la salud bajo la perspectiva de la medicina social y comunitaria en la promoción de la salud, y retoma los prerrequisitos de salud y compromiso de toda la sociedad de la Carta de Ottawa de 1986: -Paz, -Cobijo, -Educación, -Alimento, -Ingresos económicos, -Un ecosistema estable, -Recursos sostenibles. -Justicia social y equidad. Con los cuales avanzar en el proceso de construir cultura ciudadana del bienestar y la vida.
- El CSNE configuró un proceso urbano comunitario de mediano y largo plazo, con 4 perspectivas: -Perspectiva de salud: Atención y educación médica alternativa con pensamiento crítico; -Perspectiva ambiental: Espacio público y entorno saludable, - Perspectiva de gestión local, ciudadana y social: formación de ciudadanía, tejido social y democracia. -Perspectiva equidad: Mujer y género.
- Las principales dificultades que afrontó el CSNE, de las cuales se puede tener múltiples aprendizajes útiles para la cualificación de componente comunitario de la MNT, y sus posibilidades de relacionarse con la salud pública hegemónica del sistema biomédico, se pueden referir a:
  - La propuesta paradigmática y conceptual de la salud social y comunitaria es poco conocida y entendida, y existen vacíos conceptuales en la formación del talento humano en salud, respecto a Pensamiento Sistémico Complejo con Pensamiento crítico, las Ciencias de la Complejidad y los Sistemas Médicos Complejos.

- El enfoque de salud pública ampliada en que se basa la determinación social de la salud no es reconocido en el modelo hegemónico de Salud Pública.
- Hay vacíos en regulación normativa de la formación y del ejercicio de los actores de salud, al igual que en la formación y entrenamiento del talento humano en el componente social, al menos de la MNT, que permita el desarrollo de “conciencia sanitaria”.
- Los recursos financieros públicos son limitados para sostener programas con enfoque de salud social y comunitaria.
- Hay poca investigación sobre procesos de salud pública con este enfoque de salud comunitaria en nuestros territorios (por ejemplo, la autoatención y su impacto en la APS).
- Hay poco talento humano formado y competente para las gestiones comunitarias en los territorios.
- Falta de formación y entrenamiento para el trabajo comunitario con herramientas adecuadas.
- Hay desconocimiento y poca aceptación por parte de la biomedicina, de las bases conceptuales y científicas de la práctica de la medicina neuralterapéutica, con sensación de inseguridad y baja calidad, lo cual induce confusiones en la comunidad cuando accede al sistema de salud público.
- Posibilidades de ser visto con desconfianza y como amenaza por parte de la industrialización de la salud y estructuras de poder, generando riesgos de seguridad para el personal sanitario de las MTAC, en especial en territorios con conflictos.
- El acceso para la población es restringido, dado que la mayoría está en el ámbito privado, y en algunas instituciones en el nivel de complejidad medio y en algunos ámbitos hospitalarios al manejo especializado del dolor.
- Se está generalizando la Instrumentalización de la práctica hacia una técnica de recetas (desvirtualización de conceptos).
- Incumplimiento en los dispositivos de salud alternativos de requisitos de garantía de calidad que están hechos bajo estándares biomédicos. - Falta de financiación con recursos que permitan autonomía comunitaria en la gestión de los objetivos en salud.

- Insuficientes mecanismos de autocontrol ciudadano, que ante la falta de recursos de financiación aumentan el riesgo y la vulnerabilidad para la cultura del aprovechamiento personal o la corrupción.
- El CSNE cerró su funcionamiento como centro de salud alternativo con gestión comunitaria en el 2009, como parte de la dinámica cambiante de la realidad de las comunidades, y migró hacia un funcionamiento de consultorio alternativo de terapia neural privado que funcionó intermitentemente hasta el 2018. Permaneció tantos años en parte por los altos niveles de identidad, pertenencia y territorialidad que logró en un proceso que no fue impuesto sino gestado directamente por la comunidad, principalmente de mujeres. Varios aspectos se identifican como contribuyentes al cierre, entre otros: el retiro tanto del acompañamiento de FUNCOP como del direccionamiento del Dr. Payán. Posiblemente no se logró un buen nivel de autonomía comunitaria y se generó codependencia. La gestión comunitaria no logró niveles de financiamiento adecuados y no tuvo apoyo del Estado. Además de conflictos políticos en el territorio. Sus limitados recursos fueron insuficientes para cumplir los requisitos y estándares de aseguramiento de la calidad. Estas dificultades de recursos posiblemente facilitaron dificultades relacionales y conflictos de intereses en la comunidad y con FUNCOP. Y principalmente porque la lógica del sistema de la ley 100 lo rompe, no da posibilidades de construcción y sostenimiento a este tipo de propuestas autónomas de base comunitaria.
- Aunque no se puede decir que hubo articulación, si se facilitó su interactuar con la salud pública por el contexto de pos-terremoto que generó una crisis de gobernanza y el emerger de formas organizativas de las comunidades, principalmente de género. Mostrando como, frente a situaciones que afectan colectivamente la salud de las comunidades, surgen o resurgen formas solidarias de cuidado, que pueden ser la base de la construcción de formas autónomas del cuidado de la salud y la vida. Esto lo vivimos también en la pandemia del Covid, pero lo difícil es sostenerlo en el tiempo, dado que la hegemonía del sistema dominante no lo permite.
- La APS planteada en el ejercicio del CSNE, tenía un enfoque holístico y fue basada en la intervención de determinantes sociales de la salud, con participación comunitaria y de un equipo sanitario con talentos y experiencia de conciencia

sanitaria para la gestión colectiva, bajo un enfoque Biocéntrico, que contrasta con el enfoque Antropocéntrico del Sistema de Salud Pública de la biomedicina, lo cual probablemente evitó la aplicación de la Medicina Neuralterapéutica de forma meramente instrumental.

- El proceso en el CSNE, permitió que la corriente sistémico compleja promovida por el Dr. Payán, consolidara algunas características particulares de la visión social comunitaria de la Medicina Neuralterapéutica:
  - La MNT y en general las MTAC, pueden representar un papel muy importante en la salud pública hacia el desarrollo de bienestar, si logran conservar en la práctica su fundamentación en la concepción holística del ser individual y el ser social. Intervendrían la promoción y la prevención con un enfoque distinto al medicalizado, disminuyendo la polifarmacia y los costos.
  - Las posibilidades de que este enfoque de la medicina alternativa, distinto de la medicina alopática, esté presente en la APS de la salud pública de los territorios, depende de que la comunidad pueda participar a través de procesos de diálogos de saberes y conocimientos, lo cual tendría que incluir las prácticas tradicionales, ancestrales, populares y alternativas, que están ampliamente presentes en la población en sus formas de autoatención.
  - La experiencia del CSNE confrontó una visión individual, medicalizada, instrumental y de negocio de la propia MNT, asunto clave porque finalmente el ejercicio de estas denominadas medicinas alternativas ha quedado en una mercantilización y en una reproducción del modelo biomédico.
  - La actuación con conciencia sanitaria, con sentido crítico del ejercicio de la medicina y principios humanísticos por parte del talento humano que ejerce la MNT, y en general las MTAC, es clave para realizar gestión comunitaria, ya sea a través de la APS, o desde cualquier otra estrategia o escenario individual o colectivo, público o privado, de cualquier nivel de complejidades. Y además en el trabajo comunitario se requiere conocimiento y habilidades específicas, por lo que es necesario que los procesos de formación profesional incluyan estos elementos de forma teórica y práctica. Actualmente en Colombia, aunque se requiere definir una política pública para el desarrollo de las MTAC incorporada al nuevo modelo

de sistema de salud que se implemente, no habría talento humano suficiente y con competencias adecuadas para participar en los territorios.

- El proceso del CSNE, como todo proceso comunitario fue dinámico, y logra permanecer más de 25 años precisamente por la base comunitaria que logró, hasta transformarse con los cambios propios de las personas y el entorno sociopolítico, cultural, incluso ambiental del territorio y de la lógica impuesta por el sistema de salud colombiano. De tal forma que fue generando impactos en las personas y en las familias de las comunidades beneficiadas y en los propios equipos de trabajo, desde el ámbito de salud, como de talentos y habilidades en los distintos roles de la sociedad. Podría decirse, con lenguaje neuralterapéutico, que ese fue un impulso terapéutico social que se logró.

Respecto al análisis a partir de la caracterización del CSNE y la revisión bibliográfica, de cara a identificar posibles elementos y estrategias de integración de la MNT en la APS del SGSSS en los territorios, desde la visión de los sistemas médicos complejos y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, se puede concluir:

- El estudio afrontó limitaciones para el logro de este segundo objetivo dado en que el planteamiento de la formulación del mismo se basó en las indagaciones preliminares que apuntaban que el CSNE había funcionado articulado con el sistema de salud oficial del territorio en su época. No obstante, el estudio logró precisar que en realidad “no funcionó articulado” con el sistema de salud del territorio, sino que operó como un dispositivo de salud de carácter privado, en una especie de “interacción” parcial con algunos de los programas del sistema biomédico oficial del territorio, se le permitió operar y hasta cierto tiempo se le respetó su autonomía y principios conceptuales sobre el bienestar, la salud y enfermedad individual y colectiva. Adicionalmente, el modelo de atención y gestión comunitaria del CSNE no se basó en los determinantes de la salud como lo plantea la APS desde el sistema biomédico y el aseguramiento en salud, sino en el modelo de la determinación social de la salud, con fundamentos principales en la corriente de medicina social y comunitaria, así como de otros del pensamiento crítico complejo.

- No obstante, los actores de salud del proceso del CSNE, tienen opiniones divididas frente a la posibilidad de que las MTAC, y en particular la MNT, puedan hacer parte de la APS en los territorios desde el diseño actual de la salud pública con base en el modelo de aseguramiento. Sin embargo, todos coinciden en que aun tratándose de contextos y tiempos diferentes, con ajustes en algunas normas y políticas públicas, con voluntades de gobierno, hay la posibilidad de que la MNT participe por otras vías de los procesos de salud comunitarios en los territorios conservando su esencia conceptual y misional, para que las poblaciones puedan ejercer su derecho a una salud integral desde otras racionalidades que han demostrado ser eficaces y culturalmente aceptadas y utilizadas. En lo personal, soy de la opinión de que la MNT debe estar presente en el proceso de salud público y privado y contribuir a la determinación social de la salud, ya sea desde procesos comunitarios, o desde los procesos asistenciales de atención individual de forma instrumentada por su alto poder resolutivo, en el ejercicio del derecho fundamental a la salud. Aunque en este escenario de lo individual se restringe claramente la posibilidad de incidir en la determinación social de la salud.
- Con estas claridades sobre las limitaciones y el alcance del estudio de la relación que tuvo el CSNE con la APS de la salud pública del modelo biomédico, que se dio más en el “interactuar” que en el “articular”, se identificaron básicamente dos posiciones respecto a las posibilidades de poder articular actualmente la MNT con la APS en los territorios. La primera descarta que sea posible la articulación en el contexto de un modelo de aseguramiento, puesto que en él priman los criterios de medicalización y mercantilización de la salud, que precisamente cuestiona la MNT basada en el poder de la autoecoorganización individual y colectiva.
- En la segunda, otros consideran que es posible avanzar en el crecimiento de la acción social de la MNT y favorecer la salud de las comunidades en los territorios, recogiendo varios de los aprendizajes aportados por la experiencia del CSNE:
  - En las descripciones de la salud pública con enfoque ampliado (168), se identifica como en los periodos de crisis en las sociedades se da la oportunidad de al menos iniciar grandes cambios cualitativos de los modelos de salud, como ocurrió la época del CSNE con el terremoto de 1983 y cómo puede considerarse la condición actual de post pandemia Covid 19 y la

- crisis de resultados en salud del modelo de salud hegemónico en Colombia, sumado a la coyuntura política con un gobierno definido como progresista.
- Esta oportunidad se refuerza con haberse incluido el principio de Interculturalidad en los desarrollos normativos del sistema actual. Lo cual abre la puerta a la participación de las MTAC.
  - Para poder desplegar coherentemente los principios y fundamentos de la MNT como lo mostró el CSNE, se requeriría introducir el enfoque de salud social y comunitaria en una política pública de medicina alternativa.
  - La posibilidad de aplicar el enfoque de determinación social de la salud requiere la participación intersectorial y transdisciplinar de la población, con todos sus recursos., como se observó en el modelo del CSNE con el proceso liderado por la ONG FUNCOP, al igual que el concurso interinstitucional, a partir del diálogo y el acercamiento con las entidades territoriales.
  - Uno de los factores esenciales desde este enfoque de salud pública ampliada, es la participación comunitaria, que en el caso del CSNE estuvo centrado en la IAP, y con la cual se garantiza que se desarrollan procesos en perspectiva de cambios culturales y no acciones puntuales aisladas, así como empoderamiento comunitario dado que no son impuestos, sino propuestos por la propia comunidad en su propio contexto.
  - El CSNE mostró como el papel de la mujer en la salud familiar y comunitaria de los territorios es clave. Por lo tanto, el fortalecimiento de su liderazgo resulta fundamental y estratégico para cualquier mejoramiento de la salud, incluso en relación con otros modelos de dispositivos de salud, como por ejemplo la autoatención.
  - El papel del personal de salud es fundamental en la gestión de un modelo de salud, y del desarrollo de sus competencias adecuadas depende que puedan desempeñar un papel idóneo en los territorios, para lo cual se requiere que los centros de formación superior y técnica, suministren las herramientas necesarias para la gestión social y comunitaria.
  - En este proceso del talento humano idóneo es vital la formación de conciencia sanitaria, a partir del pensamiento crítico en el proceso formativo,

como lo propone la MNT, para recuperar el sentido misional de la atención de salud orientada al bienestar y el desarrollo, tanto individual como colectiva.

- Esta formación del talento humano para facilitar la participación de las MTAC con MNT en los territorios debe incluir una apertura a la perspectiva biocéntrica, que supere la antropocéntrica, con lo cual permita también articular la protección ambiental y la defensa y protección de la vida.
- En los centros de formación se requiere fortificar el concepto amplio de dispositivos de salud desde otras racionalidades, las cuales hacen parte de la realidad cotidiana de los territorios.
- El CSNE mostró cómo los modelos alternativos que se impulsen en los territorios deberán impulsar el diálogo de saberes, aprovechando el vasto conocimiento tradicional de nuestras culturas, tanto en lo social como en lo específico de terapéuticas en salud, como la herbolaria y la agricultura orgánica, en pro de gestionar terrenos individuales, colectivos y ambientales sanos. En lo que se incluye la protección del agua y aportar a disminuir el cambio climático.
- Igualmente se requeriría introducir el conocimiento de la gestión de determinantes sociales, pero desde la perspectiva del modelo de determinación social de la salud, lo cual obliga al sistema a ampliar los indicadores de información con los que se toman decisiones, incluyendo los propios del relacionamiento social comunitario, como se puso en evidencia en los programas desarrollados por el CSNE.
- Subsecuentemente, se tendría que adaptar los estándares de garantía de calidad para las MTAC en los territorios, de tal forma que permitan coherencia con sus principios y fundamentos, sin generar riesgos ni sacrificar la calidad de la atención.
- La experiencia del CSNE también mostró la factibilidad de hacer una gestión responsable y eficiente en alianzas con sector privado o mixto, como posibilidad de intervención comunitaria en salud de carácter público.
- En este estudio de caso del CSNE, al revisar el soporte documental se constató que, en el caso de la MNT, los procesos de formación integral de los médicos condujeron posteriormente al fortalecimiento de las formas organizativas gremiales representados en dos asociaciones nacionales de

Terapia Neural, que también son una posibilidad para las alianzas público-privadas para el desarrollo de procesos de salud comunitarios en los territorios.

## 4.2 Recomendaciones

En Colombia, en el contexto actual de pos pandemia y con un gobierno progresista, se debate actualmente en las cámaras legislativas una propuesta de reforma a la salud (171), que pretende garantizar la salud como derecho fundamental a toda la población, en la que se ha incluido, para atender las dificultades de acceso en los territorios, el despliegue de la Atención Primaria Integral APIS con un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, con enfoque diferencial y territorial, conservando el principio de interculturalidad, a través de la conformación de una Red Integral e Integrada de Servicios de Salud- RIISS, de orientación familiar y comunitaria, de carácter público, privado o mixto, con estructuras operativas denominadas Centros de Atención Primaria en Salud- CAPS y en los micro territorios o divisiones locales Centros de Atención Primaria Integral CAPIRS, fijos o itinerantes, que son organizados y administrados por entidades departamentales y distritales. Las de carácter público serán Instituciones de Salud del Estado -ISE.

En este proyecto para la prestación de los servicios de salud, se hace explícita la posibilidad de participación de las medicinas alternativas y complementarias, y saberes ancestrales, en los equipos de atención territoriales.

A partir del análisis del presente estudio de caso del CSNE, proponemos que para esta participación de las MTAC con MNT, los desarrollos y las normas reglamentarias subsecuentes al menos deben contemplar:

- Que la participación sea factible a través de la conformación de dispositivos de salud de carácter público, privado o mixto, con participaciones como Universidades, ONGs, alianzas público privadas, tipo Cajas de compensación Familiar, o Corporaciones, que consoliden proyectos donde se aproveche la experiencia en procesos comunitarios con medicina alternativa del talento humano

sanitario del departamento del Cauca y otros departamentos, que se enfoquen a gestionar con las comunidades los determinantes sociales de la salud basados en el modelo de determinación social de la salud.

- En aspectos de la política de formación y la educación superior en salud, considerando que la disponibilidad de talento humano de MTAC es insuficiente y no tiene herramientas en sus competencias específicas para la gestión comunitaria, que las Universidades y centros de educación aprobados revisen los currículos de las profesiones de la salud para incorporar conocimientos complementarios de salud pública y salud ambiental, con elementos como:
  - Sistemas complejos y ciencias de la complejidad, APS, APIS, APIRS con enfoques de determinantes sociales y de determinación social de la salud.
  - Otros dispositivos de salud alternativos.
  - Herramientas para realizar el trabajo comunitario.
  - Entrenamientos en prácticas de campo sociales y comunitarias.
- En el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud -SPUIIS, con el cuál se recogerá la información para la toma de decisiones y los ajustes de las políticas públicas, en las que el sistema contempla la participación vinculante y efectiva de las comunidades en los territorios, tendría que considerarse otros indicadores adicionales a los del sistema Biomédico, por ejemplo, desde la perspectiva del modelo de determinación social de la salud. Igualmente, en la especificidad de otras racionalidades del saber médico, como la MNT, indicadores coherentes con los componentes de sus sistemas médicos, respetando los fundamentos y principios de los saberes de cada disciplina.
- En el Sistema Integral de Garantía de Calidad en Salud -SICA, que reemplaza el Sistema General Obligatorio de Garantía de Calidad, se requieren generar nuevos estándares para las MTAC, ajustados a los contextos de los territorios, considerando sus realidades en conocimientos ancestrales y tradicionales en salud, y en materia de los recursos económicos para las estructuras y funcionamiento de sus dispositivos de salud.
- En la política farmacéutica, respecto a la medicina herbolaria, se debería incluir la promoción e incentivo desde la perspectiva de los usos y saberes populares y tradicionales de los territorios., representando menores costos para el la comunidad y el sistema de salud.

- En la gestión del Ministerio de Salud, o en el ámbito de la educación superior, desde sus posibilidades autónomas, se debería impulsar el estudio e investigación sobre el fenómeno de la autoatención, caracterizándolo y analizándolo, para ser tenidos en cuenta en el desarrollo de las políticas de salud, toda vez que hace parte de la cultura en salud de la comunidad.
- La propuesta de reforma a la salud incorpora la disposición de CAPS para las comunidades indígenas, haciendo parte de la RIISS. En este sentido el estudio de caso del CSNE mostró como en realidad lo que desarrolló fue más una especie de “interactuación”, conservando su autonomía conceptual y programática. Mientras que la TN a partir de estas experiencias en el Cauca si logró hacer parte y mantenerse hasta el presente en el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural - SISPI del Cauca, por lo que podría ser objeto de estudio con una investigación desde el Ministerio de Salud, o desde el ámbito universitario en la Maestría, y desde allí conocer elementos y estrategias sobre cómo lograron permanecer allí para la gestión de los determinantes sociales de salud del territorio.

## **A. Anexo: Tablas de encuestados y grupo focal**

**Tabla 4-1. Encuestados.**

Encuestados						
Grupo de interés	Código entrevista	Tipo de formulario	Nombre	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
1. Comunidad usuaria del C.S.N.E	X10	1	BARBARA ELENA LOPEZ	VIRTUAL	21 OCT 2023	Lideresa comunitaria, principalmente trabajo de género, hace 35 años. Pertenece a la red departamental de mujeres y a la mesa Inter partidaria de mujeres políticas del departamento del Cauca  Usuaría y cofundadora del CSCNE
2. Profesionales médicos neuralterapéutas del C.S.N.E	X3	2	NANCY GONZALEZ BERMUDEZ	PRESENCIAL y VIRTUAL	10 OCT 2022 y 22 OCT 2023	Médica Terapeuta Neural. Amplio trabajo comunitario y social. Coautora del libro Popayán un proceso social para la sostenibilidad.  Médica de FUNCOP en el C.S.N.E. y Directora del 1993 - 2007
	X8	2	HUGO SARRIA	VIRTUAL	20 OCT 2023	Médico Terapeuta Neural. Amplio trabajo extramural en comunidades. Médico con el CRIC. Médico con las empresas solidarias de salud en el Cauca. Coordinador de la Unidad Local de Salud de la Secretaría Departamental de Salud: 2001 y 2002.  Participante activo de los Coloquios.  Médico y director del C.S.N.E. 2008-2009
	X7	2	LUIS FERNANDO CÓRDOBA LLANOS	PRESENCIAL	10 OCT 2022	Médico Terapeuta Neural con 24 años de experiencia. Magister en Terapia Neural Médica y Odontológica. Master en Salud Pública. Docente e investigador Universidad del Cauca. Docente internacional.  Médico aprendiz del C.S.N.E.
	X5	2	OSCAR OROZCO	PRESENCIAL	10 OCT 2022	Médico Terapeuta Neural. Amplia experiencia en trabajo comunitario con Terapia Neural.  Médico del C.S.N.E. 2012-2016
	X11	2-3-4	SANDRA PAYAN	VIRTUAL	10 OCTUBRE 2022	Médica Terapia Neural . Aprendiz del C.S.N.E. y Directora encargada ocasional 1998 -2001

Encuestados						
Grupo de interés	Código entrevista	Tipo de formulario	Nombre	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
3. Otros trabajadores de salud y personal administrativo del C.S.N.E	X9	3	LUZ CENEIDA ZAPATA	PRESENCIAL y VIRTUAL	9 OCT 2022 y 22 OCT 2023	Lideresa social. Promotora social de salud del C.S.N.E.
	X4	3	CECILIA CHANTRÉ	PRESENCIAL y VIRTUAL	9 OCT 2022 y 25 OCT 2023	Lideresa asociación de mujeres. Excandidata al Concejo de Popayán 2023. Colaboradora C.S.N.E. Encargada del CSCNE en el último periodo.
4. Profesional de la ONG FUNCOP, participante del proceso.	X2	4	BELLA MARIA CALUCÉ	PRESENCIAL y VIRTUAL	9 OCT 2022 y 24 OCT 2023	Lideresa, cabeza de familia, dos hijos, un hombre y una mujer, Administradora de empresas, especialización en gerencia de proyectos sociales. Promotora social de FUNCOP  Exdirectora de FUNCOP, última administradora.
	X1	4	ESPERANZA CERÓN	PRESENCIAL	10 OCTUBRE 2022	Médica Neuralterapéuta. 40 años de experiencia. Estudios en Acupuntura. Esencias Florales. Especialista en Salud Ambiental con énfasis en salud alimentaria. PhD en Educación. Enfoques de género en salud.  Médica cofundadora y junta directiva de FUNCOP. Médica del C.S.N.E en el primer periodo.
	X15	4	GUSTAVO WILCHES	VIRTUAL	25 OCT 2023	Abogado. Especialista en Gestión del Riesgo y Gestión Ambiental. Exalumno del terremoto de Popayán (1983) y el de Tierradentro (1994) y en el del eje cafetero (1999).  <b>Rol en la época:</b> Director del SENA del Cauca, de la Corporación Ecofondo y de la Corporación NAA KIWE. Autor de más de 20 libros y consultor nacional e internacional.  Director y junta directiva de FUNCOP
5. Autoridad de salud de Popayán del periodo del C.S.N.E	X14	5	MILTON GUZMÁN	PRESENCIAL	24 OCT 2023	Médico y cirujano general. Maestría en Investigación y Administración en Salud pública. Antropólogo. Enfoque de salud colectiva. Salud pública crítica y determinación social de la salud

Encuestados						
Grupo de interés	Código entrevista	Tipo de formulario	Nombre	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
						<b>Rol en la época:</b> trabajó en el pos-terremoto con el Consejo Regional Indígena del Cauca -CRIC. Director Departamental de Salud del Cauca en 1991, durante el periodo del gobernador Floro Tunubalá
	X12	5	OSCAR OSPINA	VIRTUAL	25 OCT 2023	Enfermero. Magister en Salud Pública; Administrador Hospitalario; ex-representante a la Cámara, exsecretario de salud de Popayán.  <b>Rol en la época</b> relacionado con el proceso de 1987 a 2003. En varios niveles: director del Hospital Susana López; en ese entonces el primer nivel. Coordinaba en Popayán los puestos y centros de salud; Luego fue subdirector de salud del Cauca 1992-93 y 2000-2003. Participante activo de los Coloquios. Excandidato a la alcaldía de Popayán.
6. Presidente de agremiación o asociación de MNT colombiano	X16	6	RODRIGO LOSADA RIVERA	PRESENCIAL	23 OCT 2023	Médico Neuralterapeuta. Especialista en Homeopatía. Médico comunidades indígenas en el programa con el CRIC.  Primer médico del C.S.N.E. y Director y médico en varios periodos.
7. Ministerio de Salud y Protección Social	X13	7	ENIOR FERNANDO PRIETO MURILLO	VIRTUAL	22 OCT 2023	Médico ex servidor público del Ministerio de Salud y Protección Social por 13 años desde el 2010 al 2022. De la Dirección General de Calidad de Servicios de Salud hoy Dirección de Prestación de Servicios de Atención Primaria. Y de la Subdirección de Riesgos Laborales

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4-2. Grupo Focal.

GRUPO FOCAL							
Grupo de interés	Tipo de formulario	Nombre	Código encuestado	Ubicación	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
1. Comunidad usuaria del C.S.N.E	Diálogo abierto con guía temática			Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	No fue posible convocar

GRUPO FOCAL							
Grupo de interés	Tipo de formulario	Nombre	Código encuestado	Ubicación	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
2. Profesionales médicos neuralterapéutas del C.S.N.E	Diálogo abierto con guía temática	NANCY GONZALEZ BERMUDEZ	X3	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médica Terapeuta Neural . Amplio trabajo comunitario y social . Coautora del libro Popayán un proceso social para la sostenibilidad.  Médica de FUNCOP en el C.S.N.E. y Directora del 1993 - 2007
	Diálogo abierto con guía temática	OSCAR OROZCO	X5	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médico Terapeuta Neural. Amplia experiencia en trabajo comunitario con Terapia Neural.  Médico del C.S.N.E. 2012-2016
	Diálogo abierto con guía temática	FRANCISCO JAVIER ECHANDIA	Investigador	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médico Terapeuta Neural.  Médico aprendiz del C.S.N.E. proyecto rural 1993
3. Otros trabajadores de salud y personal administrativo del C.S.N.E	Diálogo abierto con guía temática			Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	No tuvieron disponibilidad en la hora de la fecha del encuentro
4. Profesional de la ONG FUNCOP, participante del proceso.	Diálogo abierto con guía temática	BELLA MARIA CALUCÉ	X2	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Lideresa, cabeza de familia, dos hijos, un hombre y una mujer, Administradora de empresas, especialización en gerencia de proyectos sociales. Promotora social de FUNCOP  Exdirectora de FUNCOP, última administradora.
	Diálogo abierto con guía temática	ESPERANZA CERÓN	X1	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médica Neuralterapéuta. 40 años de experiencia. Estudios en Acupuntura. Esencias Florales. Especialista en Salud

GRUPO FOCAL							
Grupo de interés	Tipo de formulario	Nombre	Código encuestado	Ubicación	Tipo de entrevista	Cita (fecha/hora)	ROL/ Observaciones
							Ambiental con énfasis en salud alimentaria. PhD en Educación . Enfoques de género en salud.  Médica cofundadora y junta directiva de FUNCOP. Médica del C.S.N.E en el primer periodo.
5. Autoridad de salud de Popayán del periodo del C.S.N.E	D Diálogo abierto con guía temática			Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	No fue posible convocar en la fecha del encuentro
6. Presidente de agremiación o asociación de MNT colombiano	Diálogo abierto con guía temática	LUIS FERNANDO CÓRDOBA LLANOS	X7	Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médico Terapeuta Neural con 24 años de experiencia. Magister en Terapia Neural Médica y Odontológica. Master en Salud Pública. Docente e investigador Universidad del Cauca. Docente internacional.  Médico aprendiz del C.S.N.E.
	Diálogo abierto con guía temática	LAURA BIBIANA PINILLA		Popayán	Presencial	10 OCTUBRE 2022	Médica Neuralterapeuta.  Cofundadora y Junta directiva de ACOLTEN.  Médica aprendiz del C.S.N.E. 2004
7. Ministerio de Salud y Protección Social	Diálogo abierto con guía temática						No se incluye.

Fuente: elaboración propia.

## **B. Anexo: Fotografías de los entrevistados y grupo focal**

**Figura 4-1. Entrevistas virtuales. Bogotá DC. Octubre 2023.**



*Fuente: Archivo personal Francisco J. Echandía.*

**Figura 4-2. Grupo focal.**



*Derecha a izquierda: Fernando Córdoba. Francisco J. Echandía. Bella María Calucé. Esperanza Cerón. Laura Pinilla. Nancy González. Oscar Orozco. Popayán – Cauca. Octubre 2022.  
Fuente: Archivo personal Francisco J. Echandía*



## **C. Anexo: Consentimiento informado**

## PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS DE PARTICIPANTES

Estimado/a participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por Francisco Javier Echandía Bocanegra, estudiante de la maestría de Medicina Alternativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, asesorado por los doctores Mauricio Torres, Daniel Gallego y Laura Pinilla.

La investigación, denominada “Análisis de la articulación de la medicina neuralterapéutica (MNT) con la atención primaria en salud (APS) en el centro de salud alternativo nueva esperanza en Popayán – cauca de 1987 a 2005- estudio de caso –”, tiene como propósito Caracterizar, a partir del análisis de una experiencia práctica comunitaria, la manera como la Medicina Neuralterapéutica -MNT (conocida comúnmente como Terapia Neural), como parte de las Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias -MTAC, podría articularse con la Atención Primaria en Salud -APS- en una perspectiva de territorialización de la intervención del sistema de salud en Colombia.

Se le ha contactado a usted, bien sea en calidad de profesional neural terapeuta o persona participante, usuario o trabajador, en la experiencia comunitaria del centro de atención en salud La Nueva Esperanza en Popayán, o como profesional experto conocedor del proceso, o bien como funcionario relacionado con las políticas de gobierno en dicha región del Cauca en el periodo de funcionamiento del Centro de Salud.

Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 60 y 90 minutos. La información obtenida será utilizada únicamente para la elaboración de un trabajo de grado de Maestría en Medicina Alternativa. Con el fin de poder registrar apropiadamente la información, se solicita su autorización para grabar y/o filmar la conversación y tener registro fotográfico. La grabación y las notas de las entrevistas serán almacenadas únicamente por el grupo investigador en su computadora personal por un periodo de tres años, luego de haber terminado la investigación, y solamente él y sus asesores tendrán acceso a la misma. Al finalizar este periodo, la información será borrada.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Además, si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, para clarificarla oportunamente.

Al concluir la investigación, si usted brinda su correo electrónico, le enviaremos un informe ejecutivo con los resultados del trabajo de grado a su correo electrónico.

En caso de tener alguna duda sobre la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: franciscojechandia@gmail.com o al número 3176368301. Además, si tiene alguna consulta sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, al correo electrónico \*\*\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para participar en el estudio y autorizo que mi información se utilice en este.

Asimismo, estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de manera (marcar una de las siguientes opciones):

<b><u>Declarada</u></b>	es decir, que en el trabajo de grado se hará referencia expresa de mi nombre.
<b><u>Confidencial</u></b>	es decir, que en el trabajo de grado se hará ninguna referencia expresa de mi nombre y el maestrante utilizará un código o pseudónimo para identificarme.

Finalmente, entiendo que recibiré una copia de este protocolo de consentimiento informado.

Nombre completo del (de la) participante      Firma      Fecha

Correo electrónico del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del Investigador responsable      Firma      Fecha



## **D. Anexo: Instrumentos de recolección de información**

**Tabla 4-3. Instrumentos de recolección de información.**

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Caracterizar, a partir del análisis de una experiencia práctica comunitaria, la manera como la Medicina Neural terapéutica -MNT, podría articularse con la Atención Primaria en Salud -APS- en una perspectiva de territorialización de la intervención del sistema de salud en Colombia.			
<b>INSTRUMENTO 1:</b>	<b>LINEA DE TIEMPO:</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Año o periodo</b>	<b>Hecho, acción o actividad</b>	<b>Descripción</b>	<b>Fuente</b>
Para facilitar la caracterización se reconstruye el histórico de creación y funcionamiento del centro de salud bajo un enfoque estructural, a partir de los comentarios y relatos hechos por los participantes en el grupo focal, las entrevistas semiestructuradas y la revisión documental				
<b>INSTRUMENTO 2:</b>	<b>GRUPO FOCAL</b>			
<b>Objetivo</b>	<b>Guía</b>			
- Contacto inicial: acercamiento a la	1) Socialización del proyecto y actores.			

<p>comunidad sujeto del estudio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recoger primeras fuentes documentales del proceso (fotos, videos, documentos, entre otros)</li> <li>- Acordar un plan de trabajo de campo para recolección de información</li> </ul>	<p>2) Presentación de participantes.</p> <p>3) Autorizan que se grave audio o se registren fotos o se hagan videos?</p> <p>3) Comentarios libres y espontáneos de los recuerdos personales de la participación en el Centro de Salud</p> <p>4) Qué fue lo que más le gustó del proceso?</p> <p>5) Qué fue lo que menos le gustó del proceso?</p> <p>6) Cuales fueron los logros del proceso?</p> <p>7) Cómo se resolvían los conflictos en el proceso?</p> <p>8) Porqué cree que se cerró el Centro de Salud?</p> <p>9) Cómo se pueden acordar las entrevistas?</p> <p>10) Registros audio visuales: fotos, videos,</p>		
<b>INSTRUMENTO 3:</b>	<b>ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA</b>		
<b>Categorías de entrevistados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunidad usuaria del Centro de Salud</li> <li>2. Profesionales médicos practicantes de la MNT en el Centro de Salud.</li> <li>3. Otros trabajadores de la salud y personal administrativo del Centro de Salud.</li> <li>4. Profesional de la ONG FUNCOP, partícipe del proceso del Centro de Salud</li> <li>5. Autoridad local de salud de Popayán del periodo de existencia del Centro de Salud.</li> <li>6. Presidentes de agremiación o asociación de MNT existentes en Colombia.</li> <li>7. Ministerio de Salud y Protección Social.</li> </ol>		
<b>Objetivos Específico</b>	<b>Categoría analítica</b>	<b>Subcategoría analítica</b>	<b>Formato y preguntas</b>

<p>Describir la experiencia colombiana de intervención comunitaria de la Medicina Neural terapéutica -MNT integrada a la atención primaria en salud en el Puesto de Salud Nueva Esperanza en Popayán – Cauca.</p>	<p>Medicina Neural Terapéutica</p>	<p>Concepción de la salud y la enfermedad de la MNT</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cómo surgió el puesto de salud Nueva Esperanza?</li> <li>2. ¿Qué impacto tuvo el puesto de salud en la comunidad?</li> <li>3. ¿Qué rol cumplía la comunidad en el puesto de salud?</li> <li>4. ¿Cómo era el funcionamiento del puesto de salud Nueva Esperanza?</li> <li>5. ¿Qué labor ejercía en el puesto de salud Nueva esperanza?</li> <li>6. ¿Cuánto tiempo estuvo allí?</li> <li>7. ¿Qué entiende por Medicina Neural Terapéutica?</li> <li>8. ¿Por qué cree que Nueva Esperanza logró estar activa tantos años?</li> <li>9. ¿Cómo considera que era la atención primaria en salud en Nueva Esperanza?</li> <li>10. ¿Por qué el puesto de salud dejó de funcionar?</li> <li>11. ¿Qué estrategias cree que se implementaron para lograr que estuviera activo por tanto tiempo el puesto de salud?</li> <li>12. ¿Sabe usted cómo se logró la vinculación de Nueva esperanza al SGSSS?</li> <li>13. ¿Cómo era el financiamiento del puesto de salud?</li> <li>14. ¿Cómo era la relación de Nueva Esperanza con la Superintendencia Nacional de Salud?</li> <li>15. ¿Cómo funcionaba la vigilancia en salud?</li> <li>16. ¿Qué entiende por Sistemas Médicos Complejos?</li> <li>17. ¿Qué papel cumplía la asociación de mujeres en Nueva Esperanza?</li> <li>18. ¿Cuáles cree que fueron las dificultades en el momento de la articulación de Nueva Esperanza con el programa de APS?</li> </ol>
		<p>Visión social de la MNT</p>	
		<p>Estrategias de integración o articulación</p>	
<p>Identificar elementos y posibles estrategias de integración de la MNT en la APS del SGSSS en los territorios, a partir de la experiencia documentada y la revisión bibliográfica, desde la visión de sistemas médicos complejos y los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.</p>	<p>Atención Primaria en Salud</p>	<p>Participación comunitaria.</p>	
		<p>Promoción y Prevención</p>	
		<p>Atención asistencial</p>	
		<p>Determinantes sociales de la salud y la enfermedad</p>	

			<p>19. ¿Considera que esa articulación implicó la replicación del modelo asistencialista?</p> <p>20. ¿En qué consistía la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Nueva Esperanza?</p>
--	--	--	--

*Fuente: elaboración propia.*



## **E. Anexo: Guía de entrevistas**

## GUIA DE ENTREVISTAS

## FORMATO 1

(Comunidad usuaria del Centro de Salud)

1. ¿Qué conoció del puesto de salud Nueva esperanza en Popayán?
2. ¿Cómo se enteró que existía?
3. ¿Cómo obtuvo las citas o participación en el puesto de salud Nueva Esperanza y que tan difíciles considera que era conseguirlas?
4. ¿Cuáles servicios recibió del puesto de salud en la comunidad y cuándo?
5. ¿Cómo se sintió con los servicios del puesto de salud y en qué le aportó a su vida o la de su familia?
6. ¿Tuvo alguna participación en los servicios del puesto de salud Nueva esperanza?
7. ¿Qué entiende por Terapia Neural?
8. ¿Cómo eran los costos para recibir los servicios en el puesto de salud?
9. ¿Tenía algún contacto con la asociación de mujeres para los programas y servicios en el centro de salud la Nueva Esperanza?
10. ¿Tuvo alguna experiencia de remisión desde el puesto de salud Nueva Esperanza a otros centros de salud u hospitales o para exámenes complementarios?
11. ¿Por qué cree que dejó de funcionar el puesto de salud comunitario Nueva Esperanza?

## FORMATO 2

(Profesionales médicos y practicantes de la MNT en el Centro de Salud)

1. ¿Cómo conoció el puesto de salud comunitario Nueva Esperanza, cuál fue su rol allí, en qué tiempo.
2. ¿Qué tipo de vínculo laboral tenía y como se sentía laborando allí?
3. ¿Cómo participaba la comunidad y la asociación de mujeres en el puesto de salud?
4. ¿Qué impacto cree que tuvo ese puesto de salud comunitario en la comunidad?
5. ¿Cómo era el funcionamiento del puesto de salud Nueva Esperanza?
6. ¿En qué consistía la labor de la Terapia Neural en el puesto de salud, en sus acciones de asistencia, en la promoción y en la prevención y la gestión social comunitaria?
7. ¿Sabe usted cómo se logró la vinculación de Nueva esperanza al Sistema General Seguridad Social en Salud, y como operaba la financiación, los procesos asistenciales de ayudas diagnósticas, remisiones, suministro de medicamentos, informes e indicadores, vigilancia epidemiológica, y visitas de vigilancia y control de la autoridad local en salud, entre otros?
8. ¿Bajo esta articulación cómo manejaban la Atención Primaria en Salud -APS en relación a los determinantes sociales y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando la posible replicación del modelo asistencialista y sus programas clásicos?
9. ¿Cuáles cree que fueron las dificultades en el momento de la articulación de Nueva Esperanza con el programa de Atención Primaria en Salud -APS?
10. ¿Por qué cree que Nueva Esperanza logró estar activa tantos años articulada a la Atención Primaria en Salud – APS de Popayán, que estrategias se aplicaban para ello, cuáles fueron las principales dificultades y por qué se acabó?
11. ¿Qué entiende por Sistemas Médicos Complejos y Medicina Neural Terapéutica y considera que tiene alguna diferencia con la Terapia Neural?
12. ¿Considera que este trabajo comunitario de la Terapia Neural requiere preparación específica?, y cómo se sintió desarrollándolo? ¿Considera que los procesos de formación académica suministran estas competencias?

### FORMATO 3

(Otros trabajadores de la salud y personal administrativo del Centro de Salud)

1. ¿Cómo conoció el puesto de salud comunitario Nueva Esperanza, cuál fue su rol allí, en qué tiempo?
2. ¿Qué tipo de vínculo laboral tenía y como se sentía laborando allí?
3. ¿Cómo era el funcionamiento del puesto de salud comunitario Nueva Esperanza?
4. ¿Qué programas, servicios y procesos se desarrollaban en este puesto de salud?
5. ¿Cómo operaba la financiación, los procesos asistenciales de ayudas diagnósticas, remisiones, suministro de medicamentos, informes e indicadores, vigilancia epidemiológica, y visitas de vigilancia y control de la autoridad local en salud, entre otros?
6. ¿En qué consistía la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Nueva Esperanza?
7. ¿Cómo participaba la comunidad y la asociación de mujeres en el puesto de salud?
8. ¿Qué impacto cree que tuvo ese puesto de salud comunitario en la comunidad?
9. ¿Por qué cree que Nueva Esperanza logró estar activa tantos años articulada a la Atención Primaria en Salud – APS de Popayán, que estrategias se aplicaban para ello?
10. ¿Cuáles fueron las principales dificultades y por qué se acabó?
11. ¿Qué entiende por Terapia Neural?

## FORMATO 4

(Profesional de la ONG FUNCOP, participe del proceso del Centro de Salud)

1. ¿Cómo conoció el puesto de salud comunitario Nueva Esperanza, cuál fue su rol allí, en qué tiempo?
2. ¿Qué tipo de vínculo laboral tenía desde FUNCOP y como se sentía laborando allí con relación al puesto de salud Nueva Esperanza?
3. ¿Cómo surgió el puesto de salud Nueva Esperanza?
4. ¿Qué enfoque de salud y bienestar comunitario desarrollaron en el puesto de salud Nueva Esperanza, en particular respecto a la promoción y la prevención y la gestión de determinantes sociales de la salud y el bienestar?
5. ¿Cómo era el modelo de funcionamiento del puesto de salud Nueva Esperanza en relación con FUNCOP?
6. Desde FUNCOP, cuáles fueron los objetivos, metas y logros alcanzados con el proyecto de este puesto de salud.
7. ¿En qué consistía la labor de la Terapia Neural en el puesto de salud, en sus acciones de asistencia, en la promoción y en la prevención y la gestión social comunitaria?
12. ¿En qué consistía la aplicación del modelo de Investigación Acción Participación - IAP, en el funcionamiento del puesto de salud comunitario Nueva Esperanza. ¿Y cómo participaba la comunidad y la asociación de mujeres?
8. ¿Cómo se logró la vinculación de Nueva esperanza al Sistema General Seguridad Social en Salud, y como operaba la financiación, los procesos asistenciales de ayudas diagnósticas, remisiones, suministro de medicamentos, informes e indicadores, vigilancia epidemiológica, y visitas de vigilancia, licencias y control de la autoridad local en salud, entre otros?
9. ¿Bajo esta articulación cómo manejaban la Atención Primaria en Salud -APS en relación a los determinantes sociales y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, evitando la posible replicación del modelo asistencialista y sus programas clásicos?
10. ¿Por qué cree que Nueva Esperanza logró estar activa tantos años articulada a la Atención Primaria en Salud – APS de Popayán, que estrategias se aplicaban para ello, cuáles fueron las principales dificultades y por qué se acabó?
11. ¿Qué impacto tuvo el puesto de salud en la comunidad y que percepción tuvo ésta con relación a la Terapia Neural?

12. ¿Qué entiende por Sistemas Médicos Complejos y Medicina Neural Terapéutica y considera que tiene alguna diferencia con la Terapia Neural?
13. ¿Considera que este trabajo comunitario de la Terapia Neural requiere preparación específica?, y ¿Considera que los procesos de formación académica suministran estas competencias?
14. ¿Desde la perspectiva actual de los territorios, considera replicable hoy el modelo, articulado a la Atención Primaria en Salud -APS del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSS, y como podría hacerse?

## FORMATO 5

(Autoridad local de salud de Popayán del periodo de existencia del Centro de Salud)

1. ¿Qué conoce acerca del surgimiento, autorización y funcionamiento del puesto de salud Nueva Esperanza en Popayán entre 1987 y 2005?
2. ¿Cómo funcionario de la autoridad local en salud, qué tipo de relacionamiento tuvo con el puesto de salud Nueva Esperanza?
3. ¿Qué tipo de relacionamiento se tenía con este puesto comunitario de salud desde el apoyo, financiero, logístico y desde el control y vigilancia de la autoridad local de salud?
4. ¿Cómo se articuló para el cumplimiento de las políticas y programas de gobierno de la época?
5. ¿Qué conoce del modelo comunitario de salud y bienestar aplicado en este puesto de salud y la metodología empleada de Investigación Acción Participación - IAP?
6. ¿Qué conoce acerca del impacto que tuvo el puesto de salud en la comunidad?
7. ¿Por qué cree que el puesto de salud Nueva Esperanza logró estar activo tantos años en Popayán y por qué se cerró?
8. ¿Qué conoce acerca de en qué consistía la asistencia con Terapia Neural y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en el puesto de salud Nueva Esperanza?
9. ¿Desde la perspectiva actual de los territorios, considera replicable hoy el modelo, articulado a la Atención Primaria en Salud -APS del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSS, y como podría hacerse?

## FORMATO 6

(Presidentes de agremiación o asociación de MNT existentes en Colombia en la época)

1. ¿Qué conoce acerca del puesto de salud Nueva Esperanza en Popayán y qué tipo de vínculo tuvo con él, en qué tiempo?
2. ¿Cómo considera el trabajo en la gestión comunitaria por parte de los profesionales de la Terapia Neural?
3. ¿Considera que este trabajo comunitario de la Terapia Neural requiere preparación específica?, y ¿Considera que los procesos de formación académica suministran estas competencias?
4. ¿Cuál cree que puede ser el papel de la Terapia Neural o Medicina Neuralterapéutica en la asistencia, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en la Atención Primaria en Salud -APS con enfoque de determinantes sociales de la salud y el bienestar?
5. ¿Desde la perspectiva actual de los territorios, considera replicable hoy el modelo del puesto de salud Nueva Esperanza, articulado a la Atención Primaria en Salud -APS del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSS, y como podría hacerse?
6. ¿Qué impacto cree que tuvo este puesto de salud en la comunidad bajo el modelo de Investigación Acción Participación -IAP?
7. ¿Qué entiende por Sistemas Médicos Complejos y Medicina Neural Terapéutica y considera que tiene alguna diferencia con la Terapia Neural?
8. ¿Cómo era el funcionamiento del puesto de salud Nueva Esperanza en relación a los médicos terapeutas neurales y su ejercicio de formación y entrenamiento y trabajo comunitario?
9. ¿Por qué cree que Nueva Esperanza logró estar activa tantos años articulada a la Atención Primaria en Salud – APS de Popayán, que estrategias se aplicaban para ello, cuáles fueron las principales dificultades y por qué se acabó?
10. ¿Qué impacto tuvo el puesto de salud en la comunidad y que percepción tuvo ésta con relación a la Terapia Neural?

## FORMATO 7

(Ministerio de Salud y Protección Social)

1. ¿Qué conocimiento tiene del puesto de salud de medicina alternativa Nueva Esperanza en Popayán, que funcionó de 1987 al 2005 como parte del sistema de salud del municipio?
2. ¿Sabe usted cómo se logró la vinculación del puesto de salud Nueva esperanza en Popayán a la Atención Primaria en Salud -APS del Sistema General Seguridad Social en Salud de Colombia?
3. ¿Por qué cree que el puesto de salud Nueva Esperanza logró estar activo tantos años en el marco de la salud pública en Popayán?
4. Teniendo presente que el fundamento de la gestión en salud del puesto de salud comunitario Nueva Esperanza se basó en determinantes sociales de la salud y el bienestar, mediante metodología Investigación Acción Participación -IAP, en un modelo institucional mixto de alianza público privada con ONGs, ¿el Ministerio de Salud y Protección social consideró esta posibilidad en las políticas y normativas para las Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias -MTAC?
5. ¿Cuáles cree que podrían ser las dificultades en el momento de articular, particularmente en los territorios, un puesto de salud de medicina alternativa con los programas de Atención Primaria en Salud -APS basados en determinantes sociales y ambientales de salud y bienestar?
6. ¿Considera que esa articulación implicó la replicación
7. Considerando las medicinas alternativas, incluida la Terapia Neural, como sistemas médicos complejos, que pueden desarrollar programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad -PyP, bajo enfoques distintos al medicalizado, ¿se ha considerado como podrían hacer parte de la APS en los territorios?
8. ¿Cómo debería ser la relación de esos puestos de salud de medicina alternativos con la Superintendencia Nacional de Salud y los demás entes de control y vigilancia de las autoridades locales de salud?
9. ¿El desarrollo del talento humano idóneo para el ejercicio de las medicinas y terapias alternativas y complementarias -MTAC en los territorios, incluye formación en competencias específicas de trabajo y gestión comunitaria?



## Bibliografía

1. González Bermúdez, Nancy; Jaramillo Molina, Jorge Alberto; Popayán un proceso social para la sostenibilidad. Editorial López. 2005.
2. Mc Gowan, Victoria J; Bambra Clare. Mortalidad y privaciones por Covid 19: desigualdades en salud pandémicas, sindémicas y endémicas. Volumen 7, número 11, E066-E975, Noviembre 2022. VOLUMEN 7, NÚMERO 11. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(22\)00223-7/texto-completo](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(22)00223-7/texto-completo)
3. COVID-19 pandemic response | Health in the Americas [Internet]. [citado 12 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://hia.paho.org/en/covid-2022/response>
4. OMS. Declaración Alma Ata 1978. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=72B47E35767E639403D904048AC340E7?sequence=1>
5. OPS/OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud-1986-SP. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
6. OPS/OMS. 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 (OPS/OMS). Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primary\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primary_Salud_Americas-OPS.pdf)
7. Carvalho I, María S, Guimarães B, Gallego Pérez, Daniel F. Experiencias y reflexiones sobre Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas en los Sistemas de Salud de las Américas. 2021. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151530/mtci-america-observapics-rede-mtci.pdf>

8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra - Suiza; 2002. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2024. Hong Kong. China. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)
10. Barajas Y, Ariza JF. Lineamientos Técnicos Para La Articulación De Las Medicinas y las Terapias Alternativas y Complementarias, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá-Colombia. Colombia; 2018 p. 73. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>
11. Vega, Román. Acosta, Naydu. Mosquera, Paola. Restrepo, Ofelia. Atención Primaria Integral de Salud: estrategia para transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Alcaldía mayor de Bogotá. Universidad Javeriana. Bogotá 2009. [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.academia.edu/9195326/Atención\\_Primaria\\_Integral\\_de\\_Salud](https://www.academia.edu/9195326/Atención_Primaria_Integral_de_Salud)
12. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Noticia Portal Detalle. Medicina Alternativa en la Subred Centro Oriente. [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia\\_Portal\\_Detalle.aspx?IP=591](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=591)
13. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Medicina alternativa en la Subred Centro Oriente | Subred Centro Oriente. [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.subredcentrooriente.gov.co/?q=noticias/medicina-alternativa-la-subred-centro-oriente>
14. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. La Subred Sur, líder en manejo del dolor en Bogotá El programa Clínica de Dolor atiende a 1500 pacientes mensuales. | Subred Sur [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/?q=content/la-subred-sur-líder-en-manejo-del-dolor-en-bogotá-el-programa-clínica-de-dolor-atiende-1500>
15. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud – PAIS y Modelo de atención Integral - MIAS. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf)
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Modelo de Atención Integral Territorial- MAITE. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
18. Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la APS. Ley No. 1438/2008 [Internet]. 2011 ene 19, 2011. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751/2015 [Internet]. 2015 feb 16, 2015. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2063/2017 Política de Participación Social en Salud PPSS [Internet]. 2017 jun 9, 2017. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf)
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1164/2007 Disposiciones en materia del Talento Humano en Salud [Internet]. 2007 oct 3, 2007. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf)
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003/2014 - Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud [Internet]. 2014. 2014 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

23. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4678/2015 Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2015. 2015 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204678%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204678%20de%202015.pdf)
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438/2011 Implementación de Atención Primaria en Salud – APS. [Internet]. 2011 ene 19, 2011. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3554/ 2004 Registro sanitario de Homeopáticos. [Internet]. 2004 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3554-de-2004.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2266/2004 Productos Fitoterapéuticos [Internet]. 2004 jul 15, 2004. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2266-de-2004.pdf>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1229/2015 Productos Homeopáticos [Internet]. 2015 jun 4, 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%201229%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201229%20de%202015.pdf)
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000126/2009 Condiciones esenciales para la apertura, funcionamiento, vigilancia y control sanitario de las tiendas naturistas y se dictan otras disposiciones. [Internet]. feb 13, 2009. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n%200126%20de%202009.pdf>
29. Colsubsidio. Medicina alternativa | Colsubsidio [Internet]. 2023. 2023 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.colsubsidio.com/tu-salud/salud-preferencial/medicina-alternativa?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=salud medicina alternativa&utm\\_content=beat&gclid=EAlaIqobChMI9lfs9f7W\\_QIV6oZaBR11rAbvEAAYASAAEqKa3PD\\_BwE](https://www.colsubsidio.com/tu-salud/salud-preferencial/medicina-alternativa?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=salud%20medicina%20alternativa&utm_content=beat&gclid=EAlaIqobChMI9lfs9f7W_QIV6oZaBR11rAbvEAAYASAAEqKa3PD_BwE)

30. Cafam. Servicios Complementarios - Medicina Alternativa [Internet]. 2023. 2023 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cafam.com.co/salud-servicios-complementarios>
31. Famisanar EPS. ¿Conoces la medicina alternativa? [Internet]. 2020. 2020 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://blog.famisanar.com.co/medicina-alternativa>
32. Subred Sur E.S.E. La Subred Sur, líder en manejo del dolor en Bogotá El programa Clínica de Dolor atiende a 1500 pacientes mensuales. | Subred Sur [Internet]. 2021. 2021 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.subredsur.gov.co/?q=content/la-subred-sur-l%C3%ADder-en-manejo-del-dolor-en-bogot%C3%A1-el-programa-cl%C3%ADnica-de-dolor-atiende-1500>
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía metodológica para la construcción de contenidos de los componentes e implementación del SISPI. Oficina de Promoción Social – Subcomisión de salud de la mesa permanente de concertación con los pueblos y organizaciones indígenas de Colombia. Bogotá. 2016 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/guia-metodologica-sispri.pdf>
34. CRIC. SISPI. Plan de vida y Desarrollo Comunitario. Cabildo indígena de Huellas-Caloto-Cauca. [Internet]. 2016. 2016 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.caloto-cauca.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionYControl/Plan%20de%20Vida%20y%20Desarrollo%20Comunitario%20Resguardo%20Ind%C3%ADgena%20de%20Huellas%20Abril%20de%202016.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud. 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 (OPS/OMS). 2007 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)
36. Velásquez, German - Criterio. Salud | La reforma que requiere el sistema en tiempos de paz [Internet]. 2022. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://diariocriterio.com/salud-la-reforma-que-requiere-el-sistema/>

37. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2022 [Internet]. 2022 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022>
38. Funcop - Cauca. Video Salud incluyente - Un Aporte de la Terapia Neural, para la construcción de Políticas Públicas Saludables [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/13JBJKCPPqgblOg9re5AdpaBoM6J8eGCL/view>
39. Peter D, Dosch, M. Thieme: Manual de terapia neural según Huneke. 2007 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://web.thieme.com/media/foreword/pubid994159573.pdf>
40. Toscano De la Torre, Faneth. Pinilla, LBF. La medicina alternativa : una visión desde los sistemas médicos complejos. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud 1st Ed 2011;156. 2011. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000200008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000200008)
41. Bykov KM. Asociación Americana de Psicología - La corteza cerebral y los órganos internos. [Internet]. 1957 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1957-15029-000>
42. Beltrán Dussan, EH. Medicina neuralterapéutica: un abordaje desde los sistemas médicos complejos. Universidad Nacional de Colombia. 1st ed. Ltda. S, editor. Bogotá -Colombia: 2013. Available from: <https://www.uneditorial.com/medicina-neuralterapeutica-unabordaje-desde-los-sistemas-medicos-complejos-medicina.html>
43. Navarro K, Pinilla L. Los aportes de Henry Head a las bases neuroanatómicas y fisiológicas de la terapia de segmento. Medicas UIS [Internet]. 2013 [citado 20 de marzo de 2023];26(3):33-44. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-03192013000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192013000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
44. Dary L, Rodríguez S. Historia e institucionalización de la terapia neural en Colombia. 2014 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49642>
45. Sheldrake, R. Una nueva ciencia de la vida - La hipótesis de la causación formativa. Cuarta Kairos editor. Vol. Barcelona:2011; 1981. 2011. 213 p.

46. Chaudière J, Ferrari-Iliou R. Antioxidantes intracelulares: de mecanismos químicos a bioquímicos. Food Chem Toxicol [Internet]. septiembre de 1999 [citado 20 de marzo de 2023];37(9-10):949-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10541450/>
47. Scenihr. Dictamen sobre los posibles efectos sobre la salud de la exposición a campos electromagnéticos (CEM). 2015 [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/scientific\\_committees/emerging/members\\_wg/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/emerging/members_wg/index_en.htm)
48. Heredia-Rojas JA, Rodríguez-Flores L, Santoyo-Stephano M, Castañeda-Garza E, Fuente ARD la. Los campos electromagnéticos: ¿un problema de salud pública?. RESPYN- Revista Salud Pública y Nutrición [Internet]. 10 de abril de 2003 [citado 20 de marzo de 2023];4(1). Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/104>
49. Wikipedia. Hipócrates - Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Hip%C3%B3crates>
50. García Gual, Carlos; Lucas de Dios, JM; Cabellos Álvarez, B. Tratados Hipocráticos III «Sobre la dieta, Sobre las afecciones» [Internet]. [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/5d2dfea38c708800014f8c1a/t/5d336dc7b5c4a10001197743/1563651551651/Hipo%CC%81crates%2C+Tratados+hipocra%C%81ticos+3.pdf>
51. Fuentes S, Antonio J. Rojas B, Guillermo J. Campos magnéticos y sus efectos biológicos. Revista Ingeniería. Ingeniería [Internet]. 2004 [citado 20 de marzo de 2023];9(1):13-6. Disponible en: <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/reving/article/view/2736/3965>
52. Naranjo TÁ, Noguera-Salvá R, Guerrero FF. La matriz extracelular: morfología, función y biotensegridad (parte I). Revista Española de Patología [Internet]. 2009 [citado 20 de marzo de 2023];42(4):249-61. Disponible en: [https://www.academia.edu/19270855/La\\_matriz\\_extracelular\\_morfolog%C3%ADa\\_funci%C3%B3n\\_y\\_biotensegridad\\_parte\\_I](https://www.academia.edu/19270855/La_matriz_extracelular_morfolog%C3%ADa_funci%C3%B3n_y_biotensegridad_parte_I)
53. Cerón Villaquirán, Esperanza. De la desobediencia vital a la desobediencia epistémica / 978-620-2-24640-8 / 9786202246408 / 6202246405 [Internet]. 2017

- [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.eae-publishing.com/catalog/details//store/es/book/978-620-2-24640-8/de-la-desobediencia-vital-a-la-desobediencia-epist%C3%A9mica>
54. ACOLTEN-MNT/CONETSO-JPC. La Terapia Neural/Medicina Neuralterapéutica (MNT) en contexto de pandemia. Asociación Colombiana de Terapia Neural / Medicina Neuralterapéutica (ACOLTEN/MNT). Colombia. 1 de junio de 2020. Disponible en: [citado 20 de marzo de 2023]: [https://acolten.com.co/wp-content/uploads/2020/07/LA-TERAPIA-NEURAL-MEDICINA-NEURALTERAPEUTICA-MNT-EN-CONTEXTO-DE-PANDEMIA\\_compressed.pdf](https://acolten.com.co/wp-content/uploads/2020/07/LA-TERAPIA-NEURAL-MEDICINA-NEURALTERAPEUTICA-MNT-EN-CONTEXTO-DE-PANDEMIA_compressed.pdf)
  55. Payan de la Roche, Julio Cesar. Desobediencia vital [Internet]. 2013 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/JorgeCostanzo/desobediencia-vital>
  56. Declaración Colombia - Terapia Neural [Internet]. 2003 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.terapianeural.com/articulos/14-del-concepto/146declaracion-colombia>
  57. ACOLTEN. Declaración Colombia 2022. Tercer Congreso Internacional de Medicina Neuralterapéutica y Odontología Neuro focal. Bogotá D.C. [Internet]. 2022 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://acolten.com.co/wp-content/uploads/2023/03/DECLARACION-COLOMBIA-2022.pdf>
  58. Organización Mundial de la Salud. ¿Como define la OMS la Salud? [Internet]. 1948 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
  59. Franco, Saul. Por la Salud social. Ediciones Aurora. 2017 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.amazon.com/-/es/Saul-Franco/dp/9585402165>
  60. Arrivillaga, Marcela. Por la Salud social. Bogotá: Ediciones Aurora; 2017 | Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. Volumen 17. No 34. 2018 [citado 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23143> ,
  61. Laurell, A.C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina . [citado 20 de marzo de 2023]; Disponible en: [https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el\\_estudio\\_social\\_del\\_proceso\\_salud\\_enfermedad\\_en\\_america\\_latina\\_autora\\_asa\\_crsitina\\_laurell.pdf](https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf)

62. Organización Mundial de la Salud O. Derechos de propiedad intelectual: Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública [Internet]. 2006 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/24429>
63. Howard Waitzkin. Medicina y Salud Pública en el Fin del Imperio | Howard Waitzkin - España | Ta [Internet]. 1ª Edición. Nueva York; 2011 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/edit/10.4324/9781315633473/medicine-public-health-end-empire-howard-waitzkin>
64. Snowden, Frank. Epidemias y sociedad: de la peste negra al presente | Departamento de Historia [Internet]. Yale University Press; 2019 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://history.yale.edu/publications/epidemics-and-society-black-death-present>
65. Payán Gómez, Sandra Isabel. Intersomos [Internet]. 2007. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Intersomos\\_-\\_Sandra\\_Payan.html](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Intersomos_-_Sandra_Payan.html)
66. Mendoza U, Zulima D. Abordaje de la Medicina Alternativa como sistema médico complejo en la Universidad Nacional de Colombia. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2010 [citado 10 de abril de 2023];58(2):155-6. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112010000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
67. Luz, M.T. Cultura contemporánea y medicinas alternativas: nuevos paradigmas en salud a finales del siglo XX. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. Junio de 1997 [citado el 10 de abril de 2023];7(1):13-43. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/physis/a/x6Kp5YCK9cK4y4QxSCkSx/?lang=pt>
68. Fischer, Lorenz. Terapia neural según Huneke: fundamentos, técnica, aplicación práctica [Internet]. México D.F. : Editorial Mc Graw H.; 2000 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [https://books.google.com.co/books/about/Terapia\\_neural\\_seg%C3%BAn\\_Huneke.html?id=KDkyygEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Terapia_neural_seg%C3%BAn_Huneke.html?id=KDkyygEACAAJ&redir_esc=y)
69. Fischer, FH, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, et al. Alta prevalencia pero evidencia limitada en medicina complementaria y alternativa: pautas para futuras investigaciones. BMC Supplement Altern Med [Internet]. 6 de

- febrero de 2014 [citado 10 de abril de 2023];14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24499316/>
70. Barop, Hans. Atlas de Terapia Neural [Internet]. 1ª edición. México D.F.: Hippócrates Verlag Stuttgart.; [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.terapianeural.com/varios/262-libro-hans-barop>
71. Prigogine, Ilya. Las leyes del caos [Internet]. Barcelona: Editorial Crítica; 2008 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.planetadelibros.com/libro-las-leyes-del-caos/291552>
72. Prigogine, Ilya. Reseña de «Las leyes del caos» [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/237033203\\_Resena\\_de\\_Las\\_leyes\\_del\\_caos\\_de\\_Ylya\\_Prigogine](https://www.researchgate.net/publication/237033203_Resena_de_Las_leyes_del_caos_de_Ylya_Prigogine)
73. Ruiz, Alfredo. La Teoría de Santiago o la Escuela Chilena de la Biología de la Cognición y el Enfoque Cognitivo Post-Racionalista en la Psicología del Siglo XXI. INTECO [Internet]. 2006 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://inteco.cl/teoria-santiago-escuela-chilena-biologia-cognicion-enfoque-cognitivo-post-racionalista-psicologia-siglo-veintiuno/>
74. Soto González, Mario. Morin, Edgar. Complejidad y sujeto humano [Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 1999 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.cervantesvirtual.com/s3/BVMC\\_OBRAS/ff7/29f/ec8/2b1/11d/fac/c70/021/85c/e60/64/mimes/ff729fec-82b1-11df-acc7-002185ce6064.pdf](https://www.cervantesvirtual.com/s3/BVMC_OBRAS/ff7/29f/ec8/2b1/11d/fac/c70/021/85c/e60/64/mimes/ff729fec-82b1-11df-acc7-002185ce6064.pdf)
75. Beltrán Dussán, Eduardo Humberto. La medicina neural-terapéutica. Formación académica fundamentada en competencias [Internet]. [Bogotá D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2013 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/21635/5599037.2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
76. Osorio Diaz, Yosette . «Otra Racionalidad». Federación Odontológica Colombiana [Internet]. 2003 [citado 10 de abril de 2023];65. Disponible en: [https://acolten.com.co/wp-content/uploads/2021/11/Odontologia\\_Neurofocal\\_Otra\\_Racionalidad1.pdf](https://acolten.com.co/wp-content/uploads/2021/11/Odontologia_Neurofocal_Otra_Racionalidad1.pdf)
77. Oettmeier, Ralf. Laura Pinilla. HSOA Journal of Alternative, Complementary & Integrative Medicine. Herald [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en:

- [https://www.heraldopenaccess.us/article\\_pdf/9/the-procaine-base-infusion-20-years-of-experience-of-an-alternative-use-with-several-therapeutical-effects.pdf](https://www.heraldopenaccess.us/article_pdf/9/the-procaine-base-infusion-20-years-of-experience-of-an-alternative-use-with-several-therapeutical-effects.pdf)
78. Urrego Mendoza, Diana Zulima. La medicina alternativa: Una visión desde los sistemas médicos complejos. Medicina alternativa. Bogota D.C.: Universidad Nacional de Colombia; Disponible en: [https://www.libreriaunal.com/libro/la-medicina-alternativa-una-vision-desde-los-sistemas-medicos-complejos\\_3815](https://www.libreriaunal.com/libro/la-medicina-alternativa-una-vision-desde-los-sistemas-medicos-complejos_3815)
79. Musso, CG. Enz, PA, Werbin, E. El símbolo y su función terapéutica: en busca de sus fundamentos científicos. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 10 de abril de 2023];114(5):403-4. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752016000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752016000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
80. Viveros, Mara. Vista de La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. Revista Colombiana de Antropología [Internet]. 1993 [citado 10 de abril de 2023]; Vol XXX. Disponible en: <https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/article/view/1833/1386>
81. Arouca, Sergio. El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. En: Región y sociedad [Internet]. Colección Salud Colectiva; [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v24n55/v24n55a12.pdf>
82. SENA. Medicina Alternativa y Terapias Complementarias. SENA [Internet]. 2006 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/CARACTERIZACI%C3%93N%20MEDICINA%20ALTERNATIVA%20Y%20TERAPIAS%20COMPLEMENTARIAS.pdf>
83. Payán, Julio César. Historia y estado actual de la Terapia Neural en Colombia [Internet]. 2004. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.terapianeural.com/index2.php?option=com\\_content&task=emailform&id=95](https://www.terapianeural.com/index2.php?option=com_content&task=emailform&id=95)
84. Carvajal, Jorge. Hacia una Nueva Visión de la Salud - Sintergética [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sintergetica.org/hacia-una-nueva-vision-salud-por-el-dr-jorge-carvajal/>

85. Payán, Julio César. Salud Publica y Terapia Neural - Conferencia Terapia Neural [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=xnRDsHmkMxQ>
86. Magalhães de Mendonça, Maria Helena. Corrêa Matta, Gustavo, Gondim, Roberta, Giovanella, Ligia. Atención primaria de salud en Brasil: conceptos, prácticas e investigación, por Maria Helena Magalhães de Mendonça, Gustavo Corrêa Matta, Roberta Gondim, Ligia Giovanella - Libros en Google Play [Internet]. FioCruz; 2018 [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://play.google.com/store/books/details?id=S7ibDwAAQBAJ&pli=1>
87. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D, et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2009 [citado 10 de abril de 2023];8( 16):14-29. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
88. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Journal of Negative and No Positive Results [Internet]. 2020 [citado 10 de abril de 2023];5(1):81-90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
89. OPS/OMS. Determinantes Ambientales de Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>
90. OMS. Global Conference on Primary Health Care [Internet]. 2018 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>
91. Giovanella, Ligia. Fidelis de Almeida, Patty. Vega Romero, Román. Oliveira, Suelen. Tejerina Silva, Herland. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. 2015 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nPvTxpJ3th9XwY83zTrJZPw/?lang=es&format=pdf>
92. Cuba usa tratamiento homeopático contra coronavirus – Chicago Tribune [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en:

- <https://www.chicagotribune.com/espanol/sns-es-cuba-tratamiento-homeopatico-coronavirus-20200406-wqsg3fwytfenphoasgacv17mrq-story.html>
93. Expertos de Salud Pública y científicos cubanos analizan el comportamiento de la COVID-19 en el país. Cubadebate [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2020/04/30/expertos-de-salud-publica-y-cientificos-cubanos-analizan-el-comportamiento-de-la-covid-19-en-el-pais/>
  94. Autoridades cubanas prueban tratamientos para Covid-19 [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.telesurtv.net/news/cuba-refuerza-medidas-contra-coronavirus-20200427-0017.html>
  95. OMS/OPS. Pandemias y el papel de la atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/pandemias-papel-atencion-primaria-salud>
  96. Farrés, Miquel. La respuesta desde la Atención Primaria (X): el centro de salud Albaycin [Internet]. 2020 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://gerentedemediado.blogspot.com/2020/05/la-respuesta-desde-la-atencion-primaria.html?m=1>
  97. Qingyue M., Hongwei Y. Organización Mundial de la Salud, Revisión del sistema de salud de la República Popular China [Internet]. Vol. Vol 5 No. 7. 2015 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: [http://www.searo.who.int/entity/asia\\_pacific\\_observatory/publications/hits/hit\\_china/en/](http://www.searo.who.int/entity/asia_pacific_observatory/publications/hits/hit_china/en/)
  98. Esandi ME, Antonietti L, Ortiz Z, Cho M, Duré I, Reveiz L, et al. Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [citado 10 de abril de 2023];44(1). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52651>
  99. OMS. Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346533/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01-spa.pdf>

100. Nota E, Jimenez P, Reveiz L, Toledo Jose Luis Castro Recomendaciones para J. Nota técnica. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos, 23 de abril del 2020. 23 de abril de 2020 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52223>
101. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2022. Finanzas al servicio de la recuperación cualitativa. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/publication/wdr2022>
102. Banco Mundial/OPS. Evaluación de Perfil de Signos Vitales de atención primaria en salud para Colombia [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/2040551a-46d0-5032-aaac-e0caf2bd5a0d/content>
103. Hernández, Mario. El fondo del debate sobre la reforma a la salud. Periódico UNAL. 2023. Disponible en: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/el-fondo-del-debate-sobre-la-reforma-a-la-salud>
104. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de servicios y atención primaria: Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación del prestador primario de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Gobierno de Colombia. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/prestador-primarioservicios-salud.pdf>
105. Roth Deubel, AN. Conceptos, teorías y herramientas para el análisis de las Políticas Públicas. Políticas Públicas Formulación, implementación y evaluación [Internet]. 2002 [citado 10 de abril de 2023];17-56. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/377669724/Politic-as-Publicas-Andre-Noel-Roth-pdf>
106. Erazo, LC. Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación de André-Noël Roth Deubel. Íconos - Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 2015 [citado 10 de abril de 2023];19(53):201. Disponible en: [https://www.academia.edu/958807/Pol%C3%ADticas\\_p%C3%ABlicas\\_formulaci%C3%B3n\\_implementaci%C3%B3n\\_y\\_evaluaci%C3%B3n\\_Cap%C3%ADtulos\\_1\\_4](https://www.academia.edu/958807/Pol%C3%ADticas_p%C3%ABlicas_formulaci%C3%B3n_implementaci%C3%B3n_y_evaluaci%C3%B3n_Cap%C3%ADtulos_1_4)

107. Sautu R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R. Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RS>
108. Pinto Barrero Manuel Ignacio. Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. 2012 [citado 10 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10530/manuelignaciopintobarrero.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
109. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100/2019: Manual de Inscripción de Prestadores de Salud y Habilitación de Servicios de Salud [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2003100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2003100%20de%202019.pdf)
110. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
111. Dirección de Epidemiología y Demografía M de S y PS. Análisis de Situación en Salud (ASIS) Colombia, 2021 [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
112. Secretaria Distrital de Salud SDS. Análisis de Salud con el modelo de los determinantes sociales de salud para el Distrito [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-distrital-bogota-2017.pdf>
113. Bautista, M., Agudelo, K. y Castro-Arroyave, D. (2020). Modelo de Atención Integral a la Salud Rural: Localidad de Sumapaz. [En línea]. Organización Mundial de la Salud y UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales, Ginebra: Iniciativa de Innovación Social en Salud, disponible en <https://socialinnovationinhealth.org/wp-content/uploads/2021/09/SIHI-Case-Study-COMPREHENSIVE-CARE-MODEL-FOR-RURAL-HEALTH.pdf>

- 
114. Fals Borda O. Como Investigar la realidad para transformarla. En [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20160308051848/09como.pdf>
115. Ortiz M, Borjas B. La Investigación Acción Participativa: aporte de Fals Borda a la educación popular. 1992 [citado 10 de abril de 2023];17(4):615-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/122/12217404.pdf>
116. Aldana Martínez, Natalia Sofia; Bojacá Bazarro, Alejandra; Gallego Pérez, Daniel Felipe. La Investigación en Medicinas Alternativas y Terapias Complementarias en Colombia. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Terapias Alternativas. Universidad Manuela Beltrán - Facultad de Salud; Bogotá. 2011 [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877307/trabajo-de-grado-inv-matc-en-colombia-7-2011-aldana-bojaca-gallego.pdf>
117. Secretaría Distrital de Salud SDS. Investigaciones Habla - Experiencias 2013 «Uso de la Acupuntura, Terapia Neural y Homeopatía en el Tratamiento de Pacientes con Dolor Crónico» [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Investigaciones%20Habla/Investigaciones%20Habla%202013%20%20mayo%202014.pdf>
118. Vargas Jiménez, I. La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. Calidad en la Educación Superior, ISSN-e 1659-4703, Vol 3, N° 1, 2012, págs 119-139 [Internet]. 2012 [citado 11 de abril de 2023];3(1):119-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773&info=resumen&idioma=ENG>
119. Denzin, Lincoln P. La entrevista en investigación cualitativa. 2005 [citado 11 de abril de 2023]; Disponible en: [http://www.ujaen.es/investigat/ics\\_tfg/pdf/cualitativa/recogida\\_datos/recogida\\_entrevista.pdf](http://www.ujaen.es/investigat/ics_tfg/pdf/cualitativa/recogida_datos/recogida_entrevista.pdf)
120. Investigación Acción Participativa. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n-Acci%C3%B3n\\_participativa](https://es.wikipedia.org/wiki/Investigaci%C3%B3n-Acci%C3%B3n_participativa)
121. Organización Mundial de la Salud- OMS. Directrices de la OMS sobre el desarrollo, la captación, la contratación y la retención del personal de salud en las zonas rurales y remotas. OMS. 2021. Disponible en:

- [https://m.nearbyme.io/search/?search\\_term=Liu%20X,%20Zhu%20A%20y%20Tang%20S.%20Atracci%C3%B3n%20y%20retenci%C3%B3n%20de%20trabajadores%20rurales%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20en%20la%20regi%C3%B3n%20de%20Asia%20Pac%C3%ADfico.%20Nueva%20Delhi&brand=gc1](https://m.nearbyme.io/search/?search_term=Liu%20X,%20Zhu%20A%20y%20Tang%20S.%20Atracci%C3%B3n%20y%20retenci%C3%B3n%20de%20trabajadores%20rurales%20de%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20en%20la%20regi%C3%B3n%20de%20Asia%20Pac%C3%ADfico.%20Nueva%20Delhi&brand=gc1)
122. FUNCOP. Medicina, ecología y sociedad: bases críticas para un pensamiento alternativo /. En: II Coloquio Nacional Medicinas Alternativas y Sociedad. Popayán: Ediciones FUNCOP; 1991.
  123. Cárdenas, John Jairo. Salud Pública para todos. En: Cartilla curso de Terapia Neural. Fundación para la Comunicación Popular- FUNCOP./Centro de Información e Investigación de Medicinas Alternativas -CIMA. Popayán. 2004. (material no editado. Disponible en archivo)
  124. Vega Oviedo JA. Formación, ejercicio y prestación de servicios en medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias: ¿existen políticas públicas formuladas o implementadas en Colombia? [Internet]. Nacional de Colombia; 2010 [cited 2019 Dec 11]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/70495>
  125. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)
  126. Ministerio de Salud. Resolución 2927 de 1998. Práctica de las Terapias Alternativas en la prestación de los servicios de salud. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202927%20DE%201998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202927%20DE%201998.pdf)
  127. Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. Convenio interadministrativo 1668 de 2015: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros para el fortalecimiento de unidades para Manejo de Dolor, Medicina Alternativa y Terapias Complementarias, en el contexto de redes de servicios de salud. Bogotá (Archivo).
  128. FUNCOP -Asociación para la Construcción y Desarrollo del Barrio Colombia II etapa – Comité de Salud y la Asociación de mujeres del Barrio Colombia II etapa. Convenio de cooperación interinstitucional y comunitario, para la administración del

- Centro de Salud Barrio Colombia II etapa, Servicio de Salud del Cauca. Popayán, 1987.
129. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2003;8(1):185–207. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
130. Gómez AJ, Molina N, Moncada E, Suárez AC, Avendaño YA, Quimbayo E. Curanderismo: enfermedades, tratamientos y medicamentos en el pacífico colombiano. *Maguaré*. 2015;29(2):319-57.
131. Ley 9/1979 del Congreso de Colombia. Diario oficial No. 35308. 16 de julio de 1979. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 9 de 1979. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200009%20DE%201979.pdf)
132. Decreto 1762/1990 del Gobierno de Colombia, Ministerio de Salud. Diario oficial No. 39491. 3 de agosto de 1990. Disponible en: <https://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1865694>
133. Decreto 1811/1990 del Gobierno de Colombia, Ministerio de Salud. Diario oficial No. 19493. 6 de agosto de 1990. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201811%20DE%201990.pdf)
134. Ley 10/1990 del Congreso de la República de Colombia. Diario oficial No. 39137 del 10 de enero de 1990. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf)
135. Decreto 2240/1996 del Gobierno de Colombia. 9 de diciembre de 1996 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2240-de-1996.pdf>
136. Resolución 4445/96 del Gobierno de Colombia, Ministerio de Salud. 2 de diciembre de 1996. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%2004445%20de%201996.pdf)
137. Resolución 5052/96 del Gobierno de Colombia, Ministerio de Salud. 26 de diciembre de 1996. Disponible en:

- [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION\\_5042\\_de\\_1996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_5042_de_1996.pdf)
138. Ley 715/2001. Congreso de Colombia. Organización de la prestación de los servicios de educación y salud. 21 de diciembre de 2001. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
  139. Decreto 1011/2006. Gobierno de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 3 de abril de 2006. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2002006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2002006.pdf)
  140. Resolución 2003/2014. Ministerio de Salud y Protección Social. Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. 28 de mayo de 2014. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)
  141. Cerón E. "Mujeres, las nuevas protagonistas de una ciudad en crisis" Revista del CENVI", Editorial Centro de Estudios de Vivienda. México DF, 1989.
  142. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030. Washington, 2022. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006\\_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
  143. Caja de Compensación Familiar CAFAM. Premio Mujer CAFAM 1997. Disponible en: [http://www.unicauca.edu.co/versionP/sites/default/files/files/ESperanza\\_Villaquieren.pdf](http://www.unicauca.edu.co/versionP/sites/default/files/files/ESperanza_Villaquieren.pdf)
  144. Triana A. Atención Primaria en salud: Gobierno y academia por una mejor salud para todos. Revista Salud y Sociedad UPTC 2015; 2: 4-5. ISSN 23898038. Disponible en: [https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud\\_sociedad/issue/download/681/223](https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/issue/download/681/223)
  145. Ley 294/1996 del Congreso de Colombia. Se dictan normas prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. 16 de julio de 1996. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5387>

- 
146. Ley 311/1996 del Congreso de Colombia. Se crea el Registro Nacional de Protección Familiar y se dictan otras disposiciones. 12 de agosto de 1996. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2753>
147. FUNCOP - CIMA Memorias de los 6 Coloquios de Medicina Alternativa y Sociedad. (Archivo no disponible por robo a FUNCOP). Disponible algunos contenidos: <https://www.terapieaneural.com/articulos/14-del-concepto/120-el-acto-medico-ante-lo-holistico> ; <https://www.terapieaneural.com/articulos/14-del-concepto/41-el-diagnostico-criticas-y-posibilidades>
148. Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Gobernación del Cauca. Área de Calidad de los servicios de salud. Acta de imposición de medida de aseguramiento No 161. 20 mayo de 2009. Disponible en archivos de la Asociación de Mujeres del Barrio Colombia segunda etapa.
149. Resolución 5978/1992 del Ministerio de Salud. Se adoptan normas técnico-administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas. 30 de junio de 1992. Disponible en: [https://www.funmeda.com.co/wp-content/uploads/2019/02/RESOLUCION\\_005078\\_DE\\_1992.pdf](https://www.funmeda.com.co/wp-content/uploads/2019/02/RESOLUCION_005078_DE_1992.pdf)
150. Resolución 2927/1998 del Ministerio de Salud. Reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud. Diario oficial No. 43358, 10 de agosto de 1998. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n\\_2927\\_de\\_1998.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_2927_de_1998.pdf)
151. Payán JC. ¿Qué es eso de la terapia neural? Revista Colombia: ciencia y tecnología, 1995; 13(1): 20-24. Disponible en: <http://repositorio.colciencias.gov.co/bitstream/handle/11146/1983/1995-V13-N1-Articulos-Art%201.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
152. Departamento de Boyacá. Ordenanza 023 de 2010: Disponible en: <https://www.boyaca.gov.co/?s=ordenanza+023+de+2010>
153. Ley 1122/2007 del Congreso de la República de Colombia.. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fortalecimiento en los programas de salud pública. Enero 9 de 2007. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
154. Domínguez Alarcón, D Evaluación del impacto de la reforma al sistema de salud - ley 1438 de 2011 sobre el estado de salud de la población colombiana. [Internet]. Uniandes; 2016 [citado: 2024, abril] 30 hojas
  155. Wilches G. Vivienda: autoconstrucción, sujetos sociales y transformación de la realidad. Razón Pública. Periódico Web. Julio 2 de 2012 [Internet] [Consultado 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://razonpublica.com/vivienda-autoconstruccion-sujetos-sociales-y-transformacion-de-su-realidad/>
  156. Auto 00281 de 2022 Consejo de Estado - Sección Primera. Febrero 25 de 2022. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=124365>
  157. Torres LC, Vargas GG. Pensamiento Complejo y Sistémico. Editorial Universidad El Bosque. Bogotá, 2018. Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/items/f0e67716-994e-4a07-89aa-3ad62a86ebc3>
  158. Solana JL. El pensamiento complejo de Edgar Morín, en acción. Algunos ejemplos. Revista Gazeta de Antropología, 2019; 35(2) [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=5396#:~:text=Los%20principales%20principios%20del%20pensamiento,ecologizaci%C3%B3n%20del%20pensamiento%2C%20a%20un>
  159. Guerrero L. Del mecanicismo a la complejidad en la biología. Rev. biol. trop [Internet]. 2008; 56 (1): 399-407 [citado 3 de febrero de 2024]. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-77442008000100030&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77442008000100030&lng=en).
  160. Asociación Latinoamericana de Medicina Social -ALAMES. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la muy cuestionada Cobertura Universal de Salud (UHC). Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 42, número especial 1, p. 431-433, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S129. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XVqLGDq3nSxwf8vY45c5Tn/?format=pdf&lang=es>
  161. Decreto 1848/17. Ministerio de Salud y Protección Social. Adiciones al Sistema de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas – EPSI- 8 de noviembre de 2017. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1848-de-2017.pdf>
162. Decreto 1953/2014. Ministerio de Salud y Protección Social. Creación del régimen especial de salud de salud para los territorios indígenas: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural -SISPI. 7 de octubre de 2014. Disponible en: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=59636](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=59636)
163. OMS/Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá / Asociación Canadiense de Salud Pública. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa. Canadá. 1986. Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
164. Sistema Nacional de Información Cultural de Colombia -SINIC . Disponible en: <https://www.sinic.gov.co/SINIC/ColombiaCultural/ColCulturalBusca.aspx?AREID=3&SECID=8&IdDep=19&COLTEM=216#:~:text=En%20el%20Cauca%20se%20encuentran,pobladores%20negros%20conservan%20sus%20tradiciones>
165. Cruz LD. La cultura política y de participación en la república de Colombia. Ciencia Nueva. Revista de historia y política, 2021; 5(1): 121-141 DOI: <https://doi.org/10.22517/25392662.24487> - pp 121-141.
166. Caballero H. Comunidades indígenas del cauca y la lucha por la tierra [Internet]. sitio Web Semillas.org.co. [cited 2024 Feb 25]. Disponible en: <https://www.semillas.org.co/es/comunidades-indgenas-del-cauca-y-la-lucha-por-la-tierra>
167. Gómez NY, León MA, Moreno LP, Rodríguez M, Romero D. Indígenas del Cauca, una lucha por el territorio y la identidad. Universidad Santo Tomás. Facultad de Psicología, 2020. [Internet]. [cited 2024 Feb 25]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/34891/2021danielaromero.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
168. Morales MC. Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo? 18 cuadernos del Doctorado. Primera edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), 2016: 16-30 Disponible en: <https://medicina.bogota.unal.edu.co/facultad/consejo-de-facultad/actas-cf/category/46-adelantos-editoriales?download=869:investigacion-en-salud-colectiva-entre-ciencias-sociales-y-ciencias-de-la-salud>

169. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev. salud pública*, 2017; 19 (3): 393-395. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642017000300393&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642017000300393&lng=en). <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470> .
170. Sánchez L, Ascanio V, Araque M, Parra J, Ron M. Determinación social versus los determinantes sociales. Reflexiones desde la mirada de la epidemiología crítica. INCLU [Internet]. 8 de noviembre de 2018 [citado 25 de febrero de 2024];:38-51. Disponible en: <https://revistainclusiones.org/index.php/inclu/article/view/2047>
171. Congreso de la República de Colombia. Proyecto de Ley 339 de 2023.Reforma al sistema de salud. Dic 6 2023. Disponible en: <https://consultorsalud.com/texto-definitivo-aprobado-reforma-a-la-salud/>