



**Entendiendo la salud de las personas y los ecosistemas desde una perspectiva de salud amazónica**

## Principales hallazgos del proyecto Una Amazonía en Colombia

### 1 Una Amazonía, muchas Amazonías

Entre los años 2021 y 2024, en Colombia, Ecuador y Perú, un consorcio formado por instituciones académicas y ONGs, junto a los pueblos y nacionalidades indígenas, campesinas y afrodescendientes y sus organizaciones implementaron el proyecto *One Amazon: A One Health assessment of emerging epidemic threats and resilience among Amazonian indigenous peoples, in the light of responses to the COVID-19 pandemic*.

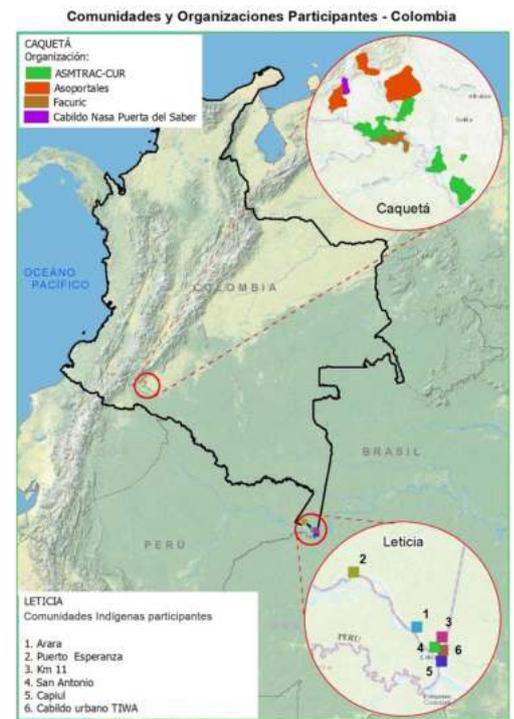
A nivel regional, el proyecto fue liderado por el Instituto del Bien Común-IBC; Y en Colombia por la Universidad del Valle-Univalle, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía / Instituto Amazónico de Investigaciones, IMANI (Colombia) y GAIA Amazonas, con fondos del Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo IDRC (Canadá).

El proyecto Una Amazonía fortaleció la reflexión colectiva y dio fundamental relevancia a la organización, los recursos terapéuticos, alimentarios y comunitarios. A pesar de los profundos impactos en la vida y la salud, los pueblos y nacionalidades indígenas, afrodescendientes y campesinas y sus organizaciones en la Amazonía de Colombia, Ecuador y Perú demostraron su creatividad para hacer frente a la crisis durante y después de la pandemia de la COVID-19. Los hallazgos muestran la resiliencia y la capacidad de cuidado de los pueblos amazónicos para enfrentar futuras epidemias o cambios socioambientales que pongan en riesgo la vida.

## Los dos nodos en Colombia: Organizaciones y comunidades Campesinas Afrodescendientes, mestizas e Indígenas en Caquetá y Leticia

En **Caquetá** participaron campesinos y población afrodescendiente representados por la Coordinadora Departamental de Organizaciones Sociales, Ambientales y Campesinas del Caquetá, COORDOSAC; y el Cabildo Indígena Nasa Puerta de Saber.

En el **Nodo Leticia** en el sur del Departamento de Amazonas participaron Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas como AZCAITA, ACITAM, ATICOYA y cabildos indígenas como TIWA y CAPIUL que representan a más de 25 pueblos, entre ellos gente de los pueblos Magütá, Murui, Muinane, Miraña, Yukuna y Tanimuka.



## 2 Investigación, capacitación e incidencia política para el cambio

La **Amazonia colombiana** se distribuye en 10 departamentos del país. Es una región ambiental y culturalmente diversa, habitada por cerca de 70 etnias indígenas y una vasta población mestiza asociada a procesos históricos de colonización. Dentro de la región se identifican dos subregiones: una **Amazonía más cercana a la cordillera de los Andes**, más conectada con la economía nacional, más poblada y con mayor intervención humana, que abarca los departamentos de Caquetá, Putumayo, Guaviare y partes de Cauca y Meta; y una **Amazonía oriental** que incluye Amazonas, Guainía, Vaupés y parte de Vichada, caracterizada por su aislamiento geográfico, baja colonización, alta presencia indígena y una economía de enclave. Las diferencias entre estas subregiones resaltan la heterogeneidad de la Amazonía Colombiana y, en consecuencia, las complejidades para el abordaje de las crisis, la salud y el cuidado de la vida. Por esta razón el modelo de intervención del proyecto procuró abordar estas particularidades en dos nodos de trabajo de campo en la región amazónica colombiana.



El proyecto articuló cuatro marcos conceptuales y metodológicos diferentes:

- El Enfoque Ecosistémico en Salud, Ecosalud y las determinaciones sociales de la salud como forma de comprender la salud desde una perspectiva crítica.
- La Investigación - Acción Participativa, IAP como forma de aproximarnos a los territorios, las personas y los problemas.
- Las ontologías amazónicas, las prácticas y los sistemas propios de conocimiento como forma de incorporar el conocimiento y las perspectivas amazónicas.
- El género desde la mirada de los pueblos y nacionalidades amazónicas.

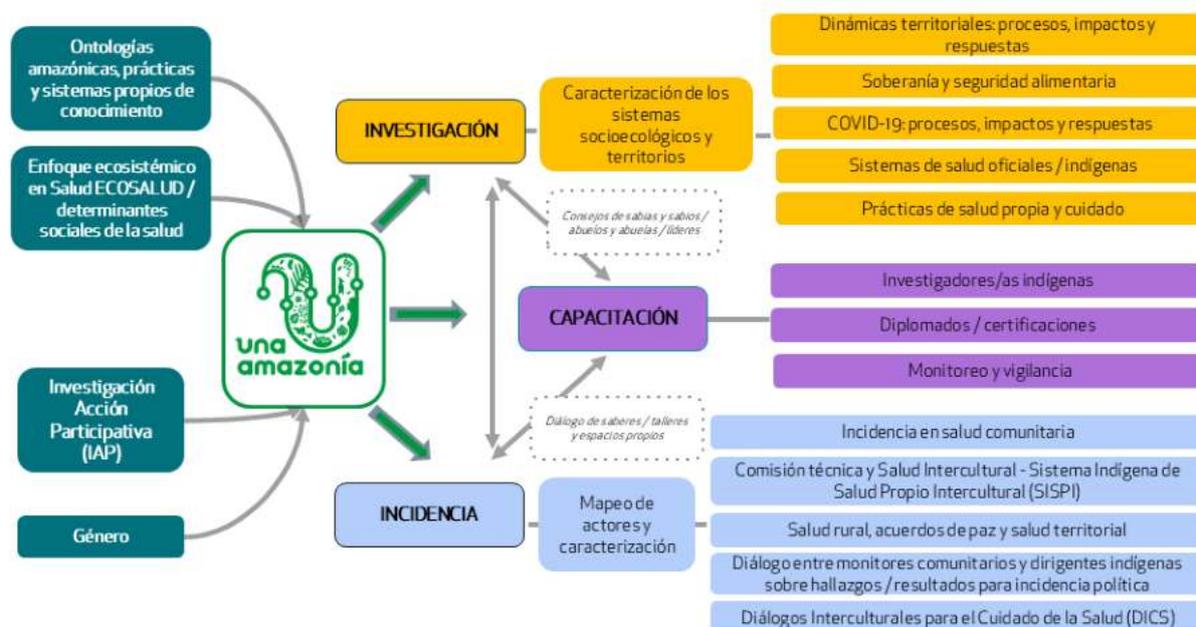


En el **Nodo Caquetá**, se implementaron metodologías mixtas de investigación con enfoque participativo que permitieron construir una línea de tiempo inicial con líderes y lideresas comunitarios. La aplicación de cartografía social y el análisis de información secundaria en salud ayudó al diseño y aplicación de una encuesta poblacional. Estos resultados sirvieron de base para la implementación de instrumentos cualitativos como entrevistas a profundidad y grupos focales. La integración de los datos permitió una comprensión situada y validada con las comunidades campesinas, afroamericanas e indígenas y sus organizaciones.

El **Nodo Leticia**, trabajó de manera estrecha con la Comisión Técnica de Salud Intercultural (CTSI), conformada por autoridades indígenas de todo el departamento y representantes de diversas instituciones del sector salud. Las metodologías se integraron en los espacios tradicionales, como los mambeaderos, chagras y fogones, garantizando un enfoque de género y una participación efectiva. A través de la investigación-acción colaborativa y se implementaron metodologías propias de la antropología, como la observación participante y la etnografía. Además, se diseñaron y validaron, en conjunto con las comunidades, los principales instrumentos de investigación, entre ellos: líneas de tiempo, entrevistas en profundidad con familias, talleres sobre género y territorio, así como diálogos en torno a los fundamentos del cuidado de la vida. La retroalimentación constante en estos espacios aseguró que los objetivos del proyecto contribuyeran al fortalecimiento de los procesos comunitarios en curso.



**Figura 1. Modelo de intervención de Una Amazonía en Colombia**



## 3 Principales hallazgos y resultados

Los hallazgos y resultados del proyecto Una Amazonía en Colombia aportan nuevo conocimiento científico y social para repensar la forma de implementar la salud, la alimentación, la ocupación del territorio y el desarrollo de la Amazonía, fortaleciendo la colaboración entre las comunidades y organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes junto a las y los investigadores académicos y sus instituciones.



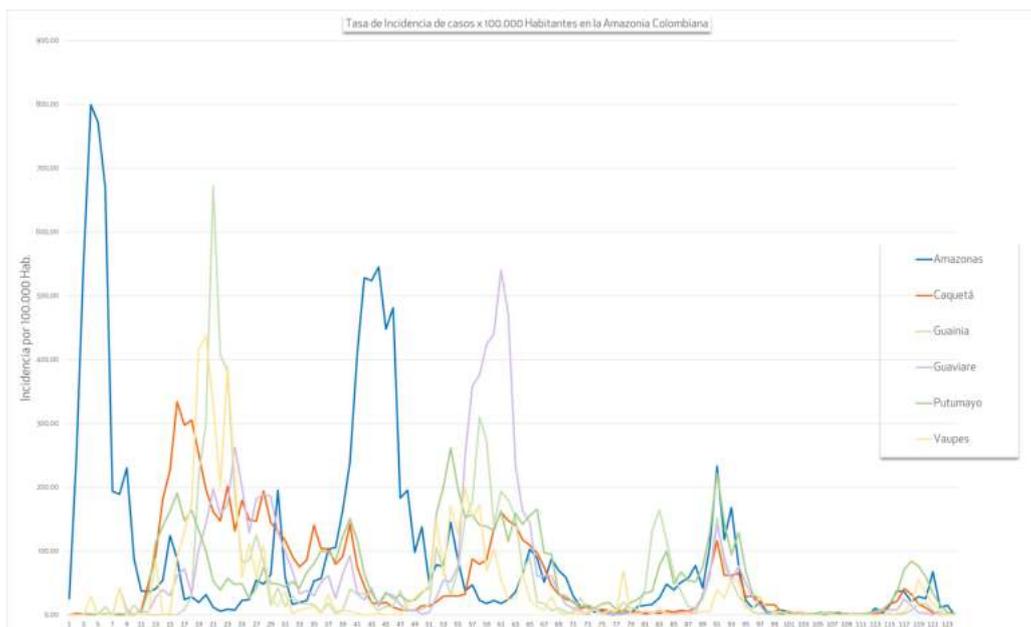
### 3.1 Conocimiento y prácticas propias asociadas a la disminución de riesgo de contagio de COVID-19

#### 3.1.1 La revalorización de las prácticas y los sistemas propios de conocimiento de los pueblos indígenas y comunidades campesinas, afrodescendientes amazónicas contribuyó a disminuir el riesgo de contagio de COVID-19

La respuesta sanitaria gubernamental durante la pandemia de la COVID-19 no llegó a todas las comunidades amazónicas, mostrando una insuficiente presencia de los servicios de salud en los territorios. La Figura 1 muestra el riesgo de ocurrencia por habitante entre 2020 y 2022 y hace evidente el primer pico en el departamento del Amazonas que desbordó la capacidad de respuesta de los servicios. En el Caquetá, debido al mayor tamaño de la población este riesgo se diluye en el indicador departamental.

Para los pueblos indígenas amazónicos toda enfermedad tiene un origen y una cura. La respuesta comunitaria, basada en el saber ancestral y campesino, implementó prácticas comunitarias en salud, activó la organización mediante el establecimiento de cercos comunitarios con guardias comunitarios e indígenas, aislando casos probables de contagio con cuidados solidarios y utilizando técnicas de la medicina tradicional como sahumeros, vaporizaciones, bebidas curativas, frotaciones y rezos para proteger los territorios y a las personas. Como resultado, si bien, una parte de quienes vivían en las comunidades estudiadas tuvo síntomas similares a los de la COVID-19, muy pocos fallecieron.

**Figura 2. Tasa de incidencia COVID - 19 región Amazónica Colombiana.**



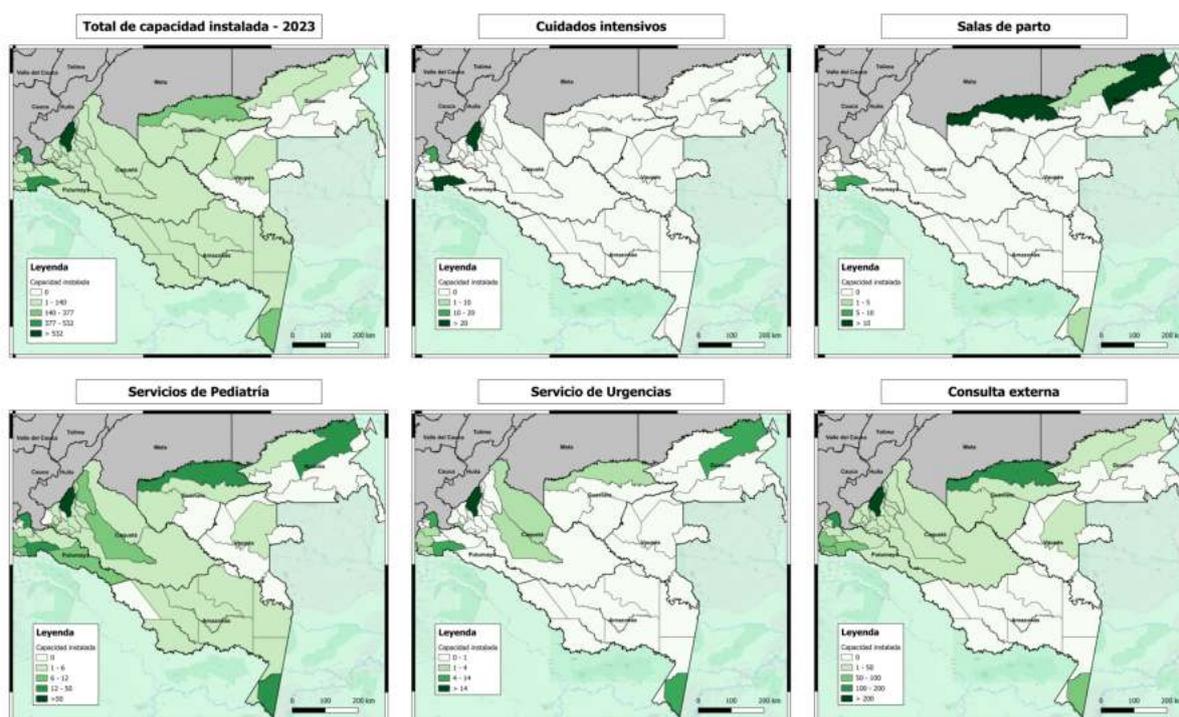
- En Caquetá, durante la pandemia, el 82% de las familias encuestadas en dos comunidades con población campesina, afrodescendiente e indígena, reportó no haber solicitado asistencia formal, pese a que el 59% manifestó haber tenido síntomas similares a los de la COVID-19 en al menos un miembro de su familia. Solo un 12% fue diagnosticado a través de un servicio de atención en salud. La estrategia principal para el manejo de los síntomas consistió en el uso de remedios caseros, empleados por el 75% de las personas afectadas. En las comunidades de estudio se alcanzó una baja cobertura de vacunación debido tanto el bajo acceso a los servicios de salud como al rechazo a las vacunas asociado a la desconfianza en el Estado. Solo en el 35% de las familias se vacunaron todos sus miembros y, en muchos casos, con esquemas incompletos.
- En Leticia, reportes del sistema de vigilancia epidemiológica mostraron que en el departamento de Amazonas se registró el primer pico de casos de COVID-19 del país. Rápidamente, el sistema local de salud pública se vio desbordado y los indicadores de letalidad y mortalidad superaron la tasa nacional en 7,8 veces. Las redes de cuidado de médicos tradicionales se extendieron dentro y fuera de las comunidades, estudiando plantas y compartiendo conocimientos. El papel de las mujeres como nutridoras y conocedoras de las plantas medicinales fue determinante. Las plantas utilizadas con mayor frecuencia fueron la Abuta (*Abuta grandifolia*), el Jengibre (*Zingiber officinale*), el Botoncillo (*Spilantes oleracea*) y el Achiote (*Bixa orellana*).



### 3.1.2 Las organizaciones amazónicas comenzaron a reivindicar, como parte de sus luchas, las prácticas y conocimiento de salud que fueron efectivos durante la pandemia de COVID-19, pese a que los sistemas de salud no los incorporan formalmente

Las condiciones del sistema de salud colombiano en la región amazónica, territorio biodiverso habitado por identidades étnicas indígenas, campesinas y afrodescendientes, evidencian una brecha de inequidad estructural en la disposición y acceso a los servicios de salud al igual que en las políticas sectoriales diseñadas e implementadas en la región. Esta brecha es producida y reproducida por la concepción y arreglos institucionales del mercado de aseguramiento en salud que termina afectando el goce del derecho fundamental a la salud en estos territorios con poblaciones racializadas y geográficamente dispersas. La inequidad estructural en la prestación y el acceso a los servicios de salud se refleja en menores porcentajes de población afiliada al sistema de salud, predominio del régimen subsidiado con respecto al promedio nacional, y en la deficitaria capacidad instalada de los centros de atención (Fig. 3) y que fueron críticas durante la pandemia por COVID-19.

**Figura 3. Capacidad instalada en la región Amazónica Colombiana en diferentes servicios**



En la complejidad del contexto amazónico colombiano, los pueblos que lo habitan han establecido múltiples mecanismos de supervivencia, donde la resiliencia comunitaria se ha organizado históricamente para responder a las adversidades en el marco de la movilización social desde diferentes repertorios de acción colectiva. Logrando la entrada en vigor de un sólido marco legal y normativo que, para las comunidades Campesinas, Afrodescendientes y mestizas, vincula de manera específica el Plan Nacional de Salud Rural incluido en el Acuerdo de Paz firmado con las FARC-EP en 2016 y para las Comunidades Indígenas reconoce y reglamenta la necesidad de adoptar un enfoque de interculturalidad en salud y de autonomía cultural, que incluye la concertación y coordinación de los planes y la atención con los gobiernos indígenas reconocidos por ley a través del SISPI (Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural)

En Caquetá, las Organizaciones sociales campesinas Afrodescendientes y mestizas, en el 2021 posterior a la crisis de la pandemia, en el marco del llamado estallido social en Colombia, pusieron un conjunto de demandas en la agenda política gubernamental. Así, los Acuerdos de Altamira lograron una serie de acuerdos alcanzados entre el gobierno colombiano y grupos de campesinos e indígenas en los departamentos de Caquetá y Meta en Colombia, abordando deudas históricas con el campo colombiano, incluyendo la eliminación de barreras para el acceso y formalización de la tierra, estigmatización y falta de reconocimiento de las ZRC (Zonas de Reserva Campesina) como un medio para consolidar un estilo de vida campesino y en salud estos acuerdos implican el desarrollo del Plan Nacional de Salud Rural incluido en el Acuerdo de Paz firmado con las FARC-EP en 2016 acordando la mejora y dotación de puestos de salud así como la posibilidad de avanzar en el fortalecimiento de la red pública de servicio.



En el contexto del Departamento del Amazonas, Colombia, la Comisión Técnica de Salud Intercultural (CTSI) venía desarrollando reuniones con el propósito de construir el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI). Sin embargo, con la llegada de la pandemia, este espacio no fue reconocido como un mecanismo legítimo para la articulación entre la respuesta institucional y las comunidades indígenas. Tras la emergencia sanitaria, las comunidades y organizaciones han reivindicado su capacidad para prevenir, proteger y cuidar la vida, lo que ha impulsado nuevamente la construcción del SISPI. A partir de los aprendizajes derivados de la gestión comunitaria durante la pandemia, se ha fortalecido la documentación de los fundamentos culturales del cuidado de la vida, y se ha iniciado la sistematización de los modelos propios de atención en salud basados en la experiencia organizativa adquirida en dicho contexto.

El reconocimiento del espacio ganado por las comunidades indígenas permitió la creación e institucionalización de la CTSI en el Departamento del Amazonas. Paralelamente, el decreto que regula el SISPI es el resultado de varias décadas de movilización indígena y constituye tanto un mecanismo de interculturalidad en salud como un instrumento de autonomía para los gobiernos indígenas en la definición de las estrategias de cuidado de sus territorios. Este marco normativo contempla la adaptación de los servicios de salud como parte del pluralismo cultural reconocido constitucionalmente en Colombia.

No obstante, a pesar de estos avances, persisten significativas resistencias dentro de las instituciones de salud para reconocer el derecho de los pueblos indígenas a ejercer sus propias prácticas de prevención y curación. Esto se evidencia en restricciones como la prohibición del ingreso de médicos tradicionales a los hospitales, la negación del uso de plantas medicinales en estos espacios y la imposición de programas de prevención que no se ajustan a las particularidades socioculturales de cada comunidad.

### 3.1.3 La memoria colectiva, la organización comunitaria y las prácticas ancestrales de cuidado permitieron enfrentar la desinformación y el miedo al contagio y la muerte por COVID-19

La forma en la que los gobiernos y servicios de salud trataron la muerte y el luto desconoció las prácticas ancestrales y comunitarias, generó el rechazo de las comunidades a la medicina occidental, incluidas las vacunas. Diversos medios, incluidos el ministerio de salud, promovieron mensajes que generaron temor y paralizaron la acción colectiva. Para muchos pueblos indígenas amazónicos, el miedo es una sustancia o materialidad que puede transformar y hacer más vulnerable al cuerpo, predisponiendo a las personas a un ataque más mortífero de una enfermedad como la COVID-19. Por esto, 'combatir la enfermedad del miedo' no es una metáfora sino un principio de prevención y protección corporal y de cuidado de la vida. En múltiples expresiones étnicas y campesinas las comunidades superaron el miedo y la desinformación evocando su experiencia ancestral basada en la memoria colectiva, compartiendo conocimientos y prácticas, realizando rituales colectivos de protección, organizándose para cuidar a los enfermos y garantizando que toda la población accediera a las medicinas tradicionales y los cuidados, a través de redes de reciprocidad que emergieron con particularidades en cada territorio.



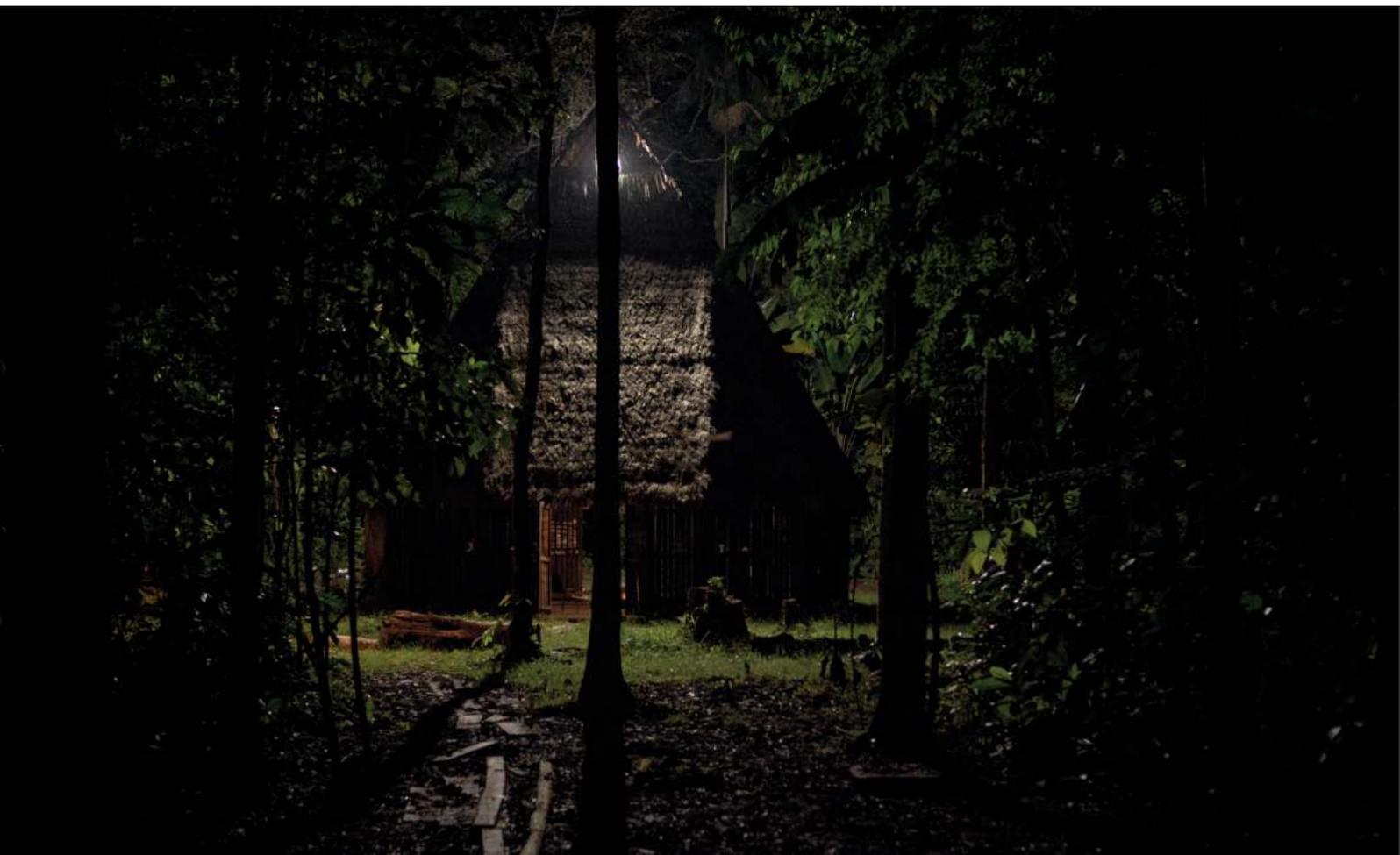
- En **Caquetá**, las dificultades para implementar los protocolos nacionales, **un sistema de salud centrado en los afiliados y no en los territorios, unido al miedo y la desinformación, fueron barreras que profundizaron la desconfianza de las comunidades rurales hacia el sistema de salud.** En lugar de fomentar el aislamiento social como promovía la política nacional de salud, las comunidades se organizaron, se unieron y fortalecieron lazos de solidaridad para compartir prácticas, medicinas y alimentos en un proceso que denominaron "cuidado comunitario". Las mujeres fueron las principales encargadas de cuidar y mantener los espacios para autoconsumo y tuvieron un papel central en el cuidado a través de alimentos y el uso de plantas medicinales. Muchas personas que vivían en áreas urbanas llegaron a las comunidades buscando reducir el riesgo de contagio, mejorar su acceso a alimentos y para utilizar medicinas preparadas por los sabedores y sabedoras.

- En **Leticia**, al inicio de la pandemia, cuando la enfermedad estaba llegando y los sistemas de salud no daban abasto, la comunicación oficial y los mensajes que circulaban en las redes sociales generaron mucho miedo. **Las muertes iniciales en los hospitales y el irrespeto a las prácticas funerarias de cada pueblo** por razones de bioseguridad, llevaron a las comunidades a **cerrar sus territorios en todo el Trapecio Amazónico colombiano para aislarse de personas externas**. Sin embargo, en las comunidades, no hubo aislamiento. Recordaron lo que habían hecho sus antepasados para enfrentar epidemias anteriores y compartieron sus experiencias y conocimientos en el uso de plantas y rezos para protección y tratamiento colectivo. **Abuelas y abuelos sabedores y organizaciones comunitarias protegieron y cuidaron colectivamente a los enfermos, tanto de sus comunidades como de otras comunidades e incluso no indígenas de la ciudad**. La respuesta desde los conocimientos y la comunidad motivaron la reflexión sobre sus modelos propios de salud como contribución a la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural, SISPI.

### 3.1.4 La cosmovisión amazónica de respeto y cuidado de la vida centrada en las relaciones entre humanos, otros seres y el territorio no dialoga con visiones utilitarias e instrumentales de la naturaleza

Para los pueblos indígenas amazónicos, la salud humana no depende de los servicios ecosistémicos que brinda la naturaleza sino de normas y prácticas basadas en el cuidado de las relaciones que se establecen entre los humanos, los entes (más que humanos), los demás seres que coexisten en los territorios. Como todo está dotado de vida y tiene 'dueño', los humanos deben coexistir con seres "más que humanos". El bienestar de las personas solo es posible si se mantienen relaciones de respeto y cuidado entre los humanos y los demás seres que habitan los territorios. Las enfermedades se asocian a prácticas predatorias, al descuido, la desobediencia o el mal manejo de las relaciones entre todos los seres. Para algunos pueblos amazónicos el comportamiento de las personas determina la forma que asumirán en una nueva vida. Esta forma de ver la vida cuestiona la lógica cultural del capitalismo global basada en una visión utilitarista e instrumental que concibe a la naturaleza como proveedora de servicios y recursos.

En **Leticia**, los pueblos amazónicos consideran que las relaciones que establecen los humanos con los demás seres vivos y los dueños de los territorios son la base para prevenir y protegerse de enfermedades. El 'cuidado de la vida' por parte de los abuelos y abuelas sabedoras involucra el manejo de todas esas relaciones, para el bienestar no solo de los humanos, sino de todo el territorio. El descuido, el desconocimiento o la infracción de reglas de relacionamiento o 'dietas' pueden resultar en enfermedades. Esto sucede, por ejemplo, cuando la minería libera sustancias peligrosas del subsuelo. Para muchos pueblos, los antiguos guardaron en el subsuelo las enfermedades o 'calenturas' del mundo que, al ser extraídas ávidamente por la minería, traen enfermedades que no siempre pueden ser manejadas por los sabedores, aumentando el riesgo de extinción de esta humanidad.



### 3.1.5 La lucha histórica de las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes por el territorio se profundiza con una lucha por el cuidado de vida y por su autodeterminación

En Colombia, **las luchas sociales han estado históricamente vinculadas a la tenencia de la tierra, la defensa del territorio, la garantía de condiciones de vida dignas, la construcción de la paz, la consolidación territorial y la promoción de un futuro sostenible.** En términos generales, dichas luchas se orientan hacia la protección de la vida en su sentido más amplio.

En la actualidad, se encuentra en debate una reforma al sistema de salud colombiano, cuyo objetivo es corregir un modelo de corte neoliberal que ha priorizado la salud como un negocio en lugar de reconocerla como un derecho fundamental. La propuesta de reforma busca fortalecer la capacidad del Estado para garantizar una atención primaria efectiva, así como mejorar los mecanismos de prevención en múltiples regiones del país que han sido históricamente desatendidas. Esto resulta especialmente relevante en territorios con una alta presencia de comunidades indígenas y afrodescendientes, como la región amazónica y el Pacífico.

Cabe destacar que **estas luchas sociales se articulan desde las bases comunitarias, siendo los casos de Caquetá y el Amazonas ejemplos concretos de la resistencia y organización de diversos colectivos.** La participación de estas organizaciones refleja la continuidad de una lucha histórica por el acceso equitativo a derechos fundamentales en el país.



**En Caquetá,** los campesinos mestizos han vinculado sus luchas con el cuidado de la vida, mediante relaciones decoloniales y biocéntricas caracterizadas por la cooperación con otros movimientos sociales y con seres no humanos. Estas incluyen **la construcción de contradiscursos que disputan las espacialidades de la industrialización agraria, la conservación y la militarización promovida por los gobiernos neoliberales en el contexto de un conflicto armado y social de larga duración.** Un elemento central del discurso y las agendas de las organizaciones campesinas del Caquetá es la construcción de paz, de cara a la transformación de un contexto de conflicto armado, lo que pasa por una comprensión de la paz que va más allá de la ausencia de violencia, para comprenderla como la garantía de las condiciones necesarias para el bienestar de las comunidades y los territorios. Con esto, las organizaciones contraponen un discurso y una serie de acciones asociados al cuidado de la vida, con una realidad organizada en torno a la exclusión, la violencia y la muerte. También, para el Cabildo Indígena Nasa Puertas del Saber, la conservación y transmisión de los saberes ancestrales en torno a las plantas medicinales y los alimentos, ocupa un lugar central dentro de sus luchas políticas y sus actividades colectivas, reconociendo que, mediante la puesta en práctica de estos conocimientos, se vincula el cuidado de la vida humana y de la naturaleza.

**En Amazonas,** como en general en el contexto de la Amazonia Oriental la reivindicación del movimiento indígena va en el sentido de la autonomía y la gestión integral de sus territorios sustentada en los principios de sus sistemas de conocimiento propio y con una articulación respetuosa con las autoridades de nivel departamental y nacional. **Se busca la protección de la diversidad cultural tanto como de la diversidad biológica en los territorios, frente a las amenazas en los territorios. El movimiento indígena ha venido transformando los términos y la forma de relación con el Estado, y el concepto de Cuidado de la Vida** es un ejemplo de nuevos enfoques para abordar mas integralmente lo que se acostumbra tratar como salud, de manera que estos conceptos ya se comienzan a reflejar en procesos del movimiento indígena en otros departamentos Amazónicos y en el proceso nacional.

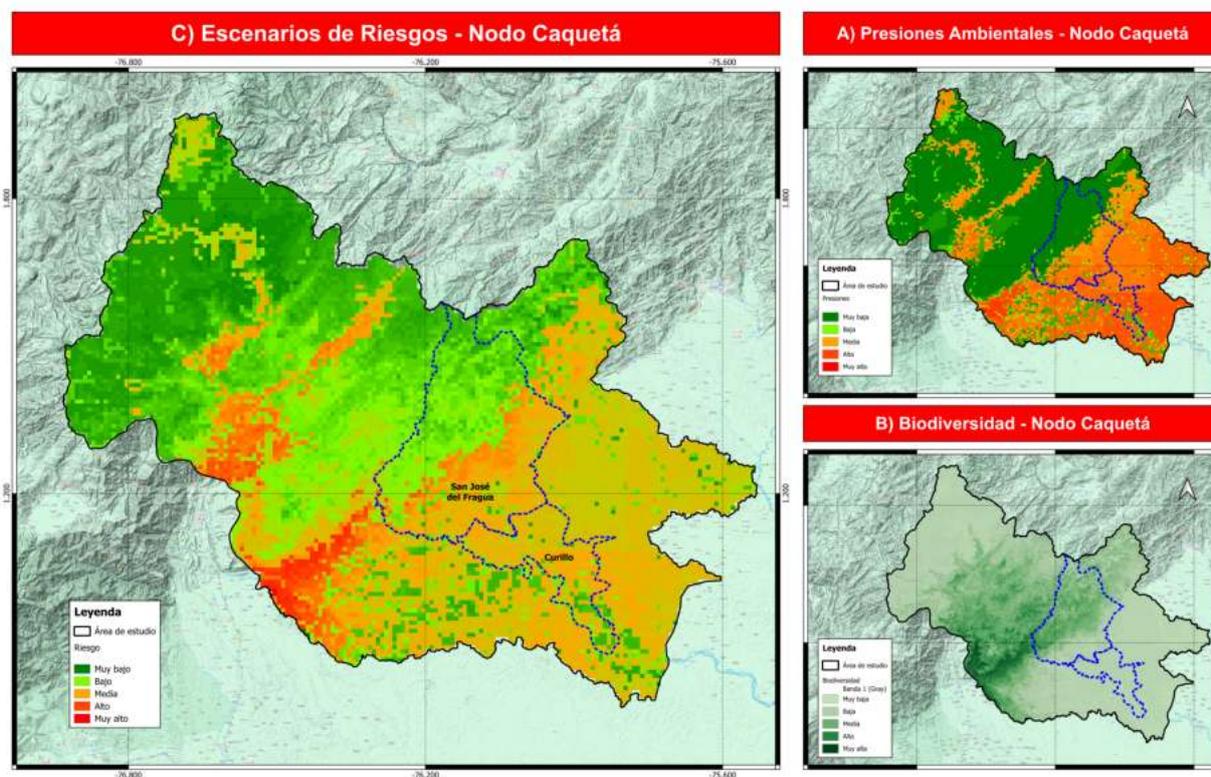
## 3.2 El modelo de desarrollo hegemónico de la Amazonía atenta contra la salud de las personas, de los otros seres vivos y de los ecosistemas

### 3.2.1 El modelo extractivista de desarrollo promovido en la Amazonía que fragmenta los territorios y los ecosistemas silvestres aumenta el riesgo de enfrentar nuevas enfermedades zoonóticas

El modelo de desarrollo amazónico basado en enclaves productivos extractivos, despojo y violencia impacta y degrada los ecosistemas y empobrece a las comunidades, aumentando el riesgo de zoonosis. Durante los últimos 5 años, en especial durante la pandemia, en la Amazonía colombiana aumentó la tasa global de deforestación asociada a la ganadería, el acaparamiento de tierras, la proliferación de monocultivos, una mayor urbanización y la expansión de actividades extractivas legales e ilegales. Como consecuencia, muchas especies silvestres que se asocian a estabilidad ecosistémica han desaparecido de los territorios próximos a las comunidades producto de estas presiones. Las dinámicas de contagio de enfermedades zoonóticas siguen interacciones y patrones complejos, por lo que este reacomodo de especies de fauna silvestre y seres humanos en los territorios puede aumentar el riesgo de transmisión de nuevas enfermedades.

En Caquetá, se identificaron escenarios posibles para la emergencia de nuevas epidemias. Un análisis ecosistémico multicriterio identificó "hotspots" en los que se incrementa el riesgo de aparición de nuevas enfermedades zoonóticas debido a la combinación de una alta presión ambiental (aumento de la deforestación, la minería y la explotación petrolera) en zonas de alta biodiversidad. Las especies sombrilla, como el jaguar (*Panthera onca*), el puma (*Puma concolor*), el pecarí (*Pecarí tajacu*), el mono lanudo (*Lagothrix lagotricha*) y la danta (*Tapirus terrestris*), son representativas de ecosistemas biodiversos y conservados en territorios altamente impactados por actividades extractivas. El análisis de la distribución espacial de estas especies muestra una menor presencia frente a especies más pequeñas, potencialmente más propensas a transmitir enfermedades a los seres humanos. Las zonas de amortiguación de áreas protegidas son particularmente vulnerables generando áreas críticas de alto riesgo (fig. 4).

**Figura 4. Análisis multicriterio para caracterizar escenarios de riesgo de nuevas epidemias en el departamento de Caquetá, Colombia**



En el análisis del nodo Leticia, Colombia, la pandemia no tuvo su origen en las transformaciones del uso y el relacionamiento de humanos con el ecosistema, sino en la movilidad global de personas, con los primeros contagios a partir turistas. Las zoonosis resultan de relaciones complejas entre humanos y animales que, en las ciudades, se ven potenciadas por varios factores como el incremento de la movilidad, las desigualdades en el acceso a servicios públicos, el hacinamiento y las malas condiciones de vivienda de una gran parte de los pobladores. En las ciudades amazónicas, son mayoritariamente los indígenas desplazados de sus territorios por situaciones de violencia o extractivismo los más vulnerables afectando en forma diferenciada a hombres y mujeres.

### 3.2.2 El modelo de urbanización de la Amazonía no solo agrava los problemas de salud, zoonosis e inseguridad alimentaria, también invisibiliza la diversidad y vulnerabilidad de la población migrante y dificulta sus formas del cuidado de la vida

El proceso de urbanización en la Amazonia plantea desafíos significativos debido a la creciente concentración de población y el incremento en la demanda de recursos, alimentación y servicios en un entorno biogeográfico caracterizado por la complejidad en las comunicaciones y el transporte. Este fenómeno, agravado por un crecimiento acelerado y desordenado, da lugar a problemáticas estructurales que afectan tanto el ordenamiento territorial como la sostenibilidad de la región.

Sin embargo, el problema de la urbanización en la Amazonia no se limita únicamente a cuestiones infraestructurales y de acceso a recursos, sino que también implica procesos de asimilación y negación de las diferencias culturales, particularmente en lo que respecta a los pueblos indígenas, campesinos y afrodescendientes. Las prácticas de cuidado de la vida y la autodeterminación cultural de estas comunidades no solo están vinculadas a su territorio, sino que, en el contexto urbano, suelen ser invisibilizadas por las instituciones y el Estado. En este sentido, la urbanización impone modelos hegemónicos de desarrollo que desplazan y deslegitiman formas alternativas de organización.

Desde un enfoque de Una Salud, es fundamental considerar las condiciones de urbanización en la Amazonia, ya que estas influyen no solo en la propagación de zoonosis y enfermedades infecciosas, sino también en la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como trastornos metabólicos, cáncer y problemas de salud mental. En este contexto, resulta esencial generar un diálogo con las comunidades amazónicas para el diseño de modelos urbanos que promuevan el bienestar integral, reconociendo la diversidad cultural y apostando por la construcción de ciudades para la vida que respondan a las particularidades socioambientales de la región.

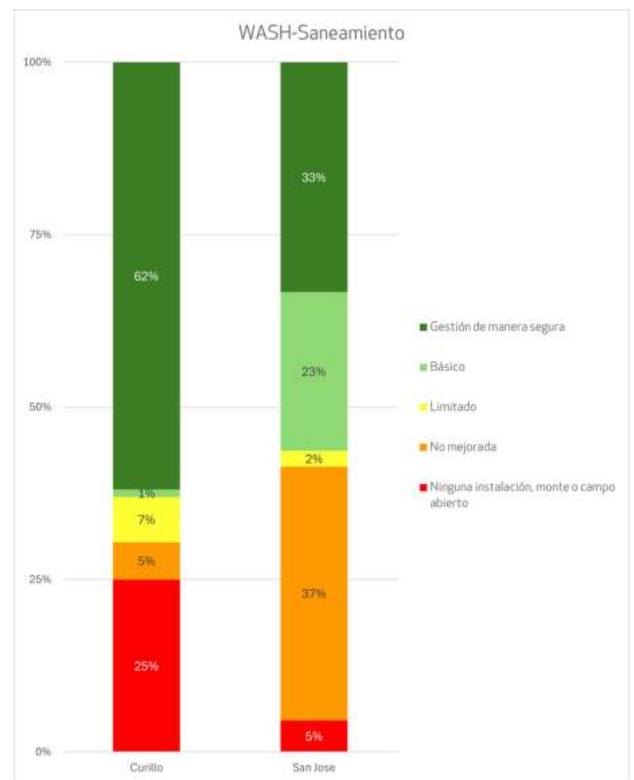


En el caso de Leticia, Colombia, su dinámica está estrechamente ligada a la existencia de la triple frontera entre Colombia, Perú y Brasil. Existe, en este sentido, un proceso de ocupación/urbanización de la frontera por motivos geopolíticos y de soberanía territorial, desde el punto de vista de los tres países. En el caso del Departamento de Amazonas en Colombia, Leticia concentra las infraestructuras e instituciones de salud, de manera que el acceso a servicios de salud (y también educación) es motivo importante de la migración de territorios indígenas a la ciudad. Aunque las dinámicas sociales, culturales, ambientales y de salud tienen dimensiones transfronterizas, las respuestas de los diferentes Estados son fragmentadas, independientes y descoordinadas. En el primer pico del Covid, por ejemplo, el cierre de fronteras nacionales en ese pequeño enclave transfronterizo amazónico solo hizo agravar situación, el miedo y minar la capacidad de una mejor respuesta colectiva. Los procesos de urbanización indígena en Leticia y varias otras ciudades amazónicas implican la vulnerabilidad e invisibilidad de estas poblaciones en contexto urbano, y en este sentido es notorio el papel de las luchas indígenas desde sus sistemas de conocimiento y formas de organización para construir enfoques y formas de articulación intercultural en salud que benefician a la población indígena y no indígena. En este sentido el contexto urbano es también el de la política intercultural con relación al Estado y a las diversas organizaciones indígenas, siendo eje de los procesos de reafirmación reivindicación fortalecimiento de lo propio, como en el caso específico del cuidado de la vida en el proceso del SISPI.

En Caquetá, los procesos históricos de explotación extractiva han dado lugar a la formación de enclaves en pequeñas poblaciones en toda la región. Sin embargo, incluso dentro de estos diminutos poblados, el modelo económico ha demostrado ser incapaz de generar condiciones propicias para el bienestar de las comunidades locales y lograr avances sustantivos en la salud. A nivel de saneamiento, el 67% de los hogares utilizan instalaciones básicas o no mejoradas. Adicionalmente, un diagnóstico participativo indicó que la contaminación procedente de actividades como la minería, la fumigación con agroquímicos, las aguas residuales no tratadas y otros procesos extractivos generan focos de contaminación en la región con un potencial acumulativo que podría afectar al futuro el agua de estas comunidades (fig. 5).

Un análisis de la calidad del agua desarrollado en el proyecto demostró que ningún hogar tiene las normas mínimas de acceso seguro a agua potable. En estos hogares se encontró la presencia de *Escherichia coli* en el 100% de las muestras recogidas y deficiencias en los indicadores de porcentaje de saturación de oxígeno, de fosfatos y otros parámetros microbiológicos. Aunque una análisis para metales pesados y pesticidas en agua y tejidos de peces no revelaron resultados significativos, es necesario seguir vigilando estas fuentes de contaminación.

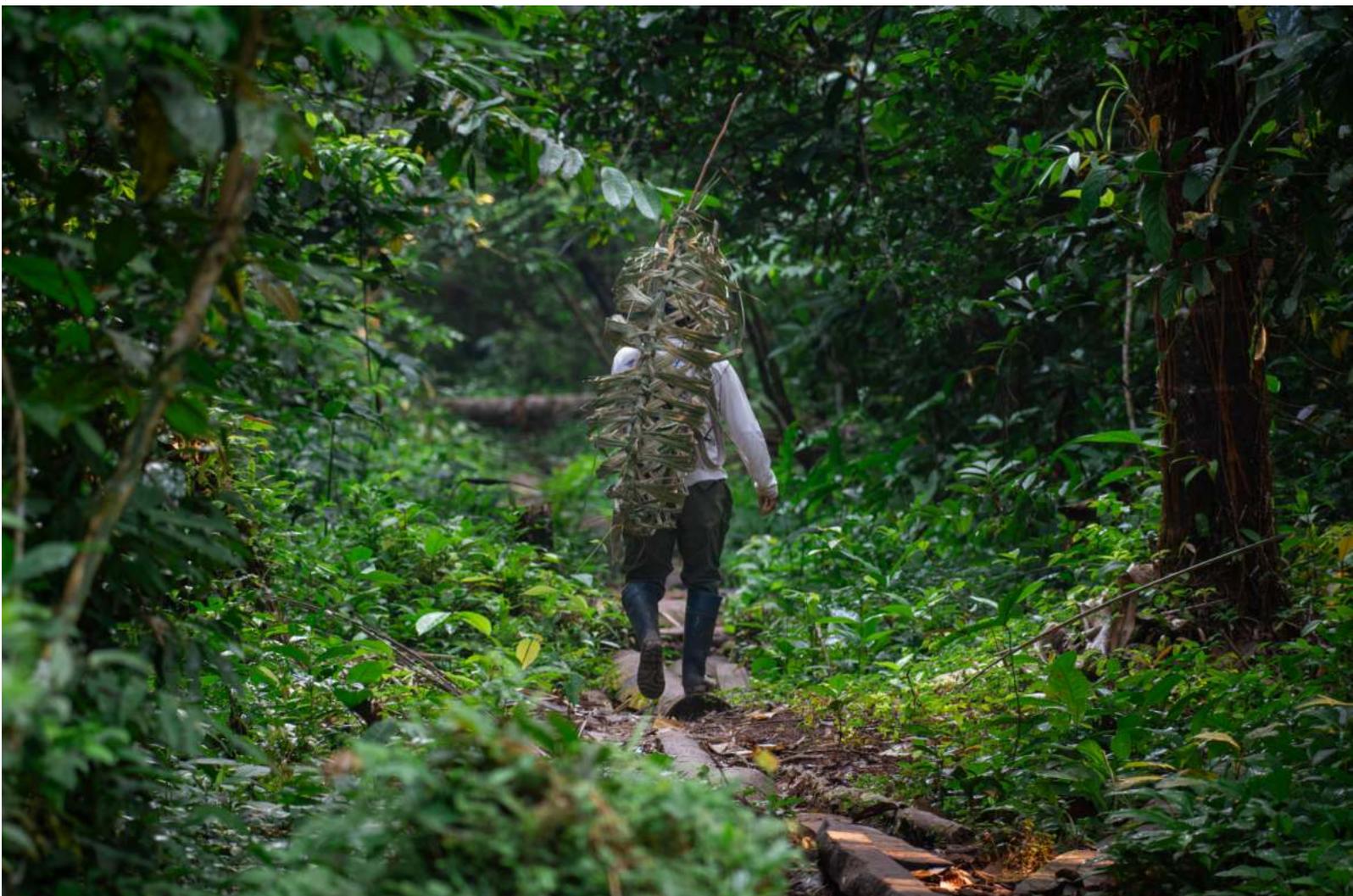
**Figura 5. Resultados de la herramienta WASH de Saneamiento, para Curillo y san José del Fragua en Caquetá - Colombia**



## 3.3 Soberanía territorial y soberanía alimentaria

### 3.3.1 La soberanía territorial y alimentaria de las comunidades amazónicas contribuyó a disminuir el riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria y de exponerse a posibles contagios por COVID-19

Las comunidades con ecosistemas mejor conservados y mayor soberanía territorial y alimentaria tuvieron menor riesgo de enfrentar episodios de inseguridad alimentaria en comparación con aquellas ubicadas próximas a centros poblados. El enfoque de seguridad alimentaria promovido por los gobiernos, que buscó garantizar la disponibilidad y entrega de alimentos a través de los programas sociales, no evitó la inseguridad alimentaria. Y, además, contribuyó a aumentar el riesgo de contagio de la COVID-19, debido a la llegada de personas infectadas que traían alimentos o a la salida a los mercados locales para comprarlos. La seguridad alimentaria de las comunidades amazónicas se asocia, no solo a la integridad ecológica de sus territorios, sino también a la soberanía alimentaria a través del control que ejercen las comunidades sobre los sistemas alimentarios en sus territorios.

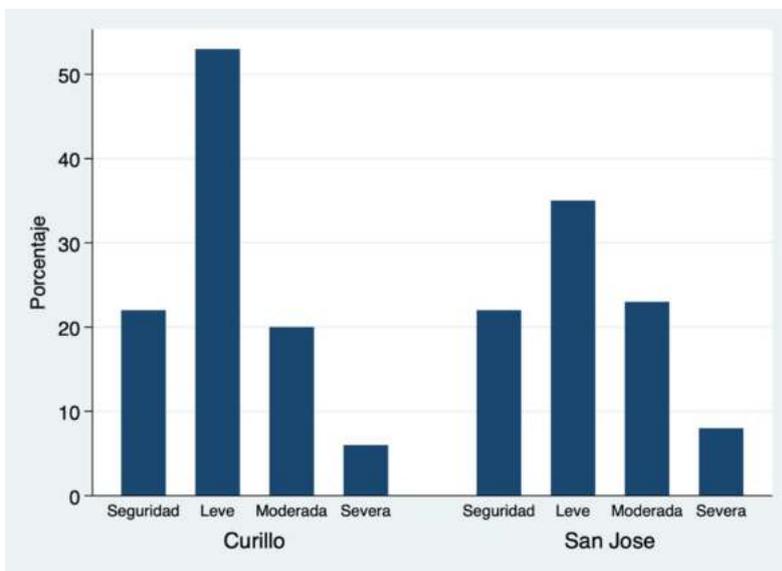


En Leticia, Colombia, el confinamiento para enfrentar la COVID-19 afectó la alimentación de muchas familias indígenas urbanas y periurbanas sin territorio para cultivar, pescar o cazar, cuya alimentación dependía de los ingresos obtenidos en la ciudad con trabajos informales, el turismo y la venta de artesanías. En el contexto rural del Trapecio Amazónico, en comunidades como Puerto Esperanza y Arara ubicadas en grandes resguardos, la mayor parte de las familias tienen chagras, acceden a pesca y cazan animales silvestres, mientras que quienes viven en los cabildos en contexto urbano y periurbano TIWA y CAPIUL tienen más dificultades para conseguir alimentos. Al ser familias sin territorio, la chagra, la pesca y la cacería son excepcionales, limitando su acceso tanto a la alimentación cotidiana como ritual, que es necesaria para cumplir con las dietas especiales por rango de edad o para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad en el ciclo de vida (enfermedad, embarazo). Como el comer es una práctica de socialidad entre humanos y no humanos, más que de 'salud humana' se trata del cuidado de todas las formas de vida, con acciones rituales de protección y prevención que incluyen, de manera muy especial, las restricciones o prescripciones alimentarias.

### 3.3.2 El riesgo de enfrentar situaciones de inseguridad alimentaria es mayor entre las mujeres, los hogares con menor educación formal y las víctimas del conflicto armado que viven en comunidades indígenas, afrodescendientes y campesinas

El desplazamiento forzado asociado al conflicto armado, la presencia de cultivos y actividades extractivas legales e ilegales y el despojo de tierras para beneficiar formas de agricultura extensiva y minería afectan, en forma desproporcionada, a la población indígena, campesina y afrodescendiente que vive en la Amazonía que, además, tiene una alta dependencia alimentaria de la oferta comercial.

Figura 6. Niveles de Inseguridad Alimentaria en los municipios de Curillo y San José del Fragua en Caquetá - Colombia



En Caquetá, Colombia, La inseguridad alimentaria moderada y grave afectó al 30,2% de la población indígena, afrodescendiente y campesina de las comunidades de Currillo y San José del Fragua (Fig 5). Se identificó una relación muy estrecha ente ser víctima del conflicto armado y enfrentar situaciones de inseguridad alimentaria moderada o grave. Siendo los más afectados las mujeres, los hogares con cabeza de hogar con menos educación formal y los que cuentan con sistema de salud subsidiado. Los municipios estudiados presentaron una prevalencia de inseguridad alimentaria del 77%, que es en promedio 22% superior a la prevalencia nacional (54,2%) y departamental (55,5%). El consumo local de alimentos es altamente dependiente de la oferta comercial ya que 4 de cada 5 alimentos que se consumen se compran en mercados y tiendas y solo el 14,08% proviene del autoabastecimiento y el intercambio.



### 3.3.3 Como el tener tierras no garantiza ni la disponibilidad ni el acceso a alimentos, es necesario comprender la soberanía alimentaria desde una perspectiva multidimensional

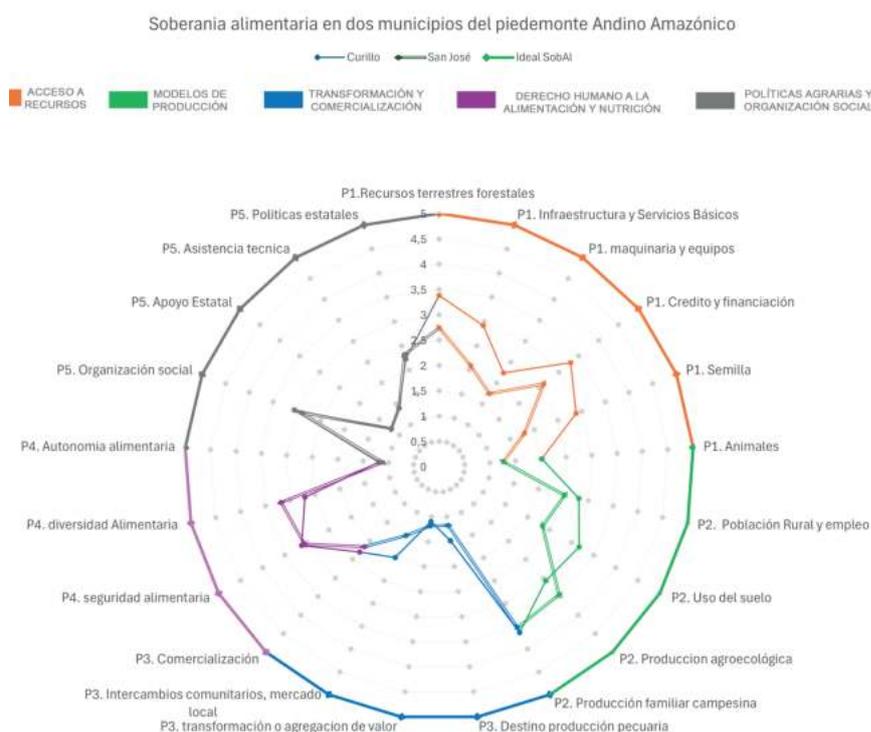
La disponibilidad de tierra no garantiza ni la disponibilidad ni el acceso a alimentos, lo que alerta sobre la necesidad de avanzar hacia una comprensión multidimensional de la alimentación anclada en la noción de soberanía alimentaria más que de seguridad alimentaria. Los hallazgos representan una oportunidad clave para orientar la toma de decisiones hacia la consecución de la soberanía alimentaria. Reconociendo la complejidad de este proceso multidimensional, se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias específicas que fortalezcan cada dimensión identificada, promoviendo un enfoque integral que garantice, progresivamente, el derecho a la alimentación en la Amazonia colombiana



En Caquetá, se identificó un conjunto de indicadores para aplicar a contextos indígenas, afrodescendientes y campesinos que dan cuenta de la complejidad amazónica. Se analizaron 101 variables relacionada a 36 subindicadores agrupados en 17 indicadores y cinco pilares de la soberanía alimentaria que muestran los desafíos que existen para alcanzar una situación de soberanía alimentaria en el contexto local.

Las dimensiones más críticas corresponden a la transformación y comercialización, seguidas de las políticas agrarias y la organización social. La baja puntuación en transformación y comercialización de debe a una marcada dependencia de intermediarios, condiciones precarias de producción y la falta de procesos de transformación de los productos. El bajo desempeño del indicador de políticas agrarias refleja la poca institucionalidad y el abandono estatal. Por otra parte, el acceso a tierra se encuentra limitado en la extensión y la falta de formalización de la propiedad. Además, la ausencia de infraestructura y servicios básicos contribuye a limitar el acceso a una alimentación adecuada de la población rural (fig. 6).

**Figura 7. Indicadores de soberanía alimentaria en dos municipios del piedemonte amazónico en Caquetá, Colombia**



### 3.4 Género

El análisis de género es un enfoque fundamental para comprender las diversas formas en las que se manifiestan la salud y el cuidado, así como las dimensiones asociadas a esta perspectiva. Su aplicación no solo permite identificar las desigualdades estructurales en la organización social del trabajo y el cuidado en contextos rurales e indígenas, sino que también posibilita la identificación y valoración de prácticas alternativas de atención en salud. Estas prácticas, basadas en el cuidado de la vida, ofrecen enfoques integrales que trascienden los modelos biomédicos tradicionales y reconocen la interconexión entre los saberes comunitarios, la equidad de género y el bienestar colectivo.

En Caquetá, Colombia, se identificó una marcada división sexual del trabajo en los hogares, donde las mujeres asumen mayoritariamente el trabajo de cuidado no remunerado debido a las dinámicas de género y la insuficiente cobertura de servicios estatales. Los datos de la población de estudio reflejan que el 73,7% de las mujeres mayores de 18 años se dedica al cuidado en el hogar, mientras que solo el 1,5% de los hombres desempeña esta función. Paralelamente, el 84,5% de los hombres trabaja en actividades campesinas, en contraste con el 28,8% de las mujeres. Esta distribución influye en la seguridad alimentaria, pues los hogares con jefatura compartida presentan menores niveles de inseguridad alimentaria debido a la combinación de ingresos económicos y la gestión de alimentos por parte de las mujeres, quienes además suelen asumir dobles jornadas laborales.

La reducción de la variedad de alimentos producidos en la región ha sido parcialmente mitigada por las mujeres a través de la conservación de prácticas agrícolas tradicionales, como el mantenimiento de huertas familiares y la cría de animales de traspatio. Durante la pandemia, estas actividades resultaron fundamentales para la seguridad alimentaria y el acceso a plantas medicinales, aunque no se tradujeron en un reconocimiento formal del rol femenino en la producción para el autoconsumo.

A pesar de su importancia, el trabajo de cuidado feminizado sigue siendo invisibilizado y escasamente distribuido, lo que limita la participación de las mujeres en espacios organizativos. No obstante, han surgido estrategias para transformar las desigualdades de género, redistribuir parcialmente las tareas de cuidado y fomentar la participación de los hombres en estas labores. Estas iniciativas han permitido ampliar la presencia femenina en espacios comunitarios y posicionar el cuidado infantil como un mecanismo de transmisión de conocimientos y fortalecimiento del bienestar colectivo. Sin embargo, estas transformaciones contrastan con la persistente ausencia de políticas estatales adecuadas, lo que sigue recargando el cuidado sobre las familias y las comunidades.



### 3.5 Una Salud, muchas Amazonias

Si en una Amazonia coexisten muchas Amazonias, los enfoques de salud deben considerar el cuidado de la vida.



La histórica relación entre un modelo hegemónico de desarrollo extractivista de exclusión y la salud de los pueblos en Amazonia es compleja y se manifiesta en múltiples dimensiones. En las comunidades amazónicas son evidentes diversos efectos en la salud, incluyendo, entre otros: los cambios en los patrones de enfermar y morir con aumento de lesiones de causa externa y enfermedades crónicas, los impactos de la contaminación asociados a la urbanización, los problemas de pequeños asentamientos sin agua potable y la contaminación de los ríos por la minería o el riesgo a zoonosis asociado a los impactos en los ecosistemas y a la urbanización. Todo esto, en medio de un contexto de violencia estructural, de conflictos por los recursos y de un modelo que ha acentuado las brechas urbano/rurales.

La construcción de alternativas para favorecer transiciones hacia un futuro sostenible y la disminución de las inequidades en salud requieren la formulación colectiva de estrategias basadas en lo local. Los pueblos amazónicos han mantenido procesos de resistencia desde las organizaciones indígenas, campesinas y afrodescendientes con propuestas que van desde la construcción de sistemas de salud que reconozcan los saberes y formas de organización locales hasta el fortalecimiento de la soberanía alimentaria con procesos autónomos de producción local.

La aproximación de Una Salud puede contribuir en este propósito, pero para ello, además de tener una visión integrada de la salud humana, animal y de los ecosistemas, debe trascender el modelo biomédico y de estilos de vida. Más allá de la necesaria integración que propone Una Salud, se requiere tener una comprensión histórica y situada de los territorios en la que se logren incorporar los saberes ancestrales y otras formas relacionales de ser. La investigación debe partir de las realidades locales, desarrollar procesos legítimos de participación y poner en disputa una visión de desarrollo desde el individuo para favorecer alternativas de Buen-Vivir colectivo que reconozcan el valor intrínseco de todas las formas de vida.

La lucha por la interculturalidad iniciada en el sistema educativo como defensa de una cultura y un idioma propios dieron paso a una lucha por la interculturalidad en salud que, cuenta con un sólido marco legal e institucional y aún en desarrollo. Sin embargo, no todos los países amazónicos promueven una interculturalidad crítica. En muchos casos, la visión, y sobre todo la práctica intercultural en salud, se limita a la traducción de mensajes a los idiomas originarios y la aceptación de algunas prácticas de salud como el parto vertical, desconociendo los conocimientos y prácticas propios. El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT reconoce el derecho de los pueblos y nacionalidades indígenas a sus prácticas ancestrales de salud y a una atención en salud que las respete. Esta es la reivindicación política de las organizaciones amazónicas.

## Créditos

Los resultados y hallazgos que se presentan fueron elaborados por el equipo de investigación del proyecto Una Amazonía conformado en Colombia por Fabián Méndez, Michael Pasaje-Bolaños, Juan Pablo Botache, Valentina Almario Arguello, Juanita Monje y Andersson Ospina en UNIVALLE; Johanna Goncalves, Edgar Bolívar, Diego Garzón, Ana Simbaqueba y Victoria Lasprilla en la UNAL, Sede Amazonía; y Juan Castro de TIWA.

En Caquetá, Colombia, un especial agradecimiento al coordinador local Rigoberto Abello Rodríguez de COORDOSAC y a las y los coinvestigadores comunitarios Etelvina Ramos Campo de Amstracurc, Edusmildo Ríos Alvarado de Asoportales, Marisel Carvajal Estupiñán de Facuric y Diocelina Semanate Muñoz del Cabildo Nasa. En Leticia, Colombia, un especial agradecimiento a Henry Negedeka enlace departamental para la CTSI, así como a las y los especialistas en medicina indígena Bonifacio Agga, Lucinda Vargas y Nicanor Morales del pueblo Murui; Raul Yukuna y William Yukuna del pueblo Yukuna; Rodolfo Tanimuka del pueblo Tanimuka; Paulino Santos, Camilo y Silvia Bautista Manduca del pueblo Magütá.

Nuestro reconocimiento y un agradecimiento especial a Sandra Gagnon del Centro Internacional de investigaciones para el Desarrollo, IDRC de Canadá.

Elaboración: Equipo Una Amazonía Colombia – Universidad del Valle; Universidad Nacional Sede Amazonia.

Textos: Fabian Méndez, Michael Pasaje; Johanna Goncalves; Edgar Bolívar

Fotos: Michael Pasaje

Mapas: Juan Pablo Botache; Pedro Típula

Diseño gráfico y diagramación: Michael Pasaje

Principales hallazgos del Proyecto Una Amazonía - COLOMBIA © 2025

Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle - Sede San Fernando, Calle 4B N° 36-00, Cali – Valle del Cauca

Universidad Nacional de Colombia Sede Amazonia, Av. Vasquez Cobo, Leticia – Amazonas

