# ANÁLISIS DE SITUACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD PROPIA INDÍGENA

## 1. Introducción

El proceso de formulación de una estrategia diferencial en salud que fortalezca las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural para la ciudad de Bogotá requiere un entendimiento profundo de las realidades, necesidades, saberes, barreras y potencialidades entre otras situaciones de los pueblos indígenas que habitan el contexto urbano. Este análisis se realiza bajo el Contrato Interadministrativo 8418986, con una ejecución de actividades desde el 10 de octubre 2025 al 9 de octubre del 2026.

Los pueblos indígenas asentados en la ciudad mantienen prácticas de cuidado, armonización y sanación fundamentadas en sus cosmovisiones, autoridades tradicionales, saberes intergeneracionales y vínculos espirituales con el territorio. Sin embargo, estas prácticas enfrentan tensiones estructurales derivadas de la limitada articulación con el sistema occidental de salud, la insuficiencia de recursos, el débil reconocimiento institucional y la falta de condiciones adecuadas para su desarrollo.

El presente documento constituye un análisis de situación orientado a identificar las principales necesidades, expectativas y desafíos que atraviesan los equipos de salud indígena en el marco del proceso MAI (Modelo de Atención Intercultural). A partir del diálogo colectivo desarrollado mediante el círculo de la palabra con representantes de los doce pueblos indígenas, se recogieron voces, experiencias y reflexiones que permiten comprender cómo se concibe la salud propia, cuáles son sus barreras actuales y qué transformaciones resultan prioritarias para su fortalecimiento.

Este análisis integra tanto las relatorías comunitarias como los referentes normativos y académicos en materia de salud intercultural, en coherencia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Educación Nacional y las orientaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud. De esta manera, se busca situar las demandas comunitarias en un marco más amplio de derechos, enfoque diferencial e interculturalidad.

El documento se estructura en tres componentes principales: en primer lugar, la exposición de las perspectivas propias sobre las necesidades en salud indígena; en segundo lugar, la

construcción de categorías analíticas emergentes del círculo de la palabra; y finalmente, las conclusiones orientadas a la formulación de una estrategia diferencial que garantice sostenibilidad, legitimidad y pertinencia cultural. En su conjunto, este avance representa un insumo técnico y político para avanzar hacia un modelo de salud intercultural que reconozca la medicina ancestral no como complemento, sino como sistema legítimo y fundamental para la pervivencia de los pueblos indígenas en Bogotá.

## 2. Perspectivas propias de las necesidades en salud indígena de ???

Este apartado recoge las percepciones y valoraciones expresadas por los equipos en salud indígena frente a sus necesidades en salud, permitiendo comprender como cada pueblo interpreta su bienestar integral a partir de su cosmovisión, sus prácticas de cuidado, la relación con el territorio y los saberes transmitidos por sus autoridades tradicionales.

A través del espacio de diálogo desarrollado, se identificaron elementos que las comunidades consideran prioritarios para garantizar la continuidad, el fortalecimiento y la protección de la salud propia. Estas voces aportaronn insumos fundamentales para orientar la construcción de una estrategia diferenciada que responda a sus realidades culturales, sociales y territoriales.

En conjunto, las perspectivas aquí presentadas constituyen un primer acercamiento a las expectativas, necesidades y proyecciones planteadas para avanzar hacia una estrategia diferencial en salud propia para los xxx pueblos que habitan el Distrito de Bogotá D.C..

### 2.1. La salud propia como sistema vivo, integral e interdependiente

Los equipos de salud indígena conciben la salud como un tejido que articula cuerpo, espíritu, territorio, familia, comunidad y naturaleza. Su práctica no se limita a procedimientos técnicos, sino a un equilibrio energético y espiritual que debe mantenerse a través del diálogo con los elementos, los rituales, la palabra y los saberes transmitidos por las autoridades mayores.

Las relatorías evidencian que este sistema vivo no cuenta con las condiciones necesarias para operar plenamente en el contexto urbano, lo que genera tensiones entre el ejercicio ancestral y la estructura del sistema occidental de salud. Siendo así que se presenta las

principales necesidades las cuales se han mantenido a lo largo del tiempo y no han sido solventado por los diversos actores implicados:

- **Falta de espacios físicos, espirituales y culturales para la atención ancestral**

Esta necesidad fue la más reiterada por la totalidad de los pueblos que vienen ...., . Los equipos coinciden en señalar una situación especialmente crítica: la medicina ancestral continúa siendo practicada en espacios improvisados y poco adecuados, tales como casas prestadas, viviendas de comuneros o salones comunitarios que no cuentan con reconocimiento ni habilitación oficial. Esta realidad no solo limita el ejercicio pleno de la medicina propia, sino que también afecta la dignificación de los sabedores y los procesos de atención fundamentales para el bienestar comunitario.

Diversos estudios han señalado que la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas implica el reconocimiento de sus prácticas médicas en entornos cultural y espiritualmente pertinentes, lo que incluye infraestructura adecuada y legitimada institucionalmente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025; Palacios Salazar, 2023). Lo anterior se precisa, en las relatorias obtenidas de XXX espacio realizado el XXX de XXX pora parte de  los equipos, en los que se identifican tres dimensiones del problema:

Relaciones entre las condicinoes de infraestructura desde una mirada estructural:
lLa profesional del equipo Pastos aporta una mirada estructural al mencionar que “no cuentan con una Casa de Sanación” y que las atenciones se realizan en “espacios prestados que no cumplen con lo requerido para la práctica ancestral”. Además, señalan que estos espacios no dignifican la espiritualidad indígena y dificultan el uso de elementos rituales indispensables. Esto refuerza la necesidad de un espacio que sea más que físico: un lugar vivo, protector y con valor cultural. Esta perspectiva coincide con planteamientos que subrayan que la salud intercultural requiere escenarios propios donde se articulen dimensiones espirituales, territoriales y comunitarias (Ministerio de Educación Nacional, 2023).

La técnica en salud del Misak reafirma esta sensación al declarar que “se necesita un espacio sagrado para la atención”, pues las casas prestadas no cumplen la función simbólica y energética que requiere su medicina propia. La sabedora del equipo Tubu señala que “no hay lugares habilitados para ejercer nuestra medicina”, lo que obliga a los

sabedores a trabajar en espacios que no son espiritualmente adecuados ni reconocidos por su comunidad. Al respecto, se ha documentado que la ausencia de espacios culturalmente definidos debilita los procesos de transmisión del conocimiento ancestral y limita la autonomía sanitaria indígena (Palacios Salazar, 2023).

Por su parte, el equipo Nasa enfatiza la necesidad de contar con un lugar donde puedan realizar rituales sin imposiciones externas. La gestora expresa que “hace falta un espacio propio donde se puedan realizar rituales y ceremonias sin restricciones” y que los lugares disponibles “no garantizan el ambiente espiritual necesario para la sanación”. Esta preocupación es coherente con los enfoques de salud propia que reconocen la centralidad del componente espiritual y territorial en los procesos de sanación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

Finalmente, el sabedor del equipo Pijao aporta reflexiones como: “No se cuentan con espacios propios con privacidad para atención a la comunidad, sobre todo en partos” y “A esto se suma la carencia de infraestructura adecuada y espacios propios para la atención ancestral, pues muchas veces los sabedores deben ejercer su labor en condiciones precarias o improvisadas, sin las herramientas necesarias”. Estas reflexiones coinciden con lo expresado por el equipo Wounaan, cuya técnica en salud señala la necesidad de “un espacio con equipos adecuados para la atención de partería… reconocimiento de las parteras del pueblo Wounaan Nonam… articulación con un ginecólogo”.

La literatura institucional ha advertido que la adecuación de infraestructura intercultural no solo mejora la calidad de la atención, sino que fortalece el reconocimiento y la legitimidad de los sistemas médicos propios (Secretaría Distrital de Gobierno, 2023). En este sentido, se evidencia un consenso profundo entre los equipos participantes respecto a que la salud propia requiere espacios sagrados, adecuados y culturalmente pertinentes, donde puedan desarrollarse los procesos de atención sin restricciones ni deslegitimación institucional.

- **Reconocimiento institucional insuficiente**

El tema del reconocimiento institucional insuficiente aparece de manera reiterada en las voces de todos los pueblos indígenas participantes, evidenciando que esta barrera afecta tanto el ejercicio de la medicina ancestral como la articulación con el sistema de salud distrital. Esta situación coincide con hallazgos documentados en estudios previos, donde

se señala la insatisfacción de las comunidades indígenas frente a un sistema de salud que no responde de manera efectiva a sus particularidades culturales ni reconoce plenamente sus sistemas propios de atención (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud [FUCS], 2020).

Desde el equipo Pastos, se señala que existe una débil articulación con las entidades del Distrito, lo cual se expresa en afirmaciones que realiza la partera: “Hace falta una mayor articulación activa con las instituciones distritales y una integración efectiva entre la medicina ancestral y la medicina occidental”. Esta falta de reconocimiento institucional también se refleja en lo administrativo, pues la profesional del equipo Inga indica que “no son plenamente reconocidos en el Distrito ni en la Secretaría de Salud”. Situaciones similares han sido descritas en la literatura, donde se advierte que el sistema de salud resulta poco eficiente cuando no incorpora enfoques diferenciales ni mecanismos reales de articulación intercultural (FUCS, 2020).

Situación que repercute directamente en su capacidad operativa. A ello se suma la percepción de la partera del equipo Pastos en que “la falta de reconocimiento, recursos y sensibilización institucional perpetúa inequidades”, lo cual se relaciona con lo planteado por Oviedo et al. (2014), quienes subrayan la necesidad de adecuar los programas de salud a las particularidades culturales y reconocer la medicina ancestral en su propio contexto para evitar la profundización de brechas estructurales.

En el caso del pueblo Yanacona, las preocupaciones se centran en la estigmatización derivada del desconocimiento institucional. La profesional señala que es necesario avanzar en el “reconocimiento institucional de la medicina ancestral y diferenciación de prácticas estigmatizadas como la brujería”. Este fenómeno ha sido documentado en investigaciones que evidencian cómo la desvalorización del conocimiento tradicional afecta la transmisión y legitimidad de los saberes propios (Cortés Burgos & Méndez, 2023).

Mientras que la técnica en salud del equipo Pijao menciona que “MAI requiere ser reconocida no solo como una práctica complementaria, sino como una estrategia diferencial... superar múltiples barreras estructurales, culturales e institucionales que hoy limitan su desarrollo”. Esto debe ser armonioso, pero se evidencia que “No se tiene la opción de atención ancestral desde la institución occidental”. Al respecto, se ha señalado que la

falta de integración efectiva entre sistemas médicos limita la garantía del derecho a la salud con enfoque intercultural (Oviedo et al., 2014).

El pueblo Nasa describe esta problemática desde una dimensión normativa y jurídica, señalando la gestora que “la principal dificultad es la falta de reconocimiento legal y formal de nuestra medicina propia ante el Ministerio de Salud y las instituciones del sistema occidental”. De igual forma, se expresa el médico ancestral en que “los sabedores enfrentan una falta de reconocimiento oficial y apoyo institucional, ya que en muchos casos no tienen una certificación o respaldo formal para ser parte activa del sistema de salud”. Estas barreras normativas han sido identificadas en estudios que resaltan la necesidad de generar marcos institucionales claros que legitimen la participación de los sabedores en los procesos de atención (FUCS, 2020).

Por su parte, el pueblo Inga resalta que el desconocimiento del sistema de salud occidental genera barreras en procedimientos hospitalarios. Así se evidencia en afirmaciones como: “Una barrera grande es el desconocimiento que tiene la medicina occidental frente a las acciones de medicina ancestral y por ende no permiten estas prácticas con nuestros comuneros hospitalizados”. Del mismo modo, señala que “las instituciones de salud no reconocen el proceso MAI, pese a mantener lineamientos articulados con la Secretaría de Salud”. Esta tensión entre lineamientos formales y prácticas reales ha sido ampliamente discutida en la literatura sobre interculturalidad en salud (Oviedo et al., 2014).

El pueblo Kichwa plantea una preocupación centrada en la apertura institucional, indicando que “falta más reconocimiento de parte de la Secretaría de Salud; ella debe encargarse de retirar esas barreras, porque muchas instituciones desconocen la medicina ancestral”. Esta falta de reconocimiento también se evidencia en la atención clínica, pues la partera expresa que “no siempre les permiten ingresar a los hospitales para acompañar a sus pacientes”, lo cual refleja limitaciones estructurales para el ejercicio pleno de la medicina tradicional dentro de escenarios hospitalarios (FUCS, 2020).

Continuando con el equipo Kamentsa, el médico ancestral resalta que “Se deben generar procesos de comunidad porque la parte espiritual es importante para que se genere el proceso de empoderamiento, cada día van perdiendo ese fortalecimiento sobre sus procesos de educación cultural”. La literatura coincide en que el debilitamiento del

reconocimiento institucional impacta negativamente la transmisión intergeneracional del conocimiento ancestral (Cortés Burgos & Méndez, 2023).

Finalmente, el equipo Eperara Siapidara expresa que la falta de reconocimiento institucional desvaloriza su labor, al señalar que “no siempre reconocen por completo nuestro trabajo; a veces no se nos da el lugar que merecemos dentro del proceso de atención”. El equipo complementa que es indispensable “mejorar la coordinación entre el sistema de salud y los sabedores para garantizar el reconocimiento de las prácticas ancestrales”, lo cual reafirma la necesidad de avanzar hacia modelos interculturales efectivos y sostenibles (Oviedo et al., 2014).

- **Recursos insuficientes para sostener las prácticas**

Esta problemática afecta no solo la operatividad cotidiana de los equipos MAI, sino también la continuidad, calidad y alcance de las prácticas ancestrales en el territorio urbano. Diversos estudios han señalado que la sostenibilidad de las estrategias de salud intercultural depende de condiciones estructurales adecuadas, entre ellas el financiamiento suficiente y continuo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Desde el pueblo Inga, se plantea desde el médico ancestral de manera directa que “los recursos son insuficientes para las necesidades de las prácticas ancestrales”. Esta afirmación da cuenta de que las acciones de medicina propia requieren elementos, espacios y tiempos que no siempre pueden ser cubiertos con los apoyos actuales, generando limitaciones para la realización de ceremonias, acompañamientos y procesos de armonización. Investigaciones sobre salud indígena en Colombia han evidenciado que la implementación de estrategias interculturales enfrenta barreras relacionadas con la disponibilidad de insumos, apoyo institucional y articulación con el sistema de salud oficial (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2020).

Por su parte, el pueblo Kichwa profundiza en la necesidad de fortalecer de manera estructural el trabajo de los equipos, expresando el médico ancestral que “se necesitan recursos para fortalecer las prácticas y la labor de los equipos”. Esta demanda evidencia que, además de la ejecución de rituales y atenciones, los perfiles enfrentan dificultades materiales y logísticas que restringen su capacidad para responder a las necesidades crecientes de la comunidad. En esta línea, se ha señalado que la sostenibilidad de la

medicina tradicional requiere no solo reconocimiento cultural, sino respaldo técnico, administrativo y financiero que permita su consolidación institucional (Benavides, 2017).

El pueblo Pastos coincide en esta preocupación, señalando la técnica en salud que “los recursos limitados dificultan la gestión y sostenibilidad de la estrategia”. Esta apreciación refleja que la falta de recursos impacta no sólo las prácticas individuales, sino la consolidación del proceso MAI como estrategia diferencial dentro del sistema distrital de salud. La limitación presupuestal afecta la planeación, el seguimiento y la proyección a largo plazo, debilitando la posibilidad de construir una ruta sólida y sostenible para la salud propia en Bogotá. A nivel regional, se ha reconocido que las políticas de salud intercultural deben garantizar respaldo presupuestal estable para evitar la fragmentación de las acciones y la precarización de los equipos comunitarios (OMS, 2017).

En conjunto, estas voces muestran que la insuficiencia de recursos no es un aspecto operativo menor, sino una barrera estructural que compromete la dignidad, estabilidad y continuidad de las prácticas ancestrales. La falta de insumos, apoyos logísticos y recursos adecuados para los equipos afecta directamente la atención a las comunidades, la protección de los saberes y la consolidación de una verdadera interculturalidad en salud. La literatura coincide en que los procesos de salud propia en contextos urbanos requieren modelos de gestión diferenciados que reconozcan su complejidad cultural y organizativa (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2020).

Las expresiones de los equipos señalan una necesidad urgente de avanzar hacia un modelo de financiamiento y apoyo que reconozca la complejidad, profundidad y demanda de las prácticas de salud propia, garantizando su fortalecimiento en condiciones urbanas y su sostenibilidad en el tiempo, tal como lo recomiendan los lineamientos internacionales en materia de salud intercultural (OMS, 2017).

- **Necesidad de ampliar y fortalecer el talento humano MAI**

Las comunidades coinciden en que la capacidad operativa actual resulta insuficiente para responder a la creciente población indígena en Bogotá y a la complejidad de las necesidades en salud propia. Esta situación coincide con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, que reconoce que la atención en salud intercultural requiere

fortalecimiento institucional y ampliación de capacidades humanas para garantizar pertinencia y cobertura efectiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

El pueblo Inga expresa de manera clara que la cobertura actual no satisface las exigencias territoriales, afirmando la gestora que “para generar la atención necesitamos ampliar el equipo para que haya mayor cobertura”. Además, señalan que el fortalecimiento del talento humano es indispensable para garantizar una atención adecuada frente al número de familias que residen en la ciudad, destacando la profesional en salud que “los equipos deben ser fortalecidos para responder al número de familias que existen en Bogotá”. Esta necesidad de ampliación estructural coincide con los planteamientos de la política pública de salud intercultural, la cual subraya que la garantía del derecho a la salud de los pueblos indígenas exige equipos suficientes, con enfoque diferencial y presencia territorial permanente (Universidad El Bosque & Universidad Nacional, 2020).

El pueblo Kichwa, por su parte, enfatiza la presión creciente sobre los equipos MAI, señalando la técnica en salud que “el equipo necesita más integrantes, porque la demanda es cada vez mayor”. Asimismo, advierten la necesidad de fortalecer perfiles específicos, especialmente los relacionados con procesos de vida temprana, al afirmar la profesional de salud que “hacen falta perfiles de medicina ancestral que apoyen las actividades, especialmente en los casos de gestantes y niños”. Esta perspectiva se relaciona con los desarrollos teóricos sobre salud propia y Buen Vivir, que destacan la importancia de contar con talento humano diverso y con saberes complementarios para responder integralmente a los ciclos de vida y a las particularidades culturales (Palacios Salazar, 2023).

Desde el pueblo Pastos, la preocupación se centra en la insuficiencia del talento humano disponible. Señala la profesional de salud que “el talento humano es insuficiente para atender las necesidades de nuestra comunidad”, destacando que la carga operativa afecta la calidad y el alcance de las intervenciones. De igual forma, plantean la necesidad de expandir los equipos para garantizar presencia sostenida en los territorios, afirmando la partera que “es necesario ampliar los equipos para fortalecer las acciones en los territorios”. Diversos estudios han evidenciado que cuando los equipos interculturales son limitados en número o estabilidad, se debilita la continuidad de los procesos comunitarios y la articulación entre medicina ancestral y sistema biomédico (Oviedo et al., 2014).

El equipo Uitoto alza la voz con el aporte de la técnica en salud, quien menciona que “se requiere un perfil ambiental debido a que se tiene cabildantes en invasiones en riesgo”, perfil que es aceptado y requerido por otros pueblos indígenas. Como también lo hace el equipo Wounaan, donde la profesional de salud manifiesta que “se necesitaría más talento humano de apoyo como un psicólogo debido a que la comunidad requiere de ellos… no establecer periodicidad ni máximo de intervenciones y que estas sean indicadas por la comunidad”. Estas demandas reflejan que la atención intercultural no puede limitarse a perfiles clínicos convencionales, sino que requiere equipos interdisciplinarios que integren dimensiones territoriales, ambientales, espirituales y psicosociales, tal como lo establecen los lineamientos de salud indígena en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025).

En su conjunto, las voces de los pueblos revelan un consenso amplio orientado a que el talento humano de MAI necesita crecer y diversificarse. La atención intercultural exige presencia territorial, acompañamiento continuo y disponibilidad de perfiles especializados en medicina ancestral, lo cual no es posible con los equipos actuales. Además, la urbanización, el desplazamiento y el incremento de las comunidades indígenas en Bogotá hacen que la demanda de atención aumente de manera sostenida año tras año, reforzando la necesidad de fortalecer la estructura operativa del modelo (Universidad El Bosque & Universidad Nacional, 2020).

En este sentido, solidificar y expandir el talento humano del MAI se configura como condición indispensable para garantizar la calidad, permanencia y legitimidad de la atención en salud propia dentro del distrito. Sin este fortalecimiento, las prácticas ancestrales corren el riesgo de fragmentarse, saturarse o perder capacidad de respuesta frente a las realidades cambiantes de las comunidades indígenas en la ciudad.

- **Formación intercultural insuficiente en instituciones de salud**

La falta de formación intercultural en las instituciones de salud es una de las barreras más profundas e históricas identificadas por los pueblos indígenas durante el proceso de diálogo. Su impacto se refleja tanto en la atención hospitalaria como en la articulación interinstitucional, generando tensiones, exclusión y falta de reconocimiento a los saberes propios. La normativa citada por el pueblo Misak establece que la atención primaria intercultural “tendrá un enfoque territorial para la planeación de los cuidados, de acuerdo

con los contextos de los pueblos, con participación de la familia y la comunidad, bajo el respeto de las estructuras propias de gobierno" (Decreto Ley 480 de 2025, art. 26).

El equipo Nasa profundiza esta lectura señalando el medico ancestral que el desconocimiento institucional se expresa a través de "discriminación cultural y desconfianza hacia nuestros saberes", lo que impide que las parteras y sabedores sean reconocidos como agentes válidos dentro de los procesos de salud. Asimismo, el médico ancestral afirma que "no se comprende que nuestra forma de sanar parte del espíritu", lo cual demuestra que la interculturalidad no ha sido incorporada en los enfoques clínicos de las instituciones

El equipo Misak aporta una mirada complementaria, indicando la partera que muchos funcionarios "no conocen ni entienden la medicina ancestral", lo que impide la coordinación efectiva en casos clínicos y limita la participación de los sabedores en unidades de análisis y procesos asistenciales. Además, la población usuaria tampoco cuenta con información clara sobre cómo acceder a la atención ancestral, lo que refleja un vacío institucional simultáneo de comunicación y formación intercultural

Finalmente, el equipo Tubu señala que la falta de formación intercultural se expresa como una negación del valor de la medicina ancestral dentro del sistema biomédico. La médica ancestral reporta "falta de respeto y validación por parte del sistema occidental", mientras que la técnico en salud indica "poca disposición para reconocer los saberes ancestrales". Esto genera tensiones en los espacios de articulación y refuerza la desigualdad epistémica entre ambos sistemas de conocimiento

**3. Categorías analíticas resultantes del proceso del círculo de la palabra**

A partir del análisis transversal del círculo de la palabra realizadas con los equipos de salud indígena de los 12 pueblos, se construyeron un conjunto de categorías analíticas que permiten organizar, comprender e interpretar las necesidades, dinámicas, saberes y percepciones expresadas por las comunidades. Estas categorías emergen directamente de la palabra de los pueblos y se consolidan como ejes de lectura para orientar la formulación de la Estrategia de Salud Propia Indígena. Las categorías construidas son:

**3.1 Prácticas y saberes ancestrales** para la prevención, armonización, sanación y curación

Hace referencia a los conocimientos, técnicas, rituales y procesos propios utilizados para la prevención, armonización, sanación y curación por parte de ???. Incluye saberes de partería y medicina ancestral como: sobos, dietas, rituales, alimentación propia, danzas, cantos y acompañamientos relacionados con la vida reproductiva. Comprende también acciones orientadas a restablecer el equilibrio entre cuerpo, espíritu, energía y territorio, así como técnicas corporales realizadas por sobanderos o sabedores para corregir desajustes físicos o energéticos. Considera, además, las situaciones que requieren intervención inmediata desde lo espiritual o energético.

**3.2. Atención en salud propia intercultural indígena**

Se refiere a la articulación respetuosa y complementaria entre la medicina ancestral indígena y la medicina occidental, reconociendo la autonomía, los saberes y las prácticas de los pueblos indígenas en el cuidado de la vida. Este enfoque entiende la salud como un equilibrio integral entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio, y reconoce que cada pueblo posee una cosmovisión, conocimientos, rituales y sistemas tradicionales que orientan la prevención, diagnóstico, sanación y armonización los cuales merecen respeto.

**3.3. Espacios de atención en salud propia**

Analiza cómo las comunidades desean recibir la atención en salud y cuáles son los espacios en los que se sienten más seguras y cuidadas. Destaca la importancia del hogar, la comunidad y el entorno como lugares de equilibrio energético y espiritual. Incluye la preferencia por la atención en el hogar por razones de privacidad, espiritualidad, comodidad o tradición. Contempla también espacios colectivos donde se realizan actividades rituales, educativas o preventivas. Evalúa las condiciones físicas, ambientales, simbólicas y logísticas de los espacios destinados a la atención ancestral, así como la disponibilidad y adecuación de sedes comunitarias o cabildos. Incluye la existencia de zonas para prácticas rituales, preparación de medicinas, encuentros de palabra y armonización espiritual. Reconoce, finalmente, la búsqueda de servicios occidentales cuando se requieren diagnósticos clínicos o intervenciones especializadas.

**3.4. Reconocimiento de la salud propia indígena**

Examina el nivel de aceptación, valoración y respaldo institucional o normativo hacia la medicina ancestral y quienes la ejercen. Permite identificar si las instituciones y la sociedad reconocen la pertinencia y necesidad de estas prácticas. Incluye la medida en que los equipos de salud indígena están formalmente incluidos en políticas, programas, rutas de atención y decisiones de salud pública. Considera también los impedimentos legales o administrativos que dificultan su participación dentro de instituciones occidentales, así como la necesidad de documentos, acuerdos o lineamientos que faciliten el trabajo conjunto entre ambas medicinas. Aborda restricciones en hospitales o CAPS para el ingreso de sabedores, el acompañamiento ritual o el uso de medicinas ancestrales. Además, señala la falta de información o capacitación del talento humano occidental y la ausencia de procedimientos definidos para atender casos indígenas de manera articulada.

**3.5. Formación, capacidades y diálogo intercultural**

Explora los procesos de educación, formación e intercambio necesarios entre actores ancestrales y occidentales para fortalecer la atención en salud propia intercultural. Incluye la capacitación en enfoque diferencial, derechos y reconocimiento de prácticas ancestrales, los cuales deben contemplar acciones dentro del territorio siendo congruentes que los diálogos siempre se han mantenido pero no han tenido un impacto de cambio real. Considera procesos formativos que integran conocimientos propios y occidentales, así como espacios internos para la transmisión de saberes de generación en generación. También incluye actividades orientadas a fortalecer la identidad, la participación y la comprensión de la salud propia.

**3.6. Sostenibilidad financiera y de talento humano** para garantizar la operación

Comprende los recursos financieros, materiales, humanos y logísticos necesarios para garantizar la operación continua y efectiva de la estrategia, así como los mecanismos que evitan interrupciones y permiten su estabilidad. Incluye aspectos relacionados con la movilidad del equipo y con la disponibilidad de insumos ancestrales como plantas, elementos rituales, materiales sagrados y medicinas propias. Considera también los recursos necesarios para el desarrollo de jornadas comunitarias, como la provisión de alimento propio.

Al armonizar las categorías que emergen de los ejercicios desarrollados por los 12 pueblos indígenas con las de los 2 pueblos Muiscas, se evidencia una clara convergencia en torno

a las categorías de reconocimiento de la salud propia indígena y sostenibilidad, las cuales son consideradas prioritarias para el avance del proceso de construcción de la estrategia y el cumplimiento de los objetivos propuestos.

No obstante, los pueblos muiscas plantean cuatro categorías, estrechamente vinculadas a sus procesos internos de salud propia, que demandan un abordaje específico y diferenciado, acorde con sus dinámicas organizativas, territoriales y culturales.

### 3.7 Gobierno propio y orientación espiritual del cuidado del sistema de salud

Esta categoría reconoce el gobierno propio y la orientación espiritual como ejes estructurantes del sistema de salud propio del Pueblo Muisca. Desde estos principios se organizan las decisiones, prácticas y procesos de cuidado y sanación, garantizando que la gestión de la salud responda a la Ley de Origen, los planes de vida y los mandatos comunitarios, en coherencia con la cosmovisión ancestral y las características poblacionales.

Diversos estudios y documentos comunitarios señalan que el ejercicio del derecho propio constituye la base organizativa y normativa para la pervivencia cultural y el cuidado integral (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte & Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008; Cabildo Indígena Muisca de Suba – Uaque Muysca, 2024). Asimismo, el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) reconoce la autoridad tradicional como orientadora de los procesos de planeación, administración y gestión en salud (Decreto Ley 0480 de 2025; Subcomisión Nacional de Salud de la MPC, 2023).

#### 3.7.1 Autoridad tradicional de los pueblos Muiscas (Zaitas y Tybas - Furatybas) y toma de decisiones en salud

La autoridad propia de los pueblos Muiscas orientan la definición, priorización y ejecución de acciones en salud, asegurando que estas se fundamenten en sus principios culturales, espirituales y organizativos , fortaleciendo la autonomía y la autodeterminación comunitaria.

Históricamente, las figuras de autoridad espiritual —como los chyquy o jeques— cumplían funciones médicas, rituales y de orientación colectiva, integrando la dimensión política y espiritual del cuidado (Langebaek et al., 2005). En la actualidad, los mandatos comunitarios

reafirman que la armonía y el buen vivir dependen de la orientación de sabios, sabias y autoridades tradicionales (Sabios, Sabias, Autoridades y ONIC, 2023).

Desde el marco normativo contemporáneo, se establece que las autoridades tradicionales en salud orientan y coordinan las acciones conforme a sus sistemas propios, garantizando el ejercicio del gobierno propio en el ámbito sanitario (Decreto Ley 0480 de 2025).

### 3.7.2 Mandato espiritual y de armonización

Incluye prácticas espirituales y rituales que permiten mantener y restablecer el equilibrio entre el ser humano, el territorio y los espíritus, entendidos como condición esencial para la salud integral y el bienestar colectivo, en coherencia con la Ley de Origen.

La literatura etnohistórica señala que en la sociedad muisca la salud estaba estrechamente vinculada a los rituales, ofrendas y ceremonias, entendidas como mecanismos de equilibrio cósmico y territorial (Langebaek et al., 2005). De igual manera, desde procesos contemporáneos de revitalización cultural se reafirma que la casa ceremonial y los espacios sagrados organizan la vida espiritual y colectiva (Daza Hate Kulchavita & Santos Cucunubá, 2012).

Lo anterior es relevante desde el enfoque intercultural en salud porque, reconoce que la sabiduría ancestral es fundamental para orientar las acciones de cuidado y armonización, articulando dimensiones espirituales, comunitarias y territoriales (Subcomisión Nacional de Salud de la MPC, 2023; Aguilar-Peña et al., 2020).

### 3.7.3 Tiempos y formas propias de sanación

Reconoce la legitimidad de los ritmos, métodos y prácticas ancestrales de cuidado y sanación, garantizando que los procesos de atención se desarrollen de manera coherente con la cosmovisión Muisca y fortalezcan la autonomía comunitaria en la gestión de la salud propia, en concordancia con el calendario ancestral.

El calendario solar y lunar, así como los ciclos agrícolas y ceremoniales, estructuran los tiempos comunitarios y los procesos de armonización (Henao Neuta et al., 2020). Estas formas propias de sanación responden a una comprensión integral del equilibrio entre cuerpo, espíritu y territorio (Neuta Palacios et al., 2024).

En linea con lo anterior, se resalta la importancia de reconocer esto porque, en el marco del SISPI, se evidencia  la necesidad de respetar las prácticas, procedimientos y tiempos propios de los pueblos indígenas como parte del derecho fundamental a la salud con enfoque diferencial (Decreto Ley 0480 de 2025; Martínez Medina et al., 2008).

### 3.8 Cuidado integral de la vida y equilibrio comunitario

Esta categoría se orienta a garantizar el cuidado integral del ser y de la comunidad, comprendiendo la salud como un estado de equilibrio físico, emocional, espiritual y colectivo. Desde este enfoque, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que implica alcanzar “bienestar físico, mental y social” en armonía con el entorno y la colectividad (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2008).

Asimismo, la salud es entendida como un estado de armonía integral, donde “estar sano es estar bien, estar en armonía” (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., 2024), lo que reafirma la visión relacional y comunitaria del bienestar en el Pueblo Muisca. Desde esta perspectiva, se promueven acciones de acompañamiento comunitario que permiten la identificación temprana y la atención oportuna de situaciones de desequilibrio, desarmonía o riesgo, fortaleciendo las redes de cuidado propias.

El cuidado trasciende el ámbito individual y se extiende a la familia y a la comunidad como sujetos colectivos, integrando prácticas preventivas, de armonización y de sanación temprana. En coherencia con ello, se reconoce que “la salud depende del equilibrio biosocioambiental” (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., 2024), lo que implica comprender el bienestar como resultado de la interacción entre territorio, comunidad y dimensiones espirituales.

Esta categoría articula acciones orientadas a la prevención, al fortalecimiento del tejido comunitario y a la promoción del buen vivir y el estar bien, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud propio. Como lo señala Mogollón Cárdenas (2013), el cuidado implica prácticas cotidianas de autocuidado y construcción colectiva de sentido, donde mantenerse sano constituye un ejercicio consciente y comunitario.

**3.8.1** prácticas, saberes y acciones **que contribuyen al Cuidado integral del ser**

Conjunto de prácticas, saberes y acciones que buscan preservar y restaurar la armonía del ser en todas sus dimensiones, física, emocional y espiritual, comprendiendo a la persona como parte inseparable del territorio y del tejido comunitario. Este enfoque se sustenta en la concepción de la salud como equilibrio integral y bienestar colectivo (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2008; Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., 2024). Promueve el equilibrio entre cuerpo, pensamiento, espíritu y comunidad mediante orientaciones, ritualidades, usos tradicionales de plantas, palabra dulce, escucha y prácticas propias que fortalecen la conexión con el territorio y la memoria ancestral.

### 3.8.2 Acompañamiento comunitario en el desequilibrio

Procesos colectivos de orientación, contención y guía que se activan ante situaciones de desarmonía en el ámbito individual, familiar o comunitario. Estos acompañamientos priorizan el cuidado desde lo propio y reconocen que las afectaciones en la salud están relacionadas con rupturas del equilibrio integral (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., 2024). Buscan restaurar la armonía mediante el diálogo, la medicina tradicional y la reflexión colectiva, fortaleciendo la autoridad espiritual y el tejido comunitario.

### 3.8.3 Prevención y armonización temprana

Estrategias dirigidas a la identificación oportuna de riesgos y desequilibrios mediante prácticas preventivas y de armonización que eviten la profundización de afectaciones en la salud individual y colectiva. Estas acciones se enmarcan en una comprensión amplia del bienestar como construcción continua de equilibrio y cuidado compartido (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2008).

## 3.9 Territorialidad, movilidad y presencia viva en el territorio

Esta categoría reconoce el territorio como un sujeto vivo y un componente fundamental de la salud integral del Pueblo Muisca, en el cual se articulan cuerpo, espíritu y comunidad. El territorio es entendido como un espacio de vida, memoria, espiritualidad y sanación. Desde una perspectiva antropológica y etnohistórica, el territorio no se reduce a su dimensión geográfica, sino que constituye un entramado simbólico y relacional donde se configuran prácticas sociales, espirituales y productivas (Langebaek, 2005). Asimismo, el territorio actúa como determinante estructural de la salud, en tanto condiciona formas de vida, acceso a recursos y dinámicas de bienestar colectivo (Casulo, 2017).

### 3.9.1 Apropiaciones territoriales de cuidado

Acciones que fortalecen la relación directa con los sitios sagrados, espacios de memoria y dinámicas propias del territorio ancestral (huertas, chagras o espacios de cuido del pueblo muisca), posibilitando procesos de armonización, sanación y protección colectiva.

Las prácticas agrícolas tradicionales y el uso de plantas medicinales constituyen expresiones concretas de esa apropiación territorial, evidenciando la articulación entre conocimiento ecológico y cuidado de la salud (Langebaek, 2005). De igual manera, los enfoques contemporáneos de promoción de la salud reconocen que los entornos territoriales son espacios estratégicos para fortalecer prácticas comunitarias protectoras (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

### 3.9.2 Lectura integral de riesgos territoriales

Identificación y análisis de afectaciones ambientales, sociales y espirituales que inciden en el bienestar comunitario, desde una mirada propia que articula el conocimiento ancestral con enfoques técnicos y occidentales.

El territorio, entendido como espacio socialmente construido y vivido, permite interpretar los riesgos más allá de indicadores biomédicos, incorporando dimensiones culturales y simbólicas (Martínez Medina et al., 2008). En esta línea, el análisis territorial en salud exige integrar determinantes estructurales, ambientales y culturales, superando visiones fragmentadas del riesgo (Casulo, 2017).

### 3.9.3 Territorio como sujeto de cuidado

Reconoce la reciprocidad entre la comunidad y la Madre Tierra (Hystcha Guaia – HISCHA UAIA), entendiendo que la protección del entorno natural constituye una estrategia fundamental de prevención, equilibrio, curación, sanación y pervivencia cultural del sistema de salud propio.

Desde las cosmovisiones indígenas, el territorio no es únicamente soporte físico sino entidad viva con la cual se establecen relaciones de reciprocidad y equilibrio (Langebaek, 2005). Esta comprensión dialoga con marcos actuales de salud intercultural que promueven

la protección del entorno como condición esencial para el bienestar integral y la sostenibilidad comunitaria (OPS, 2022).

### 3.10 Transmisión de saberes y fortalecimiento comunitario

Esta categoría se orienta a garantizar la continuidad, protección y salvaguarda del conocimiento ancestral como pilar estructural del sistema de salud propio del Pueblo Muisca, fortaleciendo los procesos de memoria, aprendizaje y transmisión intergeneracional.

La transmisión cultural constituye un eje de permanencia y resistencia, en tanto “la transmisión de saberes propios se vive desde la cotidianidad, la palabra y la práctica espiritual” (Henao Neuta & Sabedores ancestrales del Cabildo Muisca de Suba, 2020). Asimismo, la comunidad Muisca reconoce que uno de sus propósitos fundamentales es fortalecer la identidad y el derecho propio mediante procesos pedagógicos comunitarios (Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, 2008).

#### 3.10.1 Formación comunitaria en autocuidado ancestral

Acciones dirigidas al fortalecimiento de prácticas cotidianas de cuidado desde el sistema de conocimiento Muisca, que incluye la educación propia en salud, la medicina ancestral y la partería, promoviendo la autonomía, la prevención y el equilibrio espiritual, físico y emocional.

Diversos estudios han señalado que la medicina tradicional no se limita a prácticas terapéuticas aisladas, sino que constituye un sistema integral de conocimientos y organización comunitaria (Martínez Medina et al., 2007). En coherencia con ello, se reconoce que “la partería y la medicina tradicional son las bases del cuidado comunitario” (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., 2024).

Desde el enfoque intercultural, fortalecer la educación propia implica superar modelos verticales de educación en salud, entendiendo que “la educación en salud deja de ser una transmisión unidireccional para convertirse en un proceso participativo” (Martínez Medina et al., 2007).

#### 3.10.2 Fortalecimiento de portadores del saber

Reconocimiento y apoyo al rol fundamental de los Zaitas, Tybas – Furatybas, médicos tradicionales, parteras y mayores como custodios de la memoria viva, garantizando procesos comunitarios de aprendizaje intergeneracional.

El conocimiento ancestral se mantiene vigente gracias a la orientación de los mayores, pues “el conocimiento guardado por los abuelos sabedores orienta el camino del pueblo” (Daza Hate Kulchavita & Santos Cucuñubá, 2012). En el mismo sentido, la educación propia comienza en el ámbito familiar y comunitario, donde los mayores cumplen una función pedagógica central (Henao Neuta & Sabedores ancestrales del Cabildo Muisca de Suba, 2020).

El reconocimiento institucional de la medicina tradicional indígena como sistema propio de conocimiento ha sido también respaldado normativamente, al definirse como parte integral de los sistemas indígenas de salud (Decreto Ley 0480 de 2025).

### 3.10.3 Registro propio de saberes

Desarrollo de mecanismos de documentación y protección del conocimiento ancestral desde una perspectiva culturalmente pertinente, contribuyendo a su preservación, transmisión y defensa frente a procesos de pérdida cultural o apropiación indebida.

Los procesos de documentación comunitaria fortalecen la planificación cultural y lingüística, en tanto “la coautoría fortalece la planificación lingüística y la apropiación comunitaria del conocimiento” (Torres Sierra, 2025). Asimismo, se reconoce que la transmisión cultural otorga poder y continuidad a la identidad colectiva (Mogollón Cárdenas, 2013).

Desde el plano internacional, se ha recomendado fortalecer los sistemas propios de salud y sus mecanismos de gestión del conocimiento como estrategia para la promoción de la salud de los pueblos indígenas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

## 4. Conclusiones

El análisis realizado permite identificar elementos clave que orientan la formulación de una Estrategia de Salud Propia Indígena para Bogotá. Las voces e información secundaria recogidas evidencian un conjunto de necesidades estructurales que atraviesan la práctica

de la medicina ancestral en el contexto urbano y que deben ser abordadas para garantizar un ejercicio digno, pertinente y sostenible.

En primer lugar, se destaca la insuficiencia de espacios físicos, espirituales y culturales para el ejercicio pleno de la salud propia. La ausencia de Casas de Sanación y la improvisación de lugares para la atención limitan la continuidad de las prácticas ancestrales y afectan la dignificación de los sabedores. Esta carencia se agrava por las restricciones en el uso de elementos sagrados, indispensables para rituales, ceremonias, armonizaciones y diagnósticos espirituales.

En segundo lugar, emerge con fuerza la necesidad de fortalecer el reconocimiento institucional de la medicina ancestral. Las instituciones de salud, tanto distritales como hospitalarias, aún presentan vacíos significativos en la valoración, aceptación y validación del rol de médicos ancestrales, parteras, sobanderos y sabedores. Esta falta de reconocimiento genera barreras administrativas, dificultades de articulación y prácticas de discriminación epistémica que afectan la atención integral de las comunidades indígenas en Bogotá.

Asimismo, los equipos identificaron que los recursos financieros, logísticos y materiales actuales son insuficientes para sostener las prácticas de salud propia, garantizar la movilidad, adquirir insumos ancestrales y mantener la operación requerida. Esta limitación dificulta la sostenibilidad de las acciones a largo plazo, restringe la capacidad de respuesta y debilita la consolidación de MAI como estrategia diferencial en salud propia.

Otro elemento transversal es la insuficiencia del talento humano destinado al acompañamiento ancestral. Los equipos resaltan que el número de profesionales, técnicos, gestores y sabedores no responde a las necesidades actuales de la población indígena en Bogotá, ni a la complejidad de los procesos de salud propia. El fortalecimiento, ampliación y diversificación del talento humano es una condición esencial para asegurar una respuesta adecuada, continua y articulada.

También, se identificó que las instituciones de salud occidentales requieren mejorar de manera profunda la formación intercultural. La falta de comprensión sobre la medicina ancestral, la ausencia de rutas interculturales, la poca sensibilización y la escasa articulación generan tensiones, malentendidos y barreras durante la atención hospitalaria. Superar estas brechas formativas es un paso necesario para avanzar hacia un modelo realmente intercultural que garantice el derecho a la salud desde la perspectiva de los pueblos.

Finalmente, el análisis evidencia que los pueblos muiscas aportan categorías estratégicas que enriquecen el modelo general: gobierno propio, orientación espiritual del cuidado, territorialidad, transmisión de saberes y cuidado integral del ser. Estas dimensiones refuerzan que la salud propia está intrínsecamente ligada al ejercicio del derecho propio, a la autoridad tradicional y a la reciprocidad con el territorio como sujeto vivo. En este sentido, cualquier estrategia diferencial deberá garantizar coherencia con los planes de vida, los mandatos comunitarios y la Ley de Origen.

**5. Referencias Bibliográficas**

Aguilar-Peña, M., Tobar Blandón, M. F., et al. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena.

Benavides, J. (2017). Atención de la salud y la enfermedad en comunidades indígenas. Universidad del Valle.

Cabildo Indígena Muisca de Suba – Uaque Muysca. (2024). MUYSC IE NGA CHIQUYCA IE CHIMUCANSUCA.

Casulo, J. C. (2017). La estrategia integral de salud: Un enfoque necesario desde el territorio. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Cortés Burgos, M., & Méndez, C. A. (2023). Usos de plantas en una comunidad indígena Pijao.

Daza Hate Kulchavita, A., & Santos Cucuñubá, R. (2012). Retornando por el camino de los antiguos.

Decreto Ley 0480 de 2025. (2025). Por el cual se fortalece el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. (2020). Exploración del contexto y las necesidades de salud en comunidades indígenas en Colombia.

Henao Neuta, D. F., & Sabedores ancestrales del Cabildo Muisca de Suba. (2020). Capirote de saberes muiscas.

Langebaek Rueda, C. H. (2005). Muiscas: Representaciones, cartografías y etnopolíticas de la memoria. Universidad de los Andes.

Martínez Medina, S., Casallas Rodríguez, R., & Montoya, et al. (2008). Evaluación crítica del uso del concepto de etnia en salud pública. Universidad Nacional de Colombia.

Martínez Medina, S., Casallas Rodríguez, R., & otros. (2007). Fortalecimiento de la medicina tradicional en Colombia.

Ministerio de Educación Nacional. (2023). Lineamientos para la promoción de la salud mental y espiritual en contextos educativos interculturales.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025a). Decreto Ley N.º 0480 de 2025.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025b). Lineamientos sobre determinantes sociales y enfoque intercultural en salud para pueblos indígenas.

Mogollón Cárdenas, L. J. (2013). Sentido y significado de las ocupaciones de la comunidad Muisca de Suba. Universidad Nacional de Colombia.

Neuta Palacios, Y., Tunjo López, M. L., et al. (2024). Caracterización de la comunidad Muisca de Bosa.

Organización Mundial de la Salud. (2017). 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana – 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud de los pueblos indígenas.

Oviedo, M. del P., Hernández, A., & Mantilla, J. (2014). Comunidades Embera y Wounaan del departamento del Chocó: Salud e interculturalidad.

Palacios Salazar, L. A. (2023). La salud propia: Fundamento para el Buen Vivir.

Sabios, Sabias, Autoridades y ONIC. (2023). Mandatos 1ra Cumbre Nacional de Sabios y Sabias de los Pueblos Indígenas.

Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. (2008). Difusión del derecho propio y vocabulario Muisca. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Secretaría Distrital de Gobierno. (2023). Informe sobre fortalecimiento de procesos organizativos y reconocimiento cultural en comunidades indígenas.

Subcomisión Nacional de Salud de la MPC. (2023). Orientaciones territoriales para el desarrollo del SISPI.

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (2024). Análisis de condiciones, calidad de vida, salud y enfermedad de la comunidad Muisca.

Torres Sierra, N. J. (2025). Suba Cubun quihichan emzac chimisqua: Caminamos la palabra.

Universidad El Bosque, & Universidad Nacional de Colombia. (2020). Síntesis orientadora de política pública de salud intercultural indígena.

COMENTARIO GENERAL:

A continuación se expresan los comentarios en cada uno de los apartados documentales de este entregable:

**Falta de espacios físicos, espirituales y culturales para la atención ancestral**
Puede ser una necesidad sentida, cuenta con una argumentación tanto de los equipos de salud MAI como un respaldo documental relacionado a la garantía del derecho de salud para los pueblos indígenas, pero es una situación o problemática que no se encuentra alineada con el propósito del producto de la Política

- **Reconocimiento institucional insuficiente**

El plan de acción de la PP cuenta con productos como "Curso con enfoque diferencial indígena para la divulgación del marco normativo en salud de los pueblos indígenas; dirigido a actores del sistema de salud, como los usuarios (comunidades), actores estatales (instituciones) y EPS (públicas y privadas)" y "Estrategia de concertación con el espacio autónomo y seguimiento con el sector salud para el monitoreo y evaluación de las medidas de atención con enfoque diferencial indígena y coordinación de acciones con actores del sistema de salud en concordancia a la normatividad vigente" las cuales se encuentran mas encaminadas a suplir esta necesidad.

- **Recursos insuficientes para sostener las prácticas**

Si bien se debe garantizar desde la administración distrital y en el marco de la metodología CONPES se genera un compromiso para contar con recursos que respondan al plan de acción de la política, este no es el fin, ni parte del objetivo del producto que se desarrolla a través de la formulación de una propuesta de estrategia en salud.

- **Necesidad de ampliar y fortalecer el talento humano MAI**

Con este producto se busca trascender, transformar las acciones que se vienen realizando en el marco de la MAI, por consiguiente plantear una categoría hacia la formulación de la estrategia que plantee el ampliar y fortalecer el equipo, no cuenta con una cadena lógica hacia lo que se busca con este contrato. De igual forma, las afirmaciones respecto a la cobertura, se deberían sustentar desde un análisis cuantitativo y poblacional de las acciones que actualmente se vienen realizando.

- **Formación intercultural insuficiente en instituciones de salud**

No es muy claro en su desarrollo la particularidad y la diferencia con la situación que enuncian como “reconocimiento institucional insuficiente” donde la esencia en la forma en que están escritas, va hacia la dificultad del dialogo entre los saberes tradicionales y ancestrales con los saberes occidentales en salud y cómo estos no se han articulado completamente en la practica, principalmente hospitalaria de la ciudad.

**3. Categorías analíticas resultantes del proceso del círculo de la palabra**

Este apartado no cuenta con la integridad de los pueblos indigenas; cuenta con información relacionada al componente 2, pero no se evidencia una articulación clara de las acciones desarrolladas en estos cinco meses del componente 3, lo cual no se encuentra alineado con el Clausurado del contrato.
Si bien se genera un aporte a nivel de categorías producto del ejercicio del componente 3, estas no dialogan de forma clara con los contenidos del documento, ni con los apartados previos, son incorporadas y definidas nada mas.

No se encuentra una coherencia y homogeneidad en la forma en que se presentan las categorías propuestas, ni cuentan con un desarrollo de la forma en las que estas se trabajarán en el desarrollo del contrato. En la introducción del documento se plantea que este ejercicio requiere “… un entendimiento profundo de las realidades, necesidades, saberes, barreras y potencialidades entre otras situaciones de los pueblos indígenas que habitan el contexto urbano.” Lo cual no se evidencia claramente en cadena de la formulación de una estrategia diferencial en salud que fortalezcan las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de salud propia e intercultural desde los usos y costumbres de los pueblos Indígenas.