

CAPÍTULO - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Introducción

El presente documento constituye un insumo técnico y político orientado a fortalecer la formulación, adaptación y ejecución de políticas públicas en salud dirigidas a los pueblos indígenas residentes en Bogotá, D.C., desde un enfoque diferencial e intercultural. A partir de un diálogo horizontal de saberes, el proceso de caracterización busca visibilizar y comprender de manera integral las realidades demográficas, territoriales, culturales y espirituales de catorce pueblos indígenas asentados en la ciudad, reconociendo sus sistemas propios de cuidado, sus saberes ancestrales y las dinámicas de adaptación que enfrentan en el contexto urbano.

Con este propósito, el estudio se estructura en cinco capítulos complementarios que permiten articular la medicina occidental con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI). El primero analiza las concepciones propias sobre salud y enfermedad de los catorce pueblos indígenas, reconociendo sus cosmovisiones y las transformaciones derivadas del contexto urbano; el segundo examina las condiciones demográficas, sociales y epidemiológicas de las comunidades como base para la planeación en salud pública y el abordaje de los determinantes sociales e interculturales; y el tercero caracteriza los factores protectores y deteriorantes de la salud, así como las prácticas de cuidado y sanación que los pueblos mantienen y adaptan en la ciudad.

Por su parte, el cuarto componente desarrolla una caracterización integral de los sabedores y sabedoras de medicina ancestral, visibilizando su papel en la transmisión del conocimiento y en la consolidación del SISPI; mientras que el quinto analiza las percepciones, factores de riesgo y factores protectores frente al uso y abuso de sustancias psicoactivas, entendiendo este fenómeno desde las experiencias de desarmonía, desarraigo y vulnerabilidad urbana. En conjunto, estos componentes aportan herramientas conceptuales, técnicas y territoriales para orientar respuestas institucionales culturalmente pertinentes, fortalecer la pervivencia de los pueblos indígenas y promover estrategias de atención, prevención y cuidado construidas desde la complementariedad entre sistemas de salud.

Conclusiones y recomendaciones por capítulo

Componente 2: Descripción y Contraste de Conceptos Propios sobre la Salud y la Enfermedad de Catorce Pueblos Indígenas en Bogotá D.C.

Cada comunidad posee una realidad, un contexto y unos saberes ancestrales con características únicas que influyen en la concepción de la salud y la enfermedad; por lo tanto, conocer estos elementos permite establecer un diálogo constructivo para adaptar las estrategias de salud y garantizar respuestas tanto institucionales como comunitarias, verdaderamente efectivas, equitativas y respetuosas de su identidad. Esto determina la aceptación de las intervenciones en salud por parte de los pueblos indígenas, protege su cultura, previene la discriminación de esta población y permite la materialización del enfoque diferencial en el sistema de salud distrital.

Comentado [1]: Revisar

Comentado [2]: Revisar.

Comentado [AG3]: El tercero se concentra en caracterizar mediante el abordaje epidemiológico de enfermedades prevalentes, el estado de salud de los pueblos indígenas en Bogotá. Por favor ajustar.

Comentado [SVR4]: Hace falta un párrafo que indique de qué se trata el capítulo (conclusiones y recomendaciones) y cómo fue su construcción o cómo se llegó a ellas (de manera muy muy general). De hecho, la descripción de los componentes ya la van a volver a repetir a continuación en cada título de componente; debería estar solo en uno de los dos lugares: a mi modo de ver, no acá.

El capítulo componente 2 *“Descripción y Contraste de Conceptos Propios sobre la Salud y la Enfermedad de Catorce Pueblos Indígenas”*, analiza cómo cada pueblo de los 14 cabildos indígenas que hacen parte de la Mesa Autónoma Distrital, comprende la salud y la enfermedad desde sus saberes, prácticas y significados tanto individuales como colectivos, considerando las tensiones, desafíos y adaptaciones que surgen en el contexto urbano de Bogotá y que influyen en dichas concepciones. Para este propósito, el capítulo se divide en tres apartados: en el primero, se explican las categorías de análisis utilizadas para organizar la información (territorio, cuerpo humano, salud, enfermedad y medicina propia); en el segundo, se describe cada una de estas categorías para cada pueblo indígena y, en el tercer apartado, se establece el contraste de las perspectivas y las experiencias de los pueblos indígenas en torno a los conceptos de salud y enfermedad a partir de un análisis etnológico comparativo.

El análisis comparativo de los catorce pueblos indígenas evidencia que los conceptos de salud, enfermedad, cuerpo humano, territorio y medicina propia no se comprenden de manera aislada, sino como categorías interdependientes articuladas desde sistemas de pensamiento propios. La salud se conceptualiza como la armonía y el equilibrio entre diferentes elementos como el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, el territorio y la comunidad; por ejemplo, el pueblo Pijao (Cabildo Ambiká) lo representa en la balanza del Chirí (frío) y el Chajuá (calor). En contraste, la enfermedad es entendida como el desequilibrio o la desarmonía entre estos elementos y que trasciende lo físico e individual, impactando el cuerpo, el pensamiento, las emociones, la comunidad y la naturaleza. Sobre esto, algunos pueblos indígenas reconocen factores de Bogotá como territorio que causan o se relacionan con este desequilibrio, por ejemplo, el ruido, encierro y estrés que para el pueblo Inga promueven la desconexión con la naturaleza y se materializan en padecimientos como depresión, gastritis y alergias.

Dicho esto, el territorio trasciende la noción de un lugar únicamente geográfico, concibiéndolo de manera integral como un espacio vivo, sagrado y espiritual que articula la memoria, la identidad, la naturaleza, los ancestros y la vida comunitaria. Así, los factores que determinan el proceso de salud-enfermedad se pueden comprender a partir de la relación que tiene cada comunidad con el territorio que habita. Algunas veces, esta relación tiene componentes unidireccionales donde el territorio actúa como una fuente de recursos, como el “botiquín natural” referido por el pueblo Eperārā Siapidaara o componentes de reciprocidad como el pueblo Wounaan Nonam que refiere “vivir bien” al pedirle permiso al territorio ancestral antes de transformarlo o utilizarlo. Además, esta relación se ve influida en gran medida por la concepción del cuerpo humano como la continuidad espiritual del territorio, en contraste con el enfoque biomédico del organismo físico aislado.

El concepto de cuerpo humano dentro de los pueblos indígenas trasciende la comprensión anatómica y fisiológica convencional, se entiende como un microcosmos que espejea y somatiza constantemente el orden (armonía) o desorden (desarmonía) del macrocosmos (la naturaleza y el colectivo). Por ejemplo, el pueblo Uitoto representa al cuerpo simbólicamente como una “maloca viva” unida a los cuatro elementos de la selva y el pueblo de los Pastos identifica puntos anatómicos específicos (frente, sienes, ombligo y pies) como portales que actúan como “entradas y salidas de energía” en conexión directa con la Madre Tierra. En efecto, se reconocen acciones que promueven esta concepción del cuerpo como la siembra de la placenta y el cordón umbilical en el fogón del pueblo Kamëntšá para iniciar físicamente el nacimiento. Esta visión integral es relevante para abarcar conceptos utilizados desde el

enfoque biomédico como la salud mental, ya que para los pueblos indígenas, este concepto se relaciona con la capacidad de estar bien en referencia al pensamiento, el corazón, el espíritu y el territorio; lo cual se expresa en el cuerpo físico, en la comunidad y en el entorno.

La transformación del proceso salud-enfermedad en los pueblos indígenas participantes se desarrolla en el marco de la medicina propia, definida como el conjunto de prácticas y saberes ancestrales que restauran el equilibrio actuando sobre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu y el territorio. El liderazgo de la medicina propia lo desempeñan figuras social y políticamente aceptadas por las comunidades como los sabedores del pueblo Muisca de Bosa que antiguamente se denominaban teguas o los sinchis del Pueblo Inga. Los insumos de la medicina propia son diversos y se relacionan con su disponibilidad en el territorio como plantas y alimentos que son usados en actividades como rituales, limpiezas, sobandería, partería, entre otros. En algunos casos estas actividades se desarrollan a nivel individual como la dieta tradicional de los Uitoto o a nivel comunitario como las ceremonias agrícolas (Raymis) del pueblo Kichwa. Así mismo, los pueblos indígenas reconocen la necesidad de articulación entre la medicina propia y la medicina occidental, por ejemplo, el pueblo Muysca de Suba se refiere a estos como fuegos que deben converger. Esto requiere acuerdos con enfoque intercultural como la distinción de enteógenos (plantas sagradas) para prácticas rituales o terapéuticas sin confundirse con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Finalmente, el proceso salud-enfermedad de las comunidades puede variar de acuerdo con el nivel de adaptación y transformación que tienen tanto los pueblos indígenas como los servicios de salud de la ciudad. Por un lado, hay comunidades como los pueblos Uitoto y Kamëntšá que logran activar espiritualmente el territorio para alcanzar el equilibrio mediante mecanismos como la palabra, los cantos, los tejidos, el uso del ambil (tabaco), entre otros. Mientras que pueblos como el Wounaan Nonam, sufren gran desarraigo al no tener acceso a un territorio que no requiera químicos para dar vida, o al mar que es una base de su ritualidad. Por su parte, el sistema de salud y los servicios deben contemplar el reconocimiento institucional y administrativo de los sabedores, la comunicación empática, la adecuación de la infraestructura y el ajuste de los protocolos de atención, dando respuesta a las expectativas, necesidades sentidas y expresadas de los pueblos indígenas.

Recomendaciones

Problemática identificada	Recomendación de política pública	Riesgos de no implementar las recomendaciones
Imposición de modelos biomédicos descontextualizados: El sistema de salud distrital suele desconocer que para los pueblos indígenas el cuerpo es un "microcosmos" y que la salud depende de la armonía entre pensamiento,	1. Modelos de atención interculturales: diseñar e incorporar formalmente rutas de atención que respeten las concepciones propias de salud y territorio. 2. Formación del talento humano: capacitar obligatoriamente al personal	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo comunitario a los servicios de salud. • Perpetuación de prácticas institucionales discriminatorias • Fracaso de las intervenciones médicas por no abordar la "desarmonía" estructural que enferma a los

espíritu, comunidad y territorio. Esto genera barreras de acceso y rechazo a las intervenciones occidentales.	de salud en cosmovisiones indígenas para evitar discriminación y mejorar la comunicación clínica.	pacientes.
	3. Salud mental integral: desarrollar intervenciones psicosociales que trasciendan lo clínico e incorporen dimensiones emocionales, espirituales y de sanación territorial.	

Comentado [SVR5]: biológico?

Componente 3: Capítulo sobre el Estado de Salud y Enfermedades Prevalentes de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C

El conocimiento sobre la conformación de los pueblos indígenas, su situación de salud y su relación con el sistema de salud distrital resulta en múltiples beneficios tanto para la comunidad como para las instituciones. En primer lugar, esto confiere insumos para materializar la atención integral e intercultural en los territorios, identificando tanto fortalezas como oportunidades de mejora en los sistemas de información en salud. También, esta En este sentido, la gestión de datos representa una herramienta técnica y política indispensable para la planeación en salud promoviendo su coherencia y garantizando la efectividad y eficiencia en el uso de recursos públicos. Y, por último, facilita así como el trabajo intersectorial para el abordaje de los Determinantes Sociales en Salud Propios e Interculturales, posibilitando la construcción de perfiles epidemiológicos interculturales y fortaleciendo la gobernanza, la autonomía y la participación comunitaria de los pueblos indígenas.

Comentado [IS6]: Si hablamos de materialización en la atención, no se reduce sólo a los sistemas de información. Es a la atención o cuidado en general.

El capítulo componente 3 "sobre el Estado de Salud y Enfermedades Prevalentes de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C." aborda la situación de salud y enfermedad de los pueblos indígenas que habitan en Bogotá, analizando sus condiciones demográficas, sociales, territoriales y epidemiológicas desde una perspectiva intercultural. La información utilizada en el análisis es secundaria, suministrada por la Secretaría Distrital de Salud y cruzada con listados censales poblacionales de distintos pueblos indígenas residentes en Bogotá, reconociendo algunas limitaciones relacionadas con la calidad, completitud y estandarización de los datos. El documento se estructura en ocho apartados: situación demográfica, aseguramiento en salud, fertilidad, natalidad, morbilidad, mortalidad, eventos de interés en salud pública y conclusiones.

Comentado [AG7]: Estas conclusiones se acercan mucho a lo que se esperaba ver

Sobre la situación demográfica a nivel territorial de los pueblos indígenas en Bogotá está fuertemente marcada por procesos históricos de arraigo y migración en la ciudad, los cuales pueden profundizar las vulnerabilidades y amenazas para la salud de esta población. La georreferenciación demuestra que, de la población indígena registrada el 42,8% se asienta en la localidad de Suba al noroccidente de la ciudad y el resto principalmente en las localidades del suroccidente como Bosa, Usme y Ciudad Bolívar. Sin embargo, hay pueblos como el Muisca de Bosa y Muysca de Suba que se ubican en estas localidades por ser

Comentado [IS8]: El dato del 42,8 % es sólo por el pueblo Muisca Suba según el documento? Bosa y Suba tienen concentrada mayormente la población indígena por ser pueblo de origen... Está en términos generales bien la conclusión, pero se debe ajustar la redacción haciendo énfasis en las localidades de los pueblos de origen y el restante en las demás localidades que fueron especializadas.

originarios del territorio; mientras que para otros pueblos su ubicación en la ciudad se da en un contexto de migración influenciado por factores de deterioro socioeconómico.

Por su parte, el análisis a nivel poblacional deja en evidencia la importancia de diseñar estrategias y acciones de salud adaptables a la conformación de los pueblos indígenas, reconociendo no solamente sus diferencias en las dimensiones de género, edad y ciclo vital, sino también lo que esto representa en el contexto de sus saberes propios. Para 2025, a nivel poblacional se identificaron 24.071 personas indígenas habitando Bogotá, pertenecientes en su mayoría a los cabildos Muysca de Suba y Muisca de Bosa y con una ligera predominancia femenina (51.2%). Por otro lado, al analizar la estructura por ciclo de vida, se evidencia una transición demográfica caracterizada por una alta concentración en edades productivas donde los jóvenes y los adultos entre 18 y 59 años representan el 67,4% de la población; y los adultos mayores de 60 años y más representan el 13,36%.

Los indicadores demográficos confirman estas tendencias respecto a la natalidad, la fertilidad (~~capacidad biológica y fisiológica de reproducción~~) y la fecundidad (~~materialización de la capacidad de reproducción~~); ~~lo cual favorece la~~ ~~orientación de~~ las acciones ~~prioritarias que se desarrollen~~ para ~~la población~~ materno perinatal. Primero, en cuanto a la natalidad, se evidencia que entre el año 2020 y el primer trimestre de 2025, se consolidaron 196 nacimientos, siendo los nacidos vivos en su mayoría del pueblo Nasa y el pueblo Wounaan Nonam (~~34 y 33 respectivamente~~). Los nacimientos se concentran de manera desigual en las periferias del sur y suroccidente de Bogotá como Ciudad Bolívar, Santa Fe y Bosa, donde también ~~se presentan eventos como existen feos de bajo y muy el~~ bajo peso al nacer. Así mismo, sobre el ~~curso de vida materno~~ los datos muestran que el 90% de los nacimientos se da en mujeres jóvenes y adultas mientras el 10% de los nacimientos corresponde a embarazos adolescentes.

Por su parte, los datos sobre fertilidad y fecundidad evidencian la necesidad de adaptar la atención materno-perinatal de acuerdo con el pueblo indígena. El potencial reproductivo representado en la fertilidad muestra que para 2025 había 7.456 mujeres indígenas en edad fértil (15 a 49 años), las cuales en su mayoría son adultas y pertenecen a los pueblos Muysca de Suba y Muisca de Bosa. Esto contrasta con el tercer elemento dado por la fecundidad que se midió con la razón niños-mujer (niños de 0 a 4 años en relación con mujeres en edad fértil); evidenciando que esta era mucho más alta para el pueblo Wounaan Nonam (47.6) que para el pueblo Muysca de Suba (3.6). Además, es importante reconocer que la morbilidad materna extrema es un evento de interés en salud pública (EISP) que también varía ampliamente entre las comunidades indígenas, representando el 8% de los EISP reportados en el pueblo Muisca de Bosa y el 13% en el pueblo Tubū Hummūrimassa.

Por otro lado, el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas en Bogotá caracterizado a partir de la morbilidad y la mortalidad brinda un marco robusto sobre el tipo de estrategias de salud que requiere esta población. Primero, de las 252.708 atenciones demandadas entre 2020 y 2025, la mayoría correspondían a mujeres (61,6%), a consultas ambulatorias (96,4%) y del pueblo Muysca de Suba (69%). Segundo, entre 2020 y 2024, se registraron 155 defunciones, en su mayoría hombres (55%) del ciclo vital de la vejez.

En cuanto a los principales motivos de consulta se destacan las enfermedades crónicas y los problemas de salud oral; mientras que las principales causas de muerte registradas, destacan

Comentado [IS9]: se refieren a Muisca Bosa y Suba o a todos los pueblos en general? aclarar en la redacción

Comentado [IS10]: Importante mencionar los datos de la transición demográfica o no...

Comentado [IS11]: Esto no es un cruso de vida... ajustar sobre las edades que se quieren mencionar en mujeres

Comentado [IS12]: Frente a este es importante precisar los pueblos donde se presentan los casos, dado que requiere de acciones particulares/diferenciales en los pueblos

Comentado [IS13]: Esto no tiene sentido,,,

Comentado [IS14]: En el párrafo se viene hablando de Bosa...
Creo que esta conclusión ¿debe ser reformulada, pero es importante hablar de fecundidad fortaleciendo el párrafo anterior.

Comentado [IS15]: Esto es otra conclusión....pero robustecer con inferencias sobre los dos pueblos que se mencionan.

Comentado [IS16]: No se dice cual es la conclusión. Mencionar que implica que las atenciones sean mayoría en mujeres...

Comentado [IS17]: Igual, es importante hacer inferencias sobre lo que implica esto... Si se complementan estos dos las conclusiones mejoran

las enfermedades infecciosas y parasitarias (18,1%), seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón (8,4%) y las afecciones crónicas de las vías respiratorias (5,2%). Este análisis se complementa con la descripción de los eventos de salud pública (EISP), los cuales ejemplifican muy bien la relación de la población con el territorio, tales como, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (20%) y las infecciones respiratorias agudas graves o inusitadas (14%).

Como elemento de especial interés en el capítulo componente 3, los problemas de salud mental reportados expresan la "desarmonía" generada por el desarraigo, la marginación y la pérdida de la identidad cultural que padecen los pueblos indígenas en la ciudad. Por ejemplo, durante el periodo analizado, se registraron 315 casos de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas con patrones culturales diferenciados donde el policonsumo es el principal evento en los pueblos Muysca de Suba y Pijao, mientras que en los pueblos de los Pastos e Inga predominan los trastornos y la abstinencia severa vinculados al consumo de alcohol.

Así mismo, de los eventos en salud pública, la violencia basada en género e intrafamiliar abarcó el 29% y las alertas por intentos de suicidio el 4%. Estas cifras suponen retos para el sistema de salud en la ciudad, requiriendo su optimización mediante enfoques diferenciales y culturalmente pertinentes.

Finalmente, el aseguramiento en salud para los pueblos indígenas trasciende el simple trámite administrativo de afiliación; se considera un pilar estratégico para garantizar el derecho a la salud, mitigar barreras de acceso y reducir inequidades territoriales. Sobre la base de 23.209 personas indígenas en Bogotá, se evidenció que la mayoría se concentra en el régimen contributivo (59%) y en las EAPB Capital Salud, Compensar, Famisanar, Sanitas y Salud Total. Además, se evidencian variaciones entre los pueblos indígenas y vacíos en los datos que suponen retos para la gestión del riesgo en salud de esta población. Por un lado, de los 27 casos reportados sin afiliación, 16 corresponden al pueblo Muysca de Suba y hay un 38,6% de los registros que se clasifican como "Sin dato" en cuanto al lugar de afiliación.

Recomendaciones

Problemática identificada	Recomendación de política pública	Riesgos de no implementar las recomendaciones
<p>Vacíos epidemiológicos y vulnerabilidad demográfica:</p> <p>Existen inconsistencias importantes en las bases de datos (38,6% "Sin dato" en afiliación).</p> <p>Se evidencia una alta carga de enfermedades crónicas, mortalidad por infecciones,</p>	<p>1. Depuración y articulación de datos: establecer mecanismos periódicos entre el Distrito, EPS y cabildos para actualizar el aseguramiento y cruzar registros institucionales con censos propios.</p> <p>2. Focalización materno-perinatal: implementar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Invisibilización de la morbimortalidad real • Asignación ineficiente de recursos públicos • Profundización de las inequidades en salud y aumento de desenlaces fatales prevenibles (ej. mortalidad materna o suicidios).

Comentado [IS18]: Confirmar esto. Es importante esta conclusión, falta es complementar la conclusión, no es sólo describir el dato.

Comentado [IS19]: complementar con localidad o pueblo. La idea es poder direccionar acciones donde se concentran mayormente los casos

Comentado [IS20]: Esto sobraría. lo discutido en el capítulo de aseguramiento hace referencia a retos dado que el porcentaje general del aseguramiento es alto. Ajustar conclusión

Comentado [IS21]: Una vez se realicen los ajustes, listar en texto las conclusiones como menciona Andrea, colocar mínimo una recomendación por las conclusiones descritas. Gracias

Comentado [AG22]: Estas recomendaciones establecidos en cuadro por favor presentarlas en texto

Comentado [IS28]: De dónde sale esto?

Comentado [AG23]: Sería importante luego de tener las recomendaciones establecidas, acordar con cada uno de los cabildos y con cada gobernador la importancia de contar con un censo poblacional actualizado de manera periódica. Esto permite no solo identificar cuantas personas se encuentran ubicadas en Bogotá, si no que además permite saber como esta la comunidad en terminos epidemiológicos, ofrece más garantías para establecer acuerdos con las EAPB y demás programas de orden social, educativo, vivienda, cultural, etc. y son esenciales para el reconocimiento y la protección de los pueblos indígenas.

Comentado [IS29]: Esto no se entiende. A qué hace referencia?

Comentado [AG24]: Incluir la salud oral, que recomendamos? Profundizar en las 10 primeras causas de morbilidad identificadas y relacionarlo con las atenciones de sabedores y sabedoras

violencia basada en género (29% de los eventos), embarazos adolescentes e intentos de suicidio asociados al desarraigo urbano;	estrategias territoriales en localidades de alta natalidad (Suba, Bosa, Ciudad Bolívar), articulando el control prenatal biomédico con prácticas de partería y cuidado propio.	
	3. Vigilancia epidemiológica diferencial: crear perfiles epidemiológicos interculturales para prevenir mortalidad por enfermedades crónicas/infecciosas y mitigar violencias.	

Comentado [AG26]: Y articularlas con los ejercicios que ya se han venido realizando en este tema, incluso con el mismo MAI que tiene contacto con las familias de pertenencia indígena en Bogotá que atiende la prioridad de familias con gestantes

Comentado [IS25]: NO es repetir lo mismo....

Comentado [IS27]: Esto no es una recomendación... no es crear perfiles, es trabajar con los datos de los perfiles para la toma de decisiones en los eventos o situaciones de mayor relevancia para los pueblos indígenas

Comentado [AG30]: desde un enfoque diferencial, territorial e intercultural. Porfavor complementar el título del componente

Componente 4: Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá

En cumplimiento del principio de interculturalidad del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), es fundamental caracterizar el proceso de salud-enfermedad desde la perspectiva de los pueblos indígenas. Así, es posible contribuir al diálogo de saberes horizontal y complementar el enfoque biomédico con la medicina propia de esta población. Si se ignoran los sistemas de pensamiento propios, se pueden generar intervenciones excluyentes que terminen dañando la pervivencia cultural de las comunidades o dar continuidad a servicios inflexibles y poco efectivos que derivan en resultados de salud negativos.

El capítulo componente 4 “*Procesos de Salud y Enfermedad en los Pueblos Indígenas de Bogotá*” analiza los procesos de salud y enfermedad de los catorce pueblos indígenas participantes, con información recolectada a través de círculos de la palabra y recorridos territoriales. El propósito es visibilizar y comprender las formas en que los pueblos indígenas mantienen, adaptan y fortalecen sus saberes y prácticas comunitarias en Bogotá en referencia al proceso de salud-enfermedad. El documento se estructura en 5 apartados y describe detalladamente los factores protectores y deteriorantes en salud, así como estructuras propias de salud de cada pueblo indígena.

Los saberes socioculturales, espirituales, ambientales y territoriales que permiten a los pueblos indígenas moverse hacia la salud son caracterizados como factores protectores porque orientan los sistemas de cuidado propio hacia la articulación del cuerpo con el pensamiento, la comunidad y el territorio en su vida cotidiana. Por el contrario, las condiciones, dinámicas y situaciones (físicas, socioculturales, espirituales, territoriales y ambientales) que rompen el equilibrio tradicional e interrumpen los sistemas de cuidado propio, mueven al individuo o comunidad hacia la enfermedad y son caracterizadas como factores deteriorantes de la salud. Tanto los factores protectores como los deteriorantes se pueden organizar en las dimensiones biológica y física (la vinculación del cuerpo con la naturaleza y la vida colectiva), espiritual (el pensamiento y las emociones), sociocultural e

histórica (la estructura comunitaria) y, territorial y ambiental (apropiación simbólica y material del territorio).

En la dimensión biológica y física se encuentran dos componentes importantes en torno al cuidado y autocuidado en los ciclos vitales, con prácticas que trascienden lo individual y brindan continuidad cultural. Por ejemplo, el uso de dietas, baños con plantas y chumbe (vestimenta) durante el embarazo y el puerperio o las ceremonias de paso hacia la adultez, que reconocen la vejez como la máxima fuente de sabiduría. Bajo este marco, los factores protectores y deteriorantes dependen de los hábitos de vida que se materializan en la alimentación y la actividad física. Así, para los pueblos indígenas, es fundamental la alimentación ancestral sin químicos y la actividad física mediada por juegos tradicionales porque fortalecen tanto el cuerpo individual como la cohesión social. Sin embargo, el modelo urbano reactivo, sedentario y dependiente de los circuitos comerciales costosos al que están expuestas estas poblaciones en Bogotá ocasiona el abandono progresivo de las prácticas preventivas ancestrales y los impactos negativos sobre la salud de los pueblos indígenas.

Dichos efectos se expresan tanto en la esfera física con padecimientos como la obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias e infecciosas como en la esfera mental con cuadros de ansiedad, tristeza y agotamiento emocional. Allí cobran relevancia las prácticas de prevención, cura y sanación enmarcadas en la medicina ancestral que buscan restablecer el equilibrio armónico de la persona con la comunidad y su entorno, bajo el liderazgo del consejo de los sabedores. En este sentido, se encontró que algunas de estas prácticas han sido adaptadas al contexto urbano para pueblos indígenas migrantes como los Uitoto, quienes refieren que consiguen por encargo las plantas para la desintoxicación del cuerpo.

Los pueblos indígenas conciben que el bienestar del cuerpo es indisoluble del plano espiritual, por lo que las prácticas enmarcadas en esta dimensión buscan cuidar el pensamiento y las emociones, especialmente frente al estrés de las dinámicas urbanas. En cuanto a los factores protectores, la oración, el canto y los rituales brindan paz y ayudan a sobrellevar los desafíos en la ciudad. Así mismo, los mameaderos y la palabra de los mayores son espacios terapéuticos esenciales donde se liberan cargas emocionales y se armoniza el colectivo. Para esto se utilizan plantas de valor espiritual como el yagé o actividades cotidianas como el tejido, ayudando a procesar emociones y conectando a la persona con la memoria ancestral. No obstante, el traslado al contexto urbano produce un debilitamiento de la protección espiritual porque hay energías y espíritus de la ciudad percibidos como conflictivos, dificultades para conseguir plantas medicinales y falta de espacios naturales adecuados.

Por su parte, la dimensión sociocultural materializada en la estructura comunitaria, puede ser modificada positivamente tanto por espacios o figuras institucionales como los cabildos, los mayores y las mingas; como por las cosmovisiones, Leyes de Origen y Derecho Mayor que regulan el orden de la vida; algo primordial para aliviar el cansancio espiritual y la tristeza causados por el desarraigo. En contraste, los factores deteriorantes amenazan la identidad de los pueblos indígenas. Por ejemplo, la discriminación en las escuelas, el trato homogeneizador en el sector salud, la dispersión espacial en la ciudad y la exposición a violencias producen estados de miedo y estrés crónico, que se interiorizan en el cuerpo como profundas desarmonías espirituales.

En la dimensión territorial y ambiental, los pueblos indígenas confieren una distinción simbólica y de gobernanza a lugares como las sedes de los cabildos, las Casas de Pensamiento Intercultural, las malocas y la Casa Indígena de Bogotá. Sin embargo, la inseguridad, la violencia, la precariedad y otras problemáticas socioeconómicas particulares de la ciudad limitan el encuentro colectivo y amenazan su bienestar integral. Algo similar sucede al evidenciar la apropiación y el reconocimiento de elementos de la naturaleza bogotana como humedales, ríos y cerros, interpretándolos como sitios sagrados donde se expresa la eco-territorialidad. No obstante, la contaminación y degradación de estos entornos naturales quiebran su relación espiritual y afectan drásticamente su forma de vida.

Para los pueblos indígenas, estas dimensiones son gestionadas mediante las estructuras propias en salud que son sistemas vivos y dinámicos para garantizar el bienestar integral mediante el trabajo colectivo, la memoria y la resistencia cultural. Los ejes de dichas estructuras son: I. Los instrumentos de gobierno propio, es decir, los lineamientos y órganos que coordinan la salud bajo el principio de autonomía (por ejemplo, el Plan de Vida y los Estantillos de Medicina Tradicional y Salud del Pueblo Muisca de Bosa), II. Los espacios físicos, simbólicos y comunitarios que sirven para la sanación, la transmisión de saberes y la cohesión social (por ejemplo, los mameaderos del pueblo Tubü Hummürimassa), III. Las autoridades espirituales, sabedores y cuidadores quienes resguardan el conocimiento milenario guiando la prevención y curación (por ejemplo, Benkhūn - médico ancestral y la Dauchoon - partera del pueblo Wounaan Nonam) y, IV. Las prácticas cotidianas y de articulación intercultural que previenen el desequilibrio y promueven la armonización a nivel colectivo (por ejemplo, la danza que se considera un lenguaje de equilibrio en el Pueblo Muisca de Bosa).

Por último, el contraste entre los avances institucionales y las barreras persistentes revela una tensión estructural profunda para articular la medicina occidental y la oferta del Distrito con los saberes indígenas. Por un lado, se destacan hitos como la implementación de los equipos de Medicina Ancestral Indígena (MAI), la Múcura de Salud del pueblo Muysca de Suba y la figura de gestores interculturales en EPS; los cuales tienen como propósito garantizar la atención integral, complementaria y territorializada que mejora la confianza mutua entre la población y las instituciones. Sin embargo, en la práctica se evidencian falta de reconocimiento de estas estrategias, tratos de indiferencia, incomprensión, discriminación y atención deshumanizada, lo cual dificulta la consecución de resultados en salud positivos. Los hitos se explican por los avances nacionales en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) y los Acuerdos de Consulta Previa; mientras los retos se generan por el vacío normativo a nivel distrital y la interpretación superficial del enfoque diferencial. Esta dinámica contradictoria también se evidencia en las acciones intersectoriales, donde se destacan programas como la "Canasta Complementaria", los bonos de alimentación y el sostenimiento de huertas medicinales en el Jardín Botánico; pero se reconocen brechas en la oferta interinstitucional porque opera de forma desarticulada, temporal y fragmentada.

Recomendaciones

Problemática identificada	Recomendación de política pública	Riesgos de no implementar las
---------------------------	-----------------------------------	-------------------------------

		recomendaciones
<p>Desarraigo urbano y fragmentación del cuidado: la ciudad impone factores deteriorantes como sedentarismo, pérdida de alimentación propia, contaminación y estrés.</p> <p>A pesar de avances aislados, las barreras institucionales impiden la entrada de sabedores a hospitales y fragmentan la atención, debilitando el tejido social y el espiritual.</p>	<p>1. Integración formal de estructuras propias: reconocer administrativamente a los equipos de Medicina Ancestral Indígena (MAI) y articularlos funcionalmente en escenarios hospitalarios y comunitarios</p> <p>2. Protección de entornos comunitarios: promover la recuperación de vínculos territoriales en la ciudad (huertas, casas de pensamiento, humedales) como infraestructura de salud intercultural.</p> <p>3. Articulación intersectorial: integrar acciones entre salud, educación, ambiente e integración social bajo principios de corresponsabilidad y enfoque de determinantes sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colapso de las redes comunitarias de cuidado • Aumento de enfermedades crónicas y mentales por estrés urbano ("cansancio espiritual") • Impacto nulo de intervenciones sectoriales desconectadas.

Componente 5: Caracterización de sabedores y sabedoras en medicina ancestral de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C

El diseño y la operación adecuados del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) dependen de la coherencia con los saberes propios de los pueblos indígenas, que están estructurados, se materializan y preservan en los sabedores y las sabedoras de la medicina ancestral. Así, la caracterización de estas figuras permite validar las propuestas y políticas interculturales que respondan a las realidades del territorio, facilita la complementariedad terapéutica entre la medicina occidental y la propia, fundamenta la pervivencia cultural y garantiza la calidad de la atención en salud.

El capítulo componente 5 “*Caracterización de sabedores y sabedoras en medicina ancestral de los Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.*” describe integralmente a los sabedores y sabedoras de los 14 pueblos indígenas participantes, destacando sus saberes, prácticas, especialidades y el papel que desempeñan en la transmisión del conocimiento ancestral. El análisis se realizó mediante una metodología participativa basada en espacios comunitarios de diálogo, visitas en terreno y registros etnográficos con el propósito de reconocer y visibilizar la importancia de estas figuras y comprender sus prácticas y formas de relación con el sistema de salud occidental. El documento se estructura en cuatro apartados: la descripción de las categorías de análisis, la caracterización sociodemográfica, territorial y poblacional, la

caracterización de la práctica de medicina ancestral y la caracterización cultural de las especialidades de los sabedores y sabedoras de la medicina ancestral.

La caracterización incluyó a 137 personas reconocidas como sabedores, sabedoras y caminantes (aprendices) de la medicina ancestral. De ellas, el 55,6% eran hombres y un 44,4% mujeres, evidenciando una distribución de género relativamente equilibrada. En contraste, en el análisis etario, la población se concentra en la adultez (63,5%) y la vejez (30,3%), mientras que la juventud tiene una participación mínima (6,2%), situación que evidencia una fuerte brecha y un riesgo inminente para el relevo generacional de estos conocimientos y su práctica en la ciudad. Así mismo, se evidencia una tasa promedio de 4,3 sabedores por cada 1.000 habitantes que varía ampliamente entre los diferentes pueblos. Por ejemplo, el pueblo Eperārā Siapidaara tiene la tasa más alta con 72,3 sabedores por cada 1.000 habitantes mientras el pueblo Muysca de Suba tiene la tasa más baja con 1,2 sabedores por cada 1.000 habitantes.

El asentamiento en las periferias de Bogotá expone a los sabedores a infraestructuras precarias, ecosistemas contaminados y espacios domésticos reducidos que dificultan la recolección de plantas y la ejecución de rituales. La caracterización territorial evidencia su concentración en localidades nodo del sur, suroccidente, noroccidente y centro (principalmente Suba, Bosa, San Cristóbal y Ciudad Bolívar). Salvo los pueblos Muisca de Bosa y Muysca de Suba, que habitan su territorio de origen, los demás sabedores provienen de resguardos en otras regiones del país, habiendo migrado a Bogotá impulsados principalmente por el desplazamiento forzado y las presiones económicas. No obstante, se puede inferir que los sabedores tienen un alto nivel de arraigo ya que el 69% reportó tiempos de residencia superiores a 10 años en la ciudad, lo que les ha permitido consolidar sus redes y adaptar sus prácticas.

Ante la falta de infraestructuras sagradas propias como malocas o tambos adecuados, la medicina ancestral se ejerce predominantemente en espacios domésticos, consultorios improvisados y sedes de cabildos. Mientras pueblos como el Eperārā Siapidaara y el Wounaan Nonam concentran su práctica de manera muy localizada en sus viviendas debido a normas culturales restrictivas o escasez de recursos, otros como el Inga, Nasa y Los Pastos desarrollan amplias redes de movilidad urbana mediante visitas domiciliarias a los pacientes. Adicionalmente, las comunidades se apropian de la Estructura Ecológica Principal de la ciudad (cerros, ríos, humedales) y de plazas de mercado (como Samper Mendoza, Paloquemao o La Concordia) como corredores de abastecimiento de insumos y escenarios para realizar rituales de armonización.

Por su parte, la caracterización socioeconómica refleja que los sabedores ejercen su labor en condiciones de precariedad a pesar de ser los guardianes de la salud, la armonía y la identidad cultural de los pueblos indígenas. Así, el 44% sobrevive con ingresos inferiores a un salario mínimo legal mensual vigente (SMMLV) y el 34% percibe exactamente un SMMLV; y, aunque ya que la práctica de la medicina ancestral es concebida como un servicio comunitario y vocacional mas, no como una actividad lucrativa, la ausencia de un reconocimiento económico digno y acorde a su importancia, como consecuencia, los sabedores se ven obligados a los sabedores a combinar esta labor con ocupaciones como el trabajo formal (36%) o el trabajo independiente (36%). Además, el 61% de esta población cuenta con un nivel educativo básico (40% secundaria y 21% primaria) y un

significativo 36% está reconocido como víctima del conflicto armado, lo que perpetúa varias de estas vulnerabilidades. En cuanto a su relación individual con el sistema de salud occidental, se evidencia que el 74% de los sabedores está asegurado por medio del régimen contributivo, el 24% por medio del subsidiado, el 0.7% a través del régimen especial y el 1.5% no está afiliado.

A diferencia de la medicina occidental, las especialidades en la salud indígena no operan de manera aislada, sino que un solo sabedor integra dimensiones botánicas, físicas y espirituales. El análisis arrojó 230 respuestas sobre especialidades, siendo las más frecuentes la sobandería (21%), la medicina ancestral (17%) y la espiritualidad y energías (16%). Transversalmente, los pueblos cuentan con figuras de máxima autoridad espiritual y diagnóstica (como los Zaitas Muysca, Mohanes Pijao, Sinchis e Iachas Inga) que median con las fuerzas de la naturaleza, interpretan energías y utilizan plantas sagradas o de poder (yagé, pildé, mambe, tabaco) para sanar dolencias profundas y realizar limpiezas. Junto a ellos, operan roles especializados en el cuidado corporal y botánico, destacándose de manera unánime las parteras (guardianas del ciclo reproductivo, el nacimiento y la protección espiritual del vientre y la primera infancia), los sobadores y hueseros (que restauran el sistema osteomuscular y liberan tensiones energéticas mediante el tacto), y los yerbateros o preparadores de medicina (expertos en la recolección, propiedades y preparación de plantas).

Adicionalmente, los sistemas de salud propios amplían el concepto de medicina al integrar como especialidades saberes culturales, artísticos y pedagógicos que actúan como herramientas preventivas y de armonización. En pueblos como el Muisca de Bosa, Muysca de Suba, Los Pastos, Tubü Hummürimassa y Kamëntšá, prácticas como el tejido, la música, el canto, la danza, la alfarería y la agricultura (alimento propio) son reconocidas oficialmente como especialidades terapéuticas; el acto de hilar o bailar libera tensiones, ordena el pensamiento y restablece la cohesión social. Asimismo, la consejería, la oralidad y la educación (representadas en figuras como el Amauta Kichwa, los educadores Saias de Suba o el Wuwuatma Kamëntšá) son comprendidas como agentes de sanación directa, partiendo del principio de que hablar la lengua materna, guiar con el consejo y recuperar la memoria ancestral cura las desarmonías de la mente y descoloniza el pensamiento.

Por su parte, las adaptaciones interculturales de los 14 pueblos indígenas en Bogotá se caracterizan por la resignificación continua de los espacios y la sustitución de recursos medicinales para sostener sus prácticas ancestrales. Ante la falta de acceso alejanía de sus territorios de origen y a los sitios sagrados naturales, las comunidades han transformado sus viviendas, terrazas y Casas de Pensamiento en territorios simbólicos de sanación y conexión espiritual. A nivel botánico, la escasez de plantas nativas que conserven su fuerza espiritual (o chimia) ha obligado a los sabedores a experimentar con la flora urbana local (como la manzanilla o el sauco), adquirir insumos en plazas de mercado, procesar las hierbas en esencias utilizando máquinas destiladoras modernas, o depender de redes de encomiendas para traer elementos irremplazables, como la lana de ovejo negro o el bejuco pildé, desde sus resguardos.

En cuanto a la formación y transmisión del conocimiento, se resalta el papel fundamental del acompañamiento continuo de los mayores, ya que este se adquiere principalmente a través del linaje familiar (39%), seguido del aprendizaje propio (25%), el aprendizaje comunitario (19%) y el llamado espiritual (15%). Además, dicha formación se trata de un proceso

Comentado [SVR31]: creo que lo adecuado sería saberes o conocimientos botánicos, físicos y espirituales

Comentado [SVR32]: Todos los pueblos se verían reflejados en este término? si no es así, se debería precisar el o los pueblos que lo emplean

Comentado [SVR33]: convertir? o procesar las hierbas para transformarlas en esencias?

acumulativo y de largo aliento evidenciado en que el 69% de los sabedores reporta más de 10 años de formación en su labor y el 70% ~~cuanta con~~ más de una década de experiencia. No obstante, la formación y transmisión de los saberes ancestrales se han tenido que reconfigurar por la falta de espacios físicos adecuados para realizar rituales, la escasez de recursos económicos para sostener los procesos formativos y las dinámicas urbanas. Así, los sabedores han comenzado a tratar nuevas desarmonías propias de la ciudad (como el estrés o los problemas digestivos por alimentos procesados), integrando en sus tratamientos herramientas occidentales y promoviendo espacios educativos interculturales como una resistencia política y espiritual.

Comentado [SVR34]: Pero además esto último constituye un importante e invisibilizado aporte a la salud y el bienestar de la ciudadanía bogotana en general. Vale la pena decirlo.

Recomendaciones

Problemática identificada	Recomendación de política pública	Riesgos de no implementar las recomendaciones
Crisis de relevo generacional y precariedad económica: el 93,8% de los sabedores son adultos o ancianos, y el 44% sobrevive con menos de un salario mínimo. Ejercen en espacios precarios y sin reconocimiento distrital. Además, <u>la sobrecarga</u> y falta de aprendices amenazan la supervivencia de la medicina ancestral	1. Sostenibilidad y dignificación: crear mecanismos institucionales para el reconocimiento formal, la dignificación y la sostenibilidad económica de los sabedores dentro del modelo de atención en salud 2. Escuelas de medicina ancestral: financiar e impulsar estrategias de transmisión intergeneracional y formación de jóvenes aprendices en contextos urbanos. 3. Garantía de espacios e insumos: facilitar el acceso a espacios físicos adecuados para la ritualidad y fortalecer redes de abastecimiento seguro de plantas medicinales.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida irreversible del patrimonio terapéutico indígena. • Sin sabedores, el Sistema Indígena de Salud Propio colapsa, dejando a las comunidades sin su principal red de atención primaria frente a la enfermedad.

Comentado [SVR35]: esto de la sobrecarga no se había mencionado antes. Necesitan colocarlo en la conclusión y en los capítulos.

Componente 6: Capítulo de Análisis de Percepciones, Factores Protectores y Factores de Riesgo frente al Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas de Catorce (14) Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.

Solo a través de un diagnóstico detallado sobre el uso y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en los pueblos indígenas, se pueden establecer rutas de atención libres de prejuicios que respeten los saberes propios de cada comunidad. Este tipo de análisis brinda elementos para distinguir concepciones controvertidas entre la medicina occidental y la medicina propia.

Por ejemplo, la adicción que trasciende lo biológico y representa una profunda desarmonía espiritual y del pensamiento; o el uso tradicional de medicinas ancestrales como la hoja de coca o el yagé. También, la caracterización de los factores de riesgo y protectores para el consumo de SPA fundamenta la distribución eficiente y efectiva de recursos mediante intervenciones pertinentes, sostenibles y verdaderamente interculturales.

~~El capítulo componente 6 “Análisis de Percepciones, Factores Protectores y Factores de Riesgo frente al Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas de Catorce (14) Pueblos Indígenas en Bogotá, D.C.” permite comprender las relaciones entre territorio, identidad, vulnerabilidad y protección frente al consumo de SPA en los pueblos indígenas. Fue llevado a cabo mediante una contextualización estadística basada en estudios distritales y nacionales, complementada con metodologías participativas como círculos de la palabra, grupos focales, recorridos territoriales, cartografías participativas y cuestionarios individuales. El documento se estructura en seis apartados: la contextualización estadística general sobre el uso y abuso de sustancias psicoactivas en Bogotá, la descripción de las categorías de análisis, el análisis de cada pueblo indígena, la caracterización transversal, las conclusiones y recomendaciones.~~

~~En el contexto urbano de Bogotá, el consumo de sustancias psicoactivas constituye una problemática compleja que afecta de manera diferenciada a diversos grupos poblacionales, incluidos los pueblos indígenas. En los últimos cinco años, se han notificado 59.100 casos asociados a atenciones por uso problemático o abuso, representando un reto significativo para la salud pública. Este fenómeno se concentra fuertemente en la adultez (47,2%) y la juventud (38,9%), predominando en personas con niveles de educación secundaria completa e incompleta (60,6%). Al analizar la pertenencia étnica dentro de ese total general, la población indígena representa una cifra estadísticamente mínima del 0,04% (apenas 27 casos notificados). Sin embargo, los estudios de consumo de SPA en Bogotá (2016 y 2022) revelan dinámicas más complejas para la población étnica, identificando altas prevalencias en el uso de alcohol (39,03%) y tabaco (16,22%), seguidas por sustancias ilícitas como la marihuana y la cocaína. Estas dinámicas tienen un fuerte componente de género, siendo el consumo consistentemente más alto en los hombres que en las mujeres.~~

Las percepciones de los pueblos indígenas sobre las sustancias psicoactivas (SPA) se estructuran en torno a su distinción ontológica, las prácticas medicinales y culturales relacionadas y las causas y consecuencias del consumo. En primer lugar, todos los pueblos rechazan el uso generalizado del término "sustancia psicoactiva" para referirse a sus plantas maestras (como la hoja de coca, el tabaco, el mambe o el yagé). Se distingue que el propósito de la medicina ancestral usada bajo orientación espiritual es sanar y armonizar; mientras que las "SPA externas o de occidente" son sustancias químicas producidas comercialmente con fines recreativos. Esta postura es ambivalente en relación con el alcohol ya que tiene cierta normalización en las dinámicas laborales y festivas urbanas de varios pueblos y al mismo tiempo es percibida como la sustancia que más desestructura el tejido social, generando violencia intrafamiliar, conflictos y deterioro de la economía comunitaria.

Por otro lado, las comunidades reconocen desde sus saberes propios las causas y consecuencias del abuso de SPA. Este fenómeno no se entiende como una simple adicción biológica o clínica individual, sino como una ruptura del equilibrio entre el cuerpo, el pensamiento, el espíritu, la familia y el territorio; es leído como una "enfermedad del olvido" (pueblo Uitoto), una fractura del pishintθ θsik amθnamik o

Comentado [KT36]: La idea del parrafo no es valida, ya que la conclusión no debe anunciar la importancia del diagnóstico; este parrafo debe **precisar que el hallazgo central del Cap 6 es que el consumo problemático se comprende como desarmonía espiritual, familiar, comunitaria y territorial, debe diferenciarse con mayor claridad entre medicina ancestral, uso ritual regulado y consumo problemático de SPA externas o usos descontextualizados.**

Comentado [KT37]: Este parrafo escribe la estructura y metodología del capítulo, por lo que corresponde a introducción. Se recomienda retirarlo, ya que **las conclusiones deben centrarse en los hallazgos analíticos** y no en volver a explicar cómo está organizado el documento.

Comentado [KT38]: Donde están las fuentes? cuál es el límite metodológico para evitar interpretaciones que no son?

Comentado [KT39]: Por segunda vez, se indica no incluir bloque epidemiológico de las conclusiones, el capítulo 6 ya aclara que estos datos tienen carácter contextual y no constituyen una caracterización epidemiológica específica de población indígena.

Comentado [KT40]: Este es uno de los puntos más delicados. El bloque estadístico puede desviar el cierre del componente y hacer parecer que la conclusión se basa en datos epidemiológicos generales, cuando **el corazón del Capítulo 6 es la triangulación intercultural y territorial.**

Comentado [KT41]: Este parrafo si sirve como conclusión, pero debe escribirse en lenguaje más claro y operativo (tener en cuenta los siguientes dos comentarios para que lo reestructuren)

Comentado [KT42]: ajustar expresion de "distinción ontológica", dificulta comprensión técnica y más si no se explica. Cambiarlo por **distinción intercultural entre medicina propia, uso ritual regulado y consumo problemático de sustancias externas**

Comentado [KT43]: Evitar afirmar que "todos los pueblos rechazan" precisar que se trata de una convergencia general derivada del análisis.

"vivir en armonía" (pueblo Misak). Se perciben como causas el estrés, la discriminación, la pérdida de los espacios sagrados, el debilitamiento del consejo de los mayores y el "choque cultural". Mientras que, relacionan los efectos con la desarmonía espiritual, las fracturas familiares, el aumento de la violencia, el deterioro del tejido y reconocen sus efectos en el primer territorio (cuerpo y mente) dando lugar a trastornos de ansiedad, depresión, impulsividad y, en casos extremos, al suicidio.

El análisis territorial evidencia una profunda tensión espacial y simbólica entre el cuidado comunitario y las amenazas del entorno urbano en referencia a la exposición y consumo de sustancias psicoactivas. Por un lado, las comunidades identifican que el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el microtráfico, la habitabilidad en la calle, la acumulación de basuras y la falta de iluminación se dan en corredores específicos que cruzan sus trayectos cotidianos. Por ejemplo, los pueblos céntricos (como el Inga, Kamëntsa y Kichwa) enfrentan la normalización de la venta de licor y SPA ilegales en zonas de alto flujo comercial como la Plaza España o San Bernardo y los pueblos ubicados en la periferia o en asentamientos (como el Nasa, Uitoto y Wounaan Nonam) sufren por la precariedad de infraestructura, la falta de servicios públicos y la lejanía.

Frente a esto, los pueblos oponen nodos de resistencia bien sea en espacios físicos institucionales o propios como las Casas de Pensamiento y las Casas Cabildo o por medio de la reapropiación de la naturaleza y el espacio público con las chagras o huertas (pueblos Pastos, Muysca de Suba, Eperärä Siapidaara) y las zonas boscosas o cuerpos de agua. No obstante, para algunos pueblos como el Muysca, Tubü, Misak y Nasa, se presenta una ambivalencia dada porque los lugares que consideran sagrados o de encuentro son simultáneamente focos de consumo y expendio por parte de actores externos, lo que restringe su uso y genera un profundo desequilibrio espiritual y físico.

Con respecto al análisis de los factores protectores y de riesgo asociados al abuso de SPA, se evidencia que los pueblos indígenas participantes no ven estos elementos desde la perspectiva clínica individual, sino desde la perspectiva relacional con el territorio y con su comunidad. Por una parte, los factores protectores tienen una dimensión espiritual y organizativa que funcionan como un sistema integral de cuidado colectivo donde el Cabildo (o estructura que haga sus veces) es el nodo central de orientación y protección, luego la cohesión familiar y la palabra de los mayores y sabedores constituyen la primera red de contención, posteriormente la medicina ancestral, la espiritualidad y las prácticas culturales se utilizan como dispositivos para restaurar el equilibrio y, finalmente la resignificación del territorio urbano evita que estos espacios sean cooptados por las dinámicas de consumo. En contraste, los factores de riesgo surgen principalmente del desarraigo territorial y la fragmentación cultural al habitar el contexto urbano, en el cual se tiene exposición al microtráfico, la venta de alcohol, la precariedad socioeconómica, la falta de oportunidades, la violencia intrafamiliar y la pérdida de la lengua o tradiciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, la elaboración de una propuesta de prevención del uso y abuso de SPA dirigida a la población indígena residente en Bogotá, debe fundamentarse en la gobernanza propia, el reconocimiento de la medicina ancestral y la corresponsabilidad institucional, fortaleciendo espacios comunitarios y abordando las causas estructurales del consumo en la ciudad. Asimismo, requiere acciones diferenciadas según el curso de vida, priorizando la identidad cultural, el acompañamiento comunitario y la construcción de

Comentado [KT44]: El párrafo recoge adecuadamente la noción de desarmonía; sin embargo, Las referencias a **ansiedad, depresión, impulsividad y suicidio** deben manejarse con cuidado, porque son afirmaciones clínicas de alta sensibilidad y deben estar explícitamente sustentadas en el capítulo o en fuentes citadas. **OJO.** Se recomienda centrar la conclusión en la ruptura del equilibrio cuerpo, pensamiento, familia, comunidad, territorio, y dejar los efectos clínicos **solo si están debidamente soportados**.

Comentado [KT45]: Buen párrafo. recoge el análisis territorial, **se debe complementar explícitamente con los recorridos territoriales**, las cartografías participativas y las convenciones de factores de riesgo/protección. Acá debe quedar como conclusión territorial: el riesgo se concentra en tipologías espaciales específicas y no se explica únicamente por decisiones individuales.

Comentado [KT46]: Muysca? no generalizar cuál pueblo Bosa o Suba, el análisis capitular lo hace por pueblo

Comentado [KT47]: precisar que los espacios propios, chagras, huertas, casas de pensamiento, cabildos, cuerpos de agua y zonas boscosas funcionan como protectores cuando existe apropiación comunitaria, presencia organizada y regulación cultural.

Comentado [KT48]: Este párrafo debe reorganizarse, porque mezcla factores protectores y factores de riesgo en una sola idea extensa

Comentado [KT49]: Separar en dos conclusiones: una sobre factores protectores como sistema comunitario de cuidado

Comentado [KT50]: factores de riesgo asociados al desarraigo, fragmentación cultural, exposición urbana, microtráfico, precariedad y pérdida de espacios propios. Además, se debe conectar de forma explícita con la triangulación de cuestionarios, círculos de palabra, matrices y recorridos territoriales.

Comentado [KT51]: Este párrafo da entrada a la transición hacia las recomendaciones, sin embargo, debe re organizarlo bajo la siguiente lógica: dado que el riesgo es territorial y relacional, la estrategia debe ser territorializada; dado que la protección se ancla en medicina ancestral, familia y gobierno propio, la estrategia debe fortalecer capacidades propias; dado que adolescentes y jóvenes presentan mayor exposición, se requiere enfoque de curso de vida. Así se garantiza trazabilidad entre hallazgos y recomendaciones.

proyectos de vida, especialmente en adolescentes y jóvenes. Finalmente, la prevención debe desarrollarse en los entornos cotidianos mediante rutas graduales de atención que integren prevención, detección temprana y sanación intercultural. En este proceso, la medicina ancestral y los saberes propios constituyen el eje central del cuidado, a través de la palabra orientadora, las prácticas de armonización espiritual y el acompañamiento continuo articulado con el sistema de salud occidental.

Recomendaciones

Hay que tener en cuenta que el capítulo 6, ya venía dejando una ruta clara:

- principios orientadores
- curso de vida
- entornos de vida
- niveles de riesgo
- medicina ancestral y saberes propios.

El cuadro presentado tiene una mezcla de conceptos densos como lo son choque epistemológico y lo ontológico con recomendaciones sueltas que no se conectan claramente con esos ejes.

El cuadro requiere reformulación

Problemática identificada	Recomendación de política pública	Riesgos de no implementar las recomendaciones
Choque epistemológico y territorialización del riesgo: el enfoque biomédico patologiza el consumo de PSA y estigmatiza el uso ritual de plantas maestras (coca, yagé). El consumo problemático real es síntoma del desarraigo, la soledad y la exposición directa al microtráfico en los entornos cotidianos.	1. Prevención identitaria y comunitaria: focalizar la prevención en adolescentes y jóvenes mediante la revitalización cultural (arte, deporte, liderazgo) y la orientación de mayores, en lugar de enfoques punitivos. 2. Recuperación territorial: transformar escenarios urbanos de exposición (focos de consumo) en nodos de cuidado activo comunitario mediante intervenciones intersectoriales de seguridad y salud. 3. Diferenciación ontológica de sustancias:	<ul style="list-style-type: none"> • Criminalización de la ritualidad indígena • Fracaso de las terapias psiquiátricas occidentales y, • Aumento exponencial de la desarmonía, las fracturas familiares y el suicidio en la juventud indígena.

Comentado [KT52]: Por favor presentar recomendaciones en **texto lineal**, no en cuadrícula.

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita

Dio formato: Fuente: 14 pto, Subrayado

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita, Color de fuente: Automático

Dio formato: Fuente: 14 pto, Sin Negrita, Subrayado

Con formato: Párrafo de lista, Con viñetas + Nivel: 1 + Alineación: 0,63 cm + Sangría: 1,27 cm

Dio formato: Fuente: 14 pto, Subrayado

Dio formato: Fuente: 14 pto

Con formato: Justificado, Diseño: Claro (Fondo 1)

Dio formato: Fuente: 14 pto

Dio formato: Resaltar

Comentado [KT53]: Ajustar toda la columna tiene afirmaciones fuertes y no suficientemente sustentadas, como fracaso de terapias psiquiátricas occidentales... Esto no está soportado por el análisis del capítulo.

Re formular a: riesgos más precisos y trazables, como: persistencia de abordajes estigmatizantes, debilitamiento de factores protectores propios, pérdida de confianza comunitaria frente a la institucionalidad, aumento de exposición de niñas, niños y jóvenes a entornos de riesgo y menor activación de rutas de acompañamiento intercultural.

Comentado [KT55]: Con respecto al la prevención identitaria... Es pertinente, pero debe conectarse con **LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES-Pag 141, del análisis capitular**. debe quedar claro que estas acciones se fundamentan en gobernanza propia, fortalecimiento de identidad cultural, participación de mayores y sabedores, y protección de espacios comunitarios.

Comentado [KT54]: Con respecto al Choque epistemológico ... Si se quiere hacer referencia a la tensión entre el enfoque biomédico, y los sistemas propios de conocimiento indígena, se debe decir: **Tensión entre el enfoque biomédico de las SPA y las comprensiones propias sobre medicina ancestral, armonía/desarmonía y consumo problemático de sustancias externas**

Comentado [KT56]: Es coherente, pero debe alinearse mejor con entornos de vida y nodos protectores. No se trata únicamente de transformar focos de consumo en nodos de cuidado, sino de fortalecer la apropiación comunitaria, la presencia organizada... resignificados y espacios de encuentro comunitario.

Dio formato: Color de fuente: Rojo, Tachado

	adaptar protocolos clínicos para evitar la estigmatización y los falsos diagnósticos en usuarios de medicina ancestral (plantas sagradas).	
--	---	--

El cuadro tiene ideas rescatables, pero se debe mejorar la formulación, debe tener coherencia con las recomendaciones del capítulo.

Comentado [KT57]: Eliminar parrafo. diferenciación ontológica" no es un término operativo para una recomendación.
Cambiar a: Diferenciación intercultural entre medicina propia, uso ritual regulado, uso descontextualizado y consumo problemático de SPA externas

Conclusiones transversales

El análisis conjunto de los cinco componentes revela que el territorio no es una variable más entre los determinantes de salud indígena; es el eje articulador de toda la cadena causal que conecta el bienestar, la enfermedad, el consumo de sustancias psicoactivas, la práctica de la medicina ancestral y la transmisión intergeneracional del conocimiento. Esta centralidad del territorio permite afirmar que la fractura territorial no es un problema sectorial sino una condición estructural que atraviesa la totalidad del proceso salud-enfermedad de estos pueblos.

Sin embargo, existe una asimetría crítica, mientras todos los pueblos describen el territorio como fuente de salud, identidad, espiritualidad y medicina, la evidencia sociodemográfica muestra que la población indígena en Bogotá se concentra precisamente en las periferias con mayor precariedad, donde los ecosistemas están degradados, las infraestructuras son deficientes y el acceso a espacios naturales sagrados es limitado o inexistente. Esta contradicción entre el territorio como condición necesaria de salud y la privación territorial como condición real de vida, configura lo que podría denominarse una vulnerabilidad de base que ninguna intervención sectorial aislada puede resolver.

Comentado [SVR58]: de origen?
O como necesaria fuente de salud...?
Es que como está redactado pareciera que los pueblos han dicho que los territorios que habitan en la ciudad son fuente de salud y creo que esa no es la idea que quieren expresar.

El desarraigo territorial actúa como catalizador de una cadena causal multidimensional que se convierte en un proceso iterativo. Este desarraigo produce fragmentación identitaria, que a su vez genera estrés crónico, ansiedad y "cansancio espiritual". Esto facilita el consumo problemático de sustancias psicoactivas, lo cual agrava la violencia intrafamiliar y debilita las redes comunitarias de cuidado. El resultado es el aislamiento aislamiento a de los sabedores y la limitación de su capacidad para transmitir el conocimiento y ejercer su práctica, lo que acelera la pérdida del patrimonio terapéutico colectivo e incide en el deterioro de la salud y el bienestar. Así, la expresión cuantificable de la cadena causal descrita está conformada por la caracterización epidemiológica de los trastornos mentales asociados al consumo de SPA y violencias que los pueblos indígenas refieren como la ruptura de la armonía.

Comentado [SVR59]: estimula?

En este sentido, varias comunidades han comenzado a resignificar elementos de la Estructura Ecológica Principal de Bogotá como territorios sagrados y espacios de práctica medicinal. Esta capacidad de resignificación territorial representa una resiliencia cultural activa que el sistema de salud y las políticas distritales pueden incorporar como recurso estratégico. Sin embargo, la contaminación y degradación de estos mismos ecosistemas rompen esa relación espiritual y afectan la vida de los pueblos. Existe, por tanto, una oportunidad para que las políticas de medio ambiente y salud converjan en la protección y recuperación de estos espacios como infraestructura de salud intercultural.

Comentado [SVR60]: Solamente esto? creo que es un problema de redacción, la idea no es muy clara.

Por otra parte, se evidencia una paradoja en torno a la institucionalización incompleta. Existe un marco normativo robusto a nivel nacional que reconoce los derechos a la salud intercultural de los pueblos indígenas, y existen experiencias concretas de implementación en Bogotá. Sin embargo, en la práctica cotidiana persisten tratos de indiferencia, discriminación, incompreensión y atención deshumanizada que contradicen ese reconocimiento formal. Esta paradoja no es una falla de implementación menor, es una ruptura sistemática entre la política diseñada y la política vivida, sugiriendo que desde el nivel administrativo más básico hay vacíos que impiden la gestión adecuada del riesgo en salud de esta población.

A lo anterior se suma la informalidad y la precariedad de los sabedores, lo cual es, en términos prácticos, una restricción de la oferta del sistema de salud intercultural. ~~Esto tiene consecuencias directas sobre la capacidad del sistema de salud intercultural y su capacidad~~ para funcionar. Un sabedor o una sabedora que debe combinar su labor medicinal con trabajo formal o independiente no puede atender con la dedicación, los tiempos rituales y la disponibilidad que la medicina propia requiere. Así mismo, la crisis del relevo generacional en los sabedores y las sabedoras es equivalente al cierre programado de los centros de atención primaria de una comunidad. La urgencia de actuar es proporcional a la irreversibilidad del daño, ya que los saberes que se pierden con una generación ~~no fácilmente~~ se recuperan con programas posteriores.

También a partir del análisis se puede afirmar que la fragmentación intersectorial actúa como multiplicador de vulnerabilidades. Una familia indígena que enfrenta simultáneamente inseguridad alimentaria, exposición a SPA en su entorno inmediato, barreras de acceso al sistema de salud y debilitamiento de su red comunitaria de cuidado no puede resolver ninguno de estos problemas de manera aislada. La política sectorial que aborda uno sin articularse con los otros genera intervenciones de bajo impacto y crea la ilusión de cobertura sin producir cambios en los determinantes estructurales.

De modo relevante, en cuanto a la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, las tensiones conceptuales no resueltas tienen implicaciones para la política pública. Los pueblos indígenas exigen el reconocimiento de sus plantas maestras como instrumentos terapéuticos y rituales distintos de las sustancias psicoactivas con fines recreativos. Sin embargo, esta tensión conceptual no resuelta genera consecuencias concretas y negativas para la salud de esta población. Por ejemplo, las rutas de atención por consumo de SPA pueden resultar estigmatizantes o inapropiadas para personas que consumen yagé o mambe con fines rituales; los protocolos de detección temprana pueden generar falsos positivos entre usuarios de medicina ancestral; y los sabedores que utilizan plantas sagradas en sus prácticas pueden enfrentar barreras legales o institucionales que comprometen su ejercicio.

Finalmente, las diferentes brechas y limitaciones de datos referidas en los componentes no constituyen un problema técnico menor; son condiciones que invisibilizan la magnitud de la carga de enfermedad en los pueblos indígenas, así como las condiciones sociodemográficas y territoriales que los caracterizan, lo que justifica la asignación insuficiente de recursos. Más allá de mejoras técnicas en los sistemas de información, se requiere una decisión política de generar datos con enfoque diferencial, incluyendo mecanismos de registro en lengua propia, cruces regulares con censos de cabildos y otra información relevante proveniente de los sistemas propios de salud.

Recomendaciones transversales

Comentado [SVR61]: Y es que las personas que usan las plantas sagradas con fiens rituales o curativos son incluidas en las rutas de atención por consumo de SPA? en las rutas las personas no se inscriben de manera voluntaria? creo que no es una conclusión fácil de sostener.

Comentado [SVR62]: Estas dos sí que pueden suceder

A continuación se formulan siete recomendaciones de nivel superior para la política pública distrital en salud indígena, derivadas del análisis transversal de los cinco componentes de la caracterización y articuladas con los lineamientos del Plan Territorial de Salud 2024–2027 y del CONPES-37 de 2024.

Estas recomendaciones operan en el nivel estratégico-estructural, no sustituyen los programas y proyectos vigentes, sino que señalan las condiciones de base que deben transformarse para que dichas intervenciones alcancen resultados sostenibles.

Recomendación 1. Formular un decreto Distrital de operacionalización del SISPI en Bogotá D.C.

El Decreto Distrital que formalice el SISPI en el contexto urbano debe establecer:

- a) El reconocimiento legal de los sabedores como agentes del sistema de salud complementario, con derechos y obligaciones definidos.
- b) Protocolos de articulación entre IPS/EPS y estructuras propias (cabildos, casas de pensamiento, malocas) para la atención coordinada.
- c) Un fondo de sostenibilidad para insumos de medicina ancestral (plantas, elementos rituales) como parte de la canasta de atención intercultural.
- d) La distinción operativa entre [el](#) uso ritual o terapéutico de enteógenos bajo orientación de sabedores reconocidos y [el](#) consumo problemático de SPA.

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Inexistencia de norma distrital vinculante para el SISPI urbano.	Eje 2, estrategia: "Desarrollo de capacidades institucionales para la transversalización del enfoque diferencial y el reconocimiento y respeto por los sistemas de conocimiento propio de pueblos y comunidades étnicas".	Objetivo Específico 2: "Garantizar las medidas institucionales para la pervivencia de la identidad y la cosmovisión cultural, ambiental y territorial de los pueblos indígenas en el distrito". Factor Estratégico 4: persistencia de barreras para la implementación de sistemas propios.

Recomendación 2. Crear el registro Distrital de sabedores y sabedoras de medicina ancestral con reconocimiento institucional y vinculación al sistema de salud.

El Registro propuesto debe incluir:

- a) Categorización por especialidad (partera, huesero, yerbatero, autoridad espiritual, etc.) y por pueblo de pertenencia, validada por las propias autoridades.

|

- b) Vinculación a las rutas de atención del sistema distrital como agentes complementarios, con mecanismo de referencia y ~~contrareferencia~~~~contrarreferencia~~ culturalmente pertinente.
- c) Acceso a seguridad social contributiva financiada parcialmente por el Distrito, como reconocimiento de su función de salud pública.
- d) Protocolo de articulación con plazas de mercado para garantizar el abastecimiento de insumos medicinales.

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Invisibilidad institucional de sabedores activos; precariedad extrema.	Establece la meta de vincular el 100% de la población indígena a acciones diferenciales "desde el reconocimiento de los Sistemas Propios de Salud e Interculturales". Sin un registro de sabedores, esta meta es operativamente imposible de cumplir porque el sistema no sabe quiénes son los agentes del sistema propio.	Camino de Salud, Medicina Propia y Espiritualidad. Factor Estratégico 3: "Falta de valoración e implementación de acciones que reconozcan y protejan las particularidades culturales y el saber ancestral". El Registro es el instrumento administrativo que convierte el reconocimiento declarativo en reconocimiento efectivo.

Recomendación 3. Diseñar e implementar un Sistema Distrital de Información en Salud Indígena con enfoque diferencial por pueblo.

El sistema propuesto debe:

- a) Incluir variables de identificación por pueblo (no solo por "étnia"), cruzadas periódicamente con los registros censales de los 14 cabildos de la ~~Mesa Autónoma Distrital~~.
- b) Reconocer y registrar las atenciones realizadas por sabedores en el marco del SISPI, con nomenclatura de diagnóstico propia validada por cada pueblo.
- c) Generar perfiles epidemiológicos individualizados por pueblo al menos bienalmente, como insumo obligatorio para la planeación de acciones diferenciales.
- d) Ser interoperables con los sistemas de información de los cabildos, bajo gobernanza compartida y con consentimiento informado colectivo para el uso de los datos.

Comentado [SVR63]: Este es el nombre exacto de la instancia? si es así, excusas y por favor omitir. Se refieren al Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C.?

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Ausencia de datos (ej. 38,6% sin dato en registros) y subregistro (ej. SPA del 99,96%)	El PTS reconoce la importancia de los sistemas de información diferenciales, pero no define la arquitectura específica para pueblos indígenas.	Resultado 9: "Aumento de estrategias de concertación y participación de los pueblos indígenas en la formulación e implementación de programas y proyectos

	El Eje 1 de Gobernabilidad y Gobernanza señala la necesidad de "mecanismos de coordinación, diálogo y concertación con estructuras propias de los pueblos y comunidades indígenas para la gobernanza en salud pública".	distritales". Un sistema de información sin la participación de los cabildos en su diseño reproducirá los sesgos que han generado el subregistro actual.
--	---	---

Recomendación 4. Establecer un Programa Distrital de Relevo Generacional para la Medicina Ancestral.

El programa debe contemplar:

- a) Becas de sostenimiento para jóvenes indígenas en proceso de formación como caminantes, que compensen el costo de oportunidad frente al mercado laboral urbano.
- b) Espacios físicos adecuados (malocas, tambos, jardines medicinales en sedes de cabildos) financiados por el Distrito como infraestructura de salud pública.
- c) Reconocimiento curricular del proceso de formación ancestral en el sistema educativo distrital, en coordinación con la Secretaría de Educación.
- d) Fondo de insumos medicinales gestionado por los cabildos para garantizar que los jóvenes en formación accedan a las plantas y materiales necesarios para su aprendizaje.

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
El 6,2% de sabedores son jóvenes. El relevo generacional está en riesgo.	El PTS identifica el envejecimiento de la población indígena como tendencia demográfica que "requiere un modelo de atención en salud culturalmente apropiado". El Programa de Relevo Generacional es la condición para que ese modelo siga existiendo en el futuro. Sin él, el PTS siguiente no tendrá agentes del sistema propio con quienes articularse.	Resultado 5: "Aumento de estrategias de reconocimiento de la identidad, cosmovisión y diversidad cultural propiciando la transformación social de prácticas discriminatorias". La falta de condiciones para el relevo generacional es una forma de discriminación estructural.

Recomendación 5. Reformular los protocolos de atención en salud mental integrando las categorías diagnósticas propias de los pueblos indígenas.

Los protocolos reformulados deben:

a) Incorporar las categorías diagnósticas propias de cada pueblo (cansancio espiritual, susto, mal viento, fuerza del territorio, etc.) como diagnósticos complementarios válidos en la historia clínica intercultural.

b) Establecer rutas de atención que combinen la consulta clínica con la orientación de sabedores, diferenciando cuándo el tratamiento principal es el propio y cuándo el occidental, bajo decisión concertada con el paciente y su cabildo.

c) Capacitar obligatoriamente al talento humano de las IPS que atienden población indígena en las concepciones de salud mental de cada pueblo, como condición para la habilitación de servicios con enfoque diferencial.

d) Incluir a los mameaderos, casas de consejo y espacios de palabra como entornos terapéuticos reconocidos en las rutas de atención en salud mental, complementarios a los servicios clínicos.

Comentado [SVR64]: mejor "y su sabedor", para proteger la privacidad (lo cual ayuda a que la gente consulte más) del paciente y porque el trámite con el cabildo podría ser extenso.

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
315 casos TM-SPA; 4% alertas suicidio; protocolos inapropiados.	<p>El PTS establece estrategias "para desarrollar en todo el territorio programas de promoción, prevención y atención en salud mental, con enfoque diferencial y poblacional".</p> <p>La reformulación de protocolos es el mecanismo que convierte el "enfoque diferencial" de declaración en práctica clínica concreta.</p>	<p>Camino de Salud, Medicina Propia y Espiritualidad. El CONPES señala la necesidad de "articular la medicina ancestral con la medicina occidental" y de avanzar hacia "espacios comunitarios para la atención".</p> <p>La reformulación de protocolos de salud mental es el primer campo donde esta articulación puede operacionalizarse de manera sistemática.</p>

Recomendación 6. Crear la Comisión Intersectorial Permanente de Salud Indígena Urbana con presupuesto propio y gobernanza compartida

La Comisión propuesta debe tener:

a) Composición paritaria entre representantes de los 14 cabildos de la Mesa Autónoma Distrital y representantes de las secretarías distritales pertinentes, con presidencia alternada.

b) Presupuesto propio aprobado plurianualmente, no sujeto a ciclos anuales de proyectos, que financie las acciones intersectoriales concertadas.

c) Facultad de articular los Planes de Vida de los cabildos con los planes operativos de cada secretaría, garantizando coherencia entre la planificación propia y la institucional.

d) Mecanismo de rendición de cuentas pública ante la ciudadanía y los cabildos, con indicadores diferenciales por pueblo definidos en concertación.

Comentado [SVR65]: Nombre preciso?

Comentado [SVR66]: cuáles? todas?

Comentado [SVR67]: Pero que le apunten a los determinantes estructurales, no? sería lo coherente con las conclusiones que han planteado. Indicadores de impacto? sería lo más estratégico

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Acciones intersectoriales fragmentadas, temporales y desarticuladas.	<p>Estrategia del Eje 2: "Establecimiento de mecanismos institucionales, sectoriales, intersectoriales y comunitarios que garanticen la participación de los pueblos y comunidades en la planeación y la respuesta en salud".</p> <p>La Comisión es ese mecanismo con el nivel de formalización que su permanencia requiere.</p>	<p>Objetivo Específico 4: "Garantizar el fortalecimiento de las instancias y procesos de participación política y de concertación de los pueblos indígenas".</p> <p>Factor Estratégico 8: "Débil capacidad institucional y comunitaria para la participación de los pueblos indígenas dificultando la concertación en la definición de planes, programas y proyectos".</p>

Recomendación 7. Incorporar la dimensión territorial de la salud indígena en el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) y en la política ambiental distrital.

La incorporación territorial debe incluir:

- Reconocimiento de las sedes de cabildos, Casas de Pensamiento Intercultural, malocas y espacios de práctica medicinal como equipamientos de salud pública en la clasificación del suelo del POT.
- Protección de la Estructura Ecológica Principal en los territorios de asentamiento indígena con criterio de salud intercultural, articulando la **Secretaría de Ambiente con la Secretaría Distrital de Salud**.
- Programa de recuperación y acceso a sitios sagrados del Pueblo Muisca como medida de salud pública, reconociendo que su deterioro es un determinante documentado de la salud mental de esta comunidad.
- Zonas de protección especial para jardines y huertas medicinales en localidades con alta concentración de población indígena (Suba, Bosa, Ciudad Bolívar), financiadas como infraestructura de salud primaria.

Comentado [SVR68]: y planeación distrital y gobierno y el IDU?

Problema estructural	Soporte en PTS 2024–2027	Soporte en CONPES - 37
Privación territorial como determinante estructural de salud sin respuesta POT.	<p>El PTS identifica que las comunidades indígenas asentadas en zonas de invasión "están expuestas a riesgos socioambientales y a situaciones de vulneración, desarmonías y desequilibrios".</p> <p>Esta descripción es</p>	<p>Objetivo Específico 3: "Establecer medidas para el fortalecimiento del arraigo, la recuperación de soberanía territorial y respeto de los sitios sagrados del Pueblo Muisca".</p> <p>Resultado 7: "Aumento de</p>

	epidemiológicamente correcta, pero no activa ningún mecanismo de respuesta territorial. La incorporación en el POT es el instrumento que convierte el diagnóstico en acción preventiva.	estrategias de reconocimiento de identidad y cosmovisión territorial". La incorporación en el POT es la materialización territorial de estos compromisos.
--	---	---