Introducción.

El proceso de formulación de una propuesta de Estrategia de Salud Propia Indígena para la ciudad de Bogotá exige un conocimiento profundo de las realidades, necesidades, saberes, barreras y potencialidades de los pueblos indígenas que habitan el contexto urbano. En este sentido, el presente documento sistematiza de manera detallada los elementos identificados en el marco de las actividades del Contrato Interadministrativo 8418986 de 2025, permitiendo comprender no solo las necesidades puntuales, sino también las oportunidades estratégicas para el fortalecimiento de la salud propia e intercultural.

La metodología desarrollada se estructuró en dos momentos complementarios. El primero correspondió al análisis de las atenciones realizadas en el marco de los Contratos Interadministrativos de Medicina Ancestral Indígena (MAI), durante las vigencias 1, 2 y 3, comprendidas entre julio de 2023 y julio de 2025. Este ejercicio integra la información derivada de las acciones familiares, comunitarias y propias desarrolladas en dicho periodo. El análisis de estos datos permite identificar información poblacional, sociales, culturales, territoriales y de acceso a servicios, constituyéndose en un insumo fundamental para orientar la construcción de una propuesta de estrategia diferencial en salud que fortalezca las prácticas de sabiduría ancestral y el cuidado de la salud propia e intercultural, desde los usos y costumbres de los pueblos indígenas.

Las categorías de análisis fueron construidas mediante un proceso participativo y de diálogo desarrollado a través de círculos de la palabra con los equipos de salud indígena Este ejercicio permitió identificar, discutir y priorizar los temas, prácticas, percepciones y elementos relevantes desde los saberes y conocimientos propios de cada pueblo. De manera complementaria, la construcción de las categorías se fortaleció con la revisión y análisis de fuentes secundarias recopiladas por los equipos de salud, las cuales aportaron referentes conceptuales para la comprensión de las dinámicas de salud propia e intercultural. Como resultado, las categorías emergieron de la articulación entre el conocimiento colectivo generado en los espacios comunitarios y la información documentada disponible, garantizando un enfoque integral, contextualizado y culturalmente pertinente.

El segundo momento correspondió a la proyección de líneas de acción, construidas a partir del análisis cualitativo desarrollado con base en los resultados obtenidos en los círculos de palabra con actores estratégicos, la revisión y análisis de fuentes secundarias, y la información derivada de las atenciones y procesos previos ejecutados en el marco del contrato interadministrativo.

La selección de los actores participantes se realizó considerando su experiencia, conocimiento del enfoque diferencial y vinculación con los procesos comunitarios y de salud, priorizando a aquellos que han acompañado de manera continua la implementación

de acciones o que representan instancias organizativas y comunitarias relevantes. Este proceso metodológico permitió recoger las voces, experiencias y perspectivas de los distintos participantes, fortaleciendo una comprensión colectiva, situada y contextualizada que orientó la definición y construcción de las líneas de acción y el camino a seguir en el desarrollo de la estrategia.

Categorías analíticas[1]

En el marco del documento de avance de la propuesta de una estrategia, las categorías analíticas se definieron y ajustaron en coherencia con la propuesta de plan de trabajo, la cual orientó los ejes temáticos y el enfoque metodológico del análisis. A partir de este referente, se realizó la revisión y reorganización de la información proveniente de fuentes secundarias, sistematizada en una matriz que permitió su clasificación y análisis.

Las categorías que se presentan a continuación reflejan este proceso y constituyen la base para la interpretación de los hallazgos y la orientación de la estrategia.

1. **Orientaciones para el Cuidado de la Salud indígena con Enfoque Propio**

Esta categoría reúne los lineamientos y criterios[2] definidos desde el enfoque propio de los pueblos indígenas[3] para identificar y priorizar necesidades de salud a nivel individual, familiar y comunitario, en coherencia con su cosmovisión, usos y costumbres.

Integra el calendario ancestral, las características poblacionales, el rol de sabedores y parteras y las orientaciones del gobierno propio, como bases para la toma de decisiones en salud. Su propósito es garantizar acciones culturalmente pertinentes que contribuyan al bienestar, la armonía y la pervivencia de las comunidades indígenas.

2. **Territorio**

El territorio es un espacio integral y vivo que sostiene la vida individual y colectiva de los pueblos indígenas, articulando identidad, salud, espiritualidad y cultura. No se limita a lo geográfico, sino que incluye relaciones, significados y memoria. El cuerpo es concebido como el primer territorio, donde se reflejan las relaciones con la comunidad y la naturaleza; por tanto, cualquier desequilibrio afecta tanto al cuerpo como al territorio. Su

---

[1] *Las definiciones de cada una de las categorías y subcategorías son construcción propia de la labor de la propuesta de diseño de la estrategia. Dichas definiciones, son producto de la consolidación, análisis y sistematización de la información recopilada de fuentes primarias de los círculos de palabra realizados con población étnica de los 12 pueblos que conforman esta estrategia, así como en el ejercicio de revisión y análisis de fuentes secundarias desarrollado por el Pueblo Muisca, el cual también hace parte de esta estrategia*

2.El término más definición se encuentra en la construcción de los mismos con base a las actividades realizadas con los pueblos

3. El término de los comentarios "definidos" están más que ello, orientados a la construcción de estos criterios con base a los actividades y espacios de Círculos de la palabras, Tulpas, entrevistas, entre otras con el objetivo de allí, definir los criterios y lineamiento base para llevar a cabo cada categoría y línea propuesta.

2

cuidado implica prácticas propias, protección espiritual y conexión con los saberes y fuerzas que sostienen la vida.

- Territorialidad, movilidad y presencia viva en el Territorio: Esta categoría comprende el territorio como un sujeto vivo esencial para la salud integral, donde el hogar, la comunidad y el entorno se configuran como espacios de equilibrio espiritual y energético. Desde esta perspectiva, se valoran y analizan las condiciones físicas, ambientales, simbólicas y organizativas de los espacios destinados a la atención ancestral. Incluye, además, la identificación de lugares para prácticas rituales, preparación de medicinas, encuentros de palabra y procesos de armonización espiritual, fundamentales para el cuidado y la pervivencia cultural.
- Territorio y sitios sagrados como sujeto de cuidado: Reconoce la relación de reciprocidad entre la comunidad y la Madre Tierra, entendiendo que el territorio es un ser vivo que cuida y sostiene la vida. Incluye los sitios sagrados como espacios fundamentales de conexión espiritual, armonización y transmisión de saberes. La protección del entorno natural y de estos lugares sagrados constituye una estrategia esencial para la prevención, el equilibrio, la curación, la sanación y la pervivencia cultural dentro del sistema de salud propio.

3. Prácticas del cuidado propio e intercultural en salud

Las prácticas del cuidado propio e intercultural en salud constituyen el conjunto de acciones, saberes ancestrales, decisiones y relaciones que las personas, familias y comunidades indígenas desarrollan desde su enfoque propio para fomentar la salud, proteger la vida, recuperar la armonía y mantener el equilibrio individual y colectivo.

Desde esta categoría, la salud se comprende como un proceso integral, intercultural y dinámico, que abarca dimensiones físicas, emocionales, espirituales, sociales y territoriales, donde el cuidado no solo es un derecho, sino también una práctica colectiva que sostiene la vida, la identidad cultural y la pervivencia de los pueblos indígenas.

4. Saberes propios para fortalecer la pervivencia

Hace referencia al conjunto de conocimientos ancestrales, prácticas, creencias y formas de comprensión del mundo que son transmitidas de generación en generación dentro de los pueblos indígenas. Esta categoría busca fortalecer la preservación, recuperación y transmisión de estos saberes al interior de las comunidades. Incluye procesos de educación propia orientados a revitalizar conocimientos que se encuentran en riesgo de pérdida, así como a reforzar aquellos que permanecen vigentes. Además, reconoce el papel de estos saberes como guía en la interacción con instituciones externas, promoviendo un diálogo intercultural respetuoso.

Análisis de las atenciones en Medicina Ancestral Indígena (MAI)

La presente lectura estratégica integra los principales hallazgos poblacionales, culturales, territoriales y de salud de los 14 pueblos indígenas, analizados a partir de indicadores trazadores construidos desde un enfoque diferencial e intercultural. Su propósito es orientar la propuesta de formulación de una estrategia de cuidado en salud con enfoque propio, reconociendo que las dinámicas poblacionales, las condiciones de viday los procesos de pervivencia cultural configuran necesidades específicas que requieren ser abordadas desde la medicina ancestral en articulación con otros enfoques de atención en salud.

La información presentada corresponde a los contratos interadministrativos de Medicina Ancestral Indígena (MAI), desarrollados durante aproximadamente dos años, entre 2023 y 2025[4]. Adicionalmente, como insumo para el análisis y fortalecimiento del proceso, se incorporaron los resultados del contrato interadministrativo No. 8295451 de 2025, cuyo objeto consistió en la caracterización y el diagnóstico de la situación de salud con enfoque diferencial indígena para los pueblos indígenas en Bogotá, concertado con el espacio autónomo indígena conforme a la normatividad vigente. La inclusión de esta información responde a su pertinencia y complementariedad con los procesos desarrollados en el marco de los contratos MAI, dado que aporta elementos diagnósticos, contextuales y de análisis sobre las condiciones y necesidades identificadas en salud de los pueblos indígenas, permitiendo ampliar la comprensión del territorio, fortalecer la lectura de las realidades priorizadas y orientar de manera más integral la construcción y proyección de acciones estratégicas.

Metodológicamente, el proceso se desarrolló desde un enfoque descriptivo, analítico y participativo, articulando herramientas cuantitativas y cualitativas derivadas de las fichas de planeación de las acciones familiares, comunitarias y propias para la comprensión integral de las dinámicas de salud de los pueblos indígenas en contexto urbano. La unidad de análisis estuvo constituida por personas, familias y comunidades pertenecientes a los 14 pueblos indígenas residentes en Bogotá vinculados al proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), reconociendo las particularidades territoriales, culturales, organizativas y de curso de vida presentes en cada pueblo indígena.

Las fuentes de información utilizadas corresponden principalmente a las bases de datos institucionales GESI, a partir de las cuales se consolidaron y analizaron los registros administrativos generados por los equipos de salud indígena en el marco de los procesos de salud, seguimiento familiar, atención comunitaria, gestión en salud y acompañamiento territorial.

Para el análisis se construyeron indicadores trazadores los cuales involucraron características poblacionales, territoriales, culturales y de acceso a los servicios de salud,

[4] Consolidando datos provenientes de los contratos interadministrativos No. 5141153 de 2023, ejecutado entre julio de 2023 y marzo de 2024; No. 6193432 de 2024, ejecutado entre abril y septiembre de 2024; y No. 7017807 de 2024, ejecutado entre octubre de 2024 y junio de 2025.

incluyendo variables relacionadas con cobertura, curso de vida, índices de dependencia, enfermedades crónicas, salud mental, barreras de acceso, aseguramiento, prácticas culturales, medicina ancestral, desarmonías corporales y espirituales, condiciones territoriales y seguimientos familiares. Estos indicadores permitieron identificar particularidades entre los pueblos indígenas, facilitando una comprensión integral de las dinámicas de salud y cuidado en contexto urbano.

Finalmente, la interpretación de los hallazgos se realizó desde un enfoque intercultural y de salud propia, reconociendo la centralidad del territorio, la espiritualidad, los saberes ancestrales, las prácticas comunitarias y el papel de los sabedores y autoridades indígenas en los procesos de cuidado, armonización y pervivencia cultural de los pueblos indígenas en Bogotá.

Entre las limitaciones identificadas se encuentran las variaciones en los registros de información entre las diferentes vigencias contractuales, la movilidad territorial de la población indígena, las dinámicas de actualización permanente de la caracterización y las barreras de acceso institucional, factores que pueden generar subregistro o variaciones en algunos indicadores analizados.

Caracterización poblacional de los pueblos indígenas

Para el desarrollo de este análisis se realizó un ejercicio comparativo entre la información del censo poblacional de pueblos indígenas utilizado en el documento de caracterización (2026) y los registros de atención efectuados por los equipos de salud indígena durante el periodo de implementación de las acciones. Este proceso permitió contrastar la composición y características de la población identificada con el alcance de las atenciones realizadas, considerando variables poblacionales que contribuyen a reconocer patrones, brechas y elementos relevantes para la comprensión de las dinámicas de atención en salud. El análisis se orientó a generar insumos para la identificación de necesidades y la proyección de acciones relacionadas a las líneas de acción y categorías que fortalezcan una respuesta diferencial e intercultural ajustada a las realidades y particularidades de los pueblos indígenas.

El análisis comparativo entre el censo poblacional registrado en el documento de caracterización (2026) de pueblos indígenas y la atención realizada por los equipos de salud indígena evidencia elementos fundamentales para el diseño de una propuesta de estrategia diferencial e intercultural en salud. La población indígena censada corresponde a 24.289 personas (100%), con una distribución relativamente equilibrada entre hombres, quienes representan el 48,8% (11.855 personas), y mujeres, que corresponden al 51,2% (12.434 personas).

Tabla X. Población censada, población atendida y cobertura de atención en salud de los pueblos indígenas en Bogotá, 2020–2025

Pueblo Indígena	Población censada	Hombres	Mujeres	Individuos Atendidos	Cobertura con relación a la población censada (%)
Muysca Suba	10.715	5.218	5.497	207	1,9
Muisca Bosa	4.889	2.440	2.449	230	4,7
Ambika Pijao	2.633	1.210	1.423	200	7,6
Kichwa	2.322	1.157	1.165	166	7,1
Los Pastos	981	460	521	230	23,4
Inga	850	413	437	156	18,4
Uitoto	505	262	243	234	46,3
Wounaan Nonam	312	157	155	221	70,8
Camëntsá	276	134	142	150	54,3
Yanacona	222	109	113	203	91,4
Misak	218	111	107	194	89
Nasa	154	76	78	190	123,4[5]
Tubü Hummurimas sá	129	69	60	65 [6]	50,4
Eperãrã Siapidaara	83	39	44	83	100
Total	24.289	11.855	12.434	2.529	10,4

Nota: Elaboración propia a partir de información censal y registros de atención del proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), Bogotá, 2020-2025.

La priorización de las atenciones familiares se realiza inicialmente a partir de la información remitida por las autoridades indígenas, quienes, desde su conocimiento comunitario y territorial, identifican y reconocen aquellas familias que requieren acompañamiento por parte de los equipos de salud indígena. Este proceso de identificación responde a diferentes criterios relacionados con condiciones de vulnerabilidad, necesidades de cuidado y situaciones particulares presentes en los hogares.

Entre los aspectos considerados para la priorización realizadas por las autoridades de los cada uno de los Cabildos Indígenas se encuentran la presencia de población con

[5] *La cobertura superior al 100% observada en el pueblo indígena Nasa puede estar asociada a la atención de población indígena proveniente de otros territorios, particularmente del departamento del Cauca, que recibe atención en Bogotá, pero no se encuentra incluida dentro del censo poblacional local.*

[6] *Debido a las particularidades de atención del pueblo Tubú, las intervenciones familiares requieren múltiples sesiones y tiempos de acompañamiento más extensos, lo que reduce la capacidad de cada equipo para atender un mayor número de familias en un mismo periodo.*

especial atención, como niñas y niños menores de cinco años, gestantes, personas adultas mayores, personas con discapacidad o integrantes con algún diagnóstico o condición de salud que requiera seguimiento y acompañamiento. De igual manera, se contempla la manifestación expresa de las familias frente a la necesidad de recibir atención por parte del equipo de salud indígena, principalmente relacionada con procesos de medicina ancestral y el fortalecimiento de prácticas propias |de cuidado y bienestar.

Este proceso permite orientar las acciones de los equipos de salud desde criterios concertados y contextualizados, reconociendo tanto las necesidades identificadas por las autoridades indígenas como las demandas y expectativas expresadas directamente por las familias y comunidades.

En relación con la atención en salud, los equipos de salud indígena reportaron la atención de 2.529 individuos, equivalentes al 10,4% (2.529 personas) de la población censada total.

La distribución de las atenciones por sexo muestra una mayor proporción de mujeres atendidas, con el 56,5% (1.428 personas), frente al 43,5% (1.101 personas) correspondiente a hombres. Al comparar estos datos con la población censada, se observa una cobertura estimada del 11,5% (1.428 personas atendidas de 12.434 censadas) en mujeres y del 9,3% (1.101 personas atendidas de 11.855 censados) en hombres. Esta diferencia podría estar asociada al rol históricamente asumido por las mujeres en el cuidado familiar y comunitario, así como a un mayor contacto con los servicios de salud derivado de su participación más frecuente en acciones de promoción y prevención, controles de salud sexual y reproductiva, atención materno-perinatal y acompañamiento de niños, niñas, personas mayores y otros integrantes del núcleo familiar.

Esta dinámica favorece una mayor interacción institucional y una mayor oportunidad de captación por parte de los equipos de salud indígena, lo cual constituye un elemento relevante para el diseño de acciones diferenciales orientadas a identificar las razones de no asistencia a los servicios de salud y a fortalecer el acceso de la población masculina, tradicionalmente menos vinculada a procesos preventivos y de seguimiento en salud.

Se observan diferencias importantes en la cobertura para los pueblos indígenas que perviven en Bogotá. Los pueblos a los que se ha llegado a mayores personas desde las acciones MAI corresponden a Eperãrã Siapidaara donde se ha atendido al 100% de la población censada, mientras que, Yanacona con el 91,4% (203 personas), Misak con el 89,0% (194 personas) y Wounaan Nonam con el 70,8% (221 personas).

Por el contrario, los pueblos con mayor tamaño poblacional presentan las coberturas más bajas. Muysca Suba registra una cobertura del 1,9% (207 personas), Muisca Bosa del

4,7% (230 personas), Kichwa del 7,1% (166 personas) y Ambika Pijao del 7,6% (200 personas). Estos hallazgos evidencian una importante brecha de acceso y posible insuficiencia de capacidad operativa frente a los pueblos con mayor población.

En el caso del pueblo indígena Nasa, se identificó una cobertura superior al 100%, teniendo en cuenta que la cobertura fue del 123,4% (190 personas atendidas a 154 personas censadas). Este resultado no necesariamente representa una inconsistencia de la información, sino que puede estar asociado a dinámicas de movilidad poblacional de personas provenientes del departamento del Cauca que reciben atención en Bogotá, pero que no se encuentran incluidas dentro del censo poblacional local. Asimismo, esta situación responde a una decisión y postura política sustentada en los principios de gobierno propio y autonomía del pueblo indígena Nasa, mediante la cual se reconoce y permite que los equipos de salud indígena brinden atención a integrantes del mismo pueblo pertenecientes a otros cabildos o procesos organizativos. Esta práctica busca garantizar la continuidad del cuidado desde los principios culturales y comunitarios propios, priorizando el reconocimiento de la pertenencia étnica y los vínculos comunitarios sobre los límites administrativos o censales establecidos en el territorio.

La atención a población indígena flotante o en tránsito refleja la necesidad en acciones de incorporar variables de movilidad y residencia temporal dentro de los sistemas de información y planeación en salud.

En este contexto, el diseño de una estrategia integral en salud indígena debe orientarse al fortalecimiento de la atención primaria en salud con enfoque intercultural, territorial y comunitario. La estrategia debe priorizar los pueblos con menor cobertura y mayor concentración poblacional, particularmente Muysca Suba, Muisca Bosa, Kichwa y Ambika Pijao, mediante la ampliación del talento humano y ampliación de cobertura territorial.

En coherencia con estas brechas de cobertura y acceso identificadas entre los pueblos indígenas, resulta fundamental analizar la distribución de la atención según el momento de curso de vida[7], con el fin de reconocer las poblaciones con mayor o menor vinculación a los procesos de cuidado en salud.

Para ello, se consolidaron los registros del censo de la población indígena y las atenciones efectuadas durante el periodo 2023–2025, permitiendo estimar la cobertura alcanzada en cada grupo poblacional. Este análisis posibilita reconocer tendencias de participación y vinculación a los procesos de cuidado en salud, así como identificar grupos con mayores o menores niveles de acceso, aportando elementos para la orientación de

[7] Para efectos de los momentos de curso de vida, se tienen presentes los siguientes rangos de edad: primera infancia (7 días a 5 años, 11 meses y 29 días); infancia (6 a 11 años, 11 meses y 29 días); adolescencia (12 a 17 años, 11 meses y 29 días); juventud (18 a 28 años, 11 meses y 29 días); adultez (29 a 59 años, 11 meses y 29 días); y vejez (desde los 60 años en adelante).

estrategias diferenciales e interculturales acordes con las necesidades y particularidades de cada población.

Tabla X. Distribución de la población censada, atenciones por individuos realizadas y cobertura estimada según curso de vida en pueblos indígenas de Bogotá, 2023–2025

Curso de vida	Población censada	% población total	Atenciones por individuos	% atenciones	Cobertura estimada por individuos
Primera infancia	632	2,60%	354	14,00%	56,00%
Infancia	1.577	6,50%	264	10,40%	16,70%
Adolescencia	2.349	9,70%	210	8,30%	8,90%
Juventud	4.948	20,40%	520	20,60%	10,50%
Adultez	11.447	47,10%	842	33,30%	7,40%
Vejez	3.271	13,50%	339	13,40%	10,40%
Total	24.289	100%	2.529	100%	10,40%

Nota: Elaboración propia a partir de información censal y registros de atención del proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), Bogotá, 2020-2025.

El análisis por momento curso de vida muestra que la cobertura estimada arroja una priorización por parte de las Autoridades Indígenas significativa de la primera infancia, donde se alcanzó el 56,0% (354 personas). Este hallazgo refleja una orientación programática hacia la protección infantil, la vacunación, el seguimiento nutricional, el crecimiento y desarrollo y las acciones preventivas tempranas, en coherencia con los lineamientos de atención primaria en salud y gestión del riesgo. Asimismo, se evidencia la importancia de incorporar en esta etapa prácticas de cuidado ancestral y uso de medicina tradicional indígena, reconociendo saberes propios relacionados con la armonización espiritual, los cuidados del recién nacido, la alimentación tradicional, el uso de plantas medicinales y las prácticas culturales de crianza. La integración de estos elementos fortalecería la pertinencia intercultural de la atención y favorecería procesos de confianza comunitaria, protección de la identidad cultural y fortalecimiento de las prácticas propias de cuidado desde los primeros años de vida.

En adolescencia se alcanzó una cobertura aproximada del 8,9% (210 personas), situación que constituye una oportunidad para fortalecer acciones integrales de promoción, mantenimiento y cuidado de la salud desde un enfoque intercultural y diferencial. Este grupo poblacional representa una etapa clave para potenciar el desarrollo integral y multidimensional de los individuos en sus dimensiones física, cognitiva, emocional y social, mediante procesos de atención.

En este contexto, cobra especial relevancia el fortalecimiento de espacios de acompañamiento comunitario e intercultural que integren la orientación de mayores, sabedores y autoridades indígenas como mecanismos de protección cultural, fortalecimiento identitario y construcción de entornos protectores. Estas acciones contribuyen a la prevención de situaciones evidenciadas en las atenciones familiares asociadas a afectaciones en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, violencias y conflictos familiares, favoreciendo además la construcción concertada de planes de cuidado primario acordes con las realidades territoriales y culturales de las comunidades indígenas.

Se alcanzó una cobertura estimada del momento curso de vida juventud del 10,5% (520 personas), correspondiente a una población que representa el 20,4% del total de personas censadas. Este momento del curso de vida constituye una etapa importante para el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas, debido a que en ella convergen procesos de construcción identitaria, autonomía, participación social y definición de proyectos de vida. La cobertura identificada evidencia la necesidad de fortalecer acciones dirigidas a incrementar la vinculación de esta población a procesos integrales de promoción, mantenimiento y cuidado de la salud desde enfoques diferenciales e interculturales.

En adultez, pese a representar casi la mitad de la población indígena censada, la cobertura fue únicamente del 7,4% (842 personas), lo cual evidencia la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana y manejo integral de enfermedades crónicas no transmisibles, salud cardiovascular y salud mental comunitaria. De igual manera, se hace necesario integrar el uso de medicina ancestral y prácticas tradicionales de sanación como parte de los procesos de cuidado integral, reconociendo el papel de los sabedores en medicina ancestral en la prevención, armonización y sanación de la salud física, mental, espiritual y comunitaria. La articulación entre medicina occidental y medicina ancestral constituye un elemento fundamental para consolidar modelos de atención intercultural efectivos, aceptados y culturalmente pertinentes para los pueblos indígenas.

En la población que hace parte del momento de curso de vida vejez se identificó una cobertura estimada del 10,4% (339 personas), en un grupo que representa el 13,5% del total de la población indígena censada. Este grupo poblacional demanda una atención integral orientada a preservar la funcionalidad, autonomía y calidad de vida, considerando las necesidades particulares asociadas al envejecimiento y la presencia de enfermedades crónicas o procesos de dependencia funcional.

Adicionalmente, en los pueblos indígenas las personas mayores representan un papel fundamental como portadores de memoria colectiva, conocimiento ancestral y autoridad cultural, constituyéndose en actores esenciales para la preservación y transmisión de saberes propios. En este contexto, las acciones de atención deben trascender la dimensión biomédica e incorporar procesos de armonización, acompañamiento espiritual

y fortalecimiento de prácticas tradicionales de cuidado, reconociendo el papel de la medicina ancestral como elemento central para el bienestar integral. Asimismo, se requiere fortalecer mecanismos comunitarios y familiares de cuidado que favorezcan la protección de las personas mayores y la permanencia de sus conocimientos y prácticas dentro de las dinámicas comunitarias.

Por tal razón dichas relaciones constituyen una herramienta relevante para comprender las cargas de cuidado presentes en las familias y su posible impacto sobre las dinámicas sociales, económicas y de salud. Es por ello que se genera unos indicadores que permiten identificar está relación de dependencia la necesidad de requerir apoyo o acompañamiento permanente aportando elementos clave para la planeación de estrategias diferenciales de atención y cuidado.

En este sentido, la relación de dependencia infantil permite reconocer la presión de cuidado asociada a la presencia de niñas, niños y adolescentes mientras que la relación de dependencia de la vejez evidencia las demandas derivadas del cuidado de personas mayores. La lectura integrada de estos indicadores facilita la identificación de hogares con mayores cargas de cuidado y condiciones de vulnerabilidad, contribuyendo al diseño de estrategias en salud y protección social orientadas al fortalecimiento del cuidado comunitario, el acompañamiento familiar y la priorización de acciones diferenciales.

El análisis de las relaciones de dependencia en la población indígena censada durante el primer trimestre de 2025 evidencia dinámicas poblacionales relevantes para comprender las necesidades de cuidado familiar y comunitario. Se identificó una población de 2.509 niñas, niños y adolescentes entre 0 y 11 años, equivalente al 10,3% del total de la población censada, frente a 18.237 personas entre 15 y 59 años (75,1%), consideradas como población potencialmente activa o de soporte familiar y comunitario. A partir de estos valores se estimó una relación de dependencia infantil de 13,8, lo que indica que por cada 100 personas en edades potencialmente productivas existen aproximadamente 14 niñas o niños que requieren procesos de cuidado, protección y acompañamiento.

Por otra parte, se identificaron 1.675 personas de 65 años y más, correspondientes al 6,9% de la población total, lo que permitió estimar una relación de dependencia de la vejez de 9,2. Este resultado sugiere que por cada 100 personas entre 15 y 59 años existen aproximadamente 9 personas mayores con potencial necesidad de apoyo, acompañamiento y cuidado permanente, asociado a procesos de envejecimiento y posibles condiciones de dependencia funcional.

De manera integrada, estos resultados muestran que la población indígena presenta una mayor presión de cuidado relacionada con la dependencia infantil en comparación con la dependencia asociada a la vejez. Estos hallazgos aportan elementos para la orientación de actividades de cuidado desde niveles individual, familiar y comunitario, fortaleciendo acciones relacionadas con protección infantil, apoyo a cuidadores, envejecimiento

saludable y consolidación de redes comunitarias de cuidado desde una perspectiva diferencial e intercultural. Si bien se cuenta con los datos para extraer indicador de discapacidad no se evidencia una población significativa para generar acciones.

Complementariamente al análisis por curso de vida, el comportamiento de las atenciones según nivel educativo aporta elementos relevantes para comprender las condiciones sociales y culturales que inciden en el acceso, uso y apropiación de los procesos de cuidado en salud. Para el presente análisis se utilizaron los registros de atenciones familiares realizadas por los equipos de salud indígena, considerando la información reportada sobre nivel educativo y pertenencia a pueblo indígena de las personas atendidas. Esto permite identificar elementos clave para el diseño de estrategias de salud pública orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), acceso intercultural, educación en salud y gestión comunitaria.

La educación básica primaria agrupó el 29,6% (747 personas), mientras que la educación básica secundaria representó el 36,0% (911 personas). Esto indica que el 65,6% (1.658 personas) cuenta con niveles educativos básicos, situación que puede influir directamente en los procesos de comprensión, acceso y apropiación de las acciones en salud. Asimismo, se identificó que el 10,2% (259 personas) correspondía a población en categoría “No aplica”, asociada principalmente a primera infancia. El 6,1% (155 personas) reportó formación técnica, mientras que el 7,7% (195 personas) contaba con educación superior completa o incompleta. Por otra parte, el 2,6% (67 personas) manifestó no contar con ningún nivel educativo.

La predominancia de niveles educativos básicos en la población indígena atendida evidencia la necesidad de fortalecer metodologías más accesibles, participativas e interculturales, priorizando herramientas visuales, actividades demostrativas, educación oral y espacios colectivos de diálogo que faciliten la interacción comunitaria y el intercambio de saberes. Asimismo, resulta fundamental fortalecer las redes comunitarias indígenas y promover procesos de educación basados en experiencias cotidianas y prácticas culturales propias, reconociendo que muchas familias indígenas conservan formas particulares de comprender el proceso salud-enfermedad y mantienen vínculos simbólicos y culturales con sus territorios de origen.

El análisis de la población diferencial permite identificar condiciones particulares de vulnerabilidad y necesidades específicas de cuidado presentes en determinados grupos poblacionales pertenecientes a los pueblos indígenas residentes en Bogotá. Este análisis se realizó a partir de la información registrada durante las atenciones familiares desarrolladas por los equipos de salud indígena, tomando como fuente los datos reportados directamente por las personas y familias atendidas durante el proceso de acompañamiento.

Para efectos de las atenciones que se realizan desde los equipos de salud indígenas, se considera víctima del conflicto armado a todas las personas que se autoperciben de esta forma, sin requerir validación de ningún tipo de registro administrativo ni verificación de hecho victimizante. Bajo esta definición operativa, el 29,6% (750) de la población atendida se reconoce como víctima del conflicto armado, de los cuales el 15,8% (399) son mujeres y el 13,9% (351) son hombres.

Esta perspectiva basada en la autoidentificación permite reconocer las afectaciones subjetivas, colectivas y comunitarias derivadas del conflicto armado, comprendiendo que la experiencia del daño trasciende los registros institucionales y se configura a partir de las vivencias territoriales, sociales, culturales y espirituales de los pueblos indígenas. En este sentido, el hallazgo evidencia la necesidad de que la estrategia en salud supere miradas exclusivamente clínicos o asistenciales, incorporando acciones orientados a la salud mental comunitaria, la atención psicosocial con enfoque intercultural, el fortalecimiento del tejido comunitario y la recuperación de prácticas propias de cuidado y protección colectiva.

El análisis de población migrante internacional se realizó a partir de la información registrada durante las atenciones familiares efectuadas por los equipos de salud indígena, considerando los datos reportados directamente por las personas y familias atendidas en relación con su país de procedencia. Se consideran personas migrantes internacionales aquellas que provienen de otro país. En este análisis, se identifican individuos provenientes principalmente de Venezuela, Brasil y Ecuador. Específicamente, en los pueblos Kamentsa e Inga se registran personas migrantes provenientes de Venezuela; en el pueblo Tubu se identifican personas provenientes de Brasil; y en el pueblo Kichwa se identifican personas provenientes del Ecuador.

En total, la población migrante representa el 2,1% (54) del total atendido, con mayor proporción en mujeres 1,4% (35) frente a hombres 0,8% (19). Esto implica la necesidad de incorporar enfoques de interculturalidad transnacional, garantía de acceso a servicios de salud, atención materno-infantil, salud sexual y reproductiva, así como acompañamiento psicosocial para población en movilidad humana. De manera particular, resulta fundamental considerar las barreras asociadas a los procesos de regularización migratoria y documentación, dado que la ausencia de estatus migratorio regular o de documentos válidos puede limitar la afiliación al sistema de salud y restringir el acceso oportuno a los servicios.

Estas situaciones suelen estar condicionadas por el cumplimiento de requisitos establecidos por las autoridades migratorias y por procedimientos administrativos que pueden resultar complejos, extensos o poco accesibles para la población migrante indígena. En consecuencia, se hace necesario fortalecer acciones de orientación, acompañamiento y gestión institucional que faciliten los procesos de regularización migratoria, obtención de documentación y afiliación al sistema de salud, con el propósito

de disminuir barreras administrativas y favorecer un acceso efectivo, continuo e integral a la atención en salud.

Distribución territorial y riesgos sanitarios de los pueblos indígenas

La identificación de localidades con mayor presencia de población indígena atendida constituye un elemento clave para la planeación territorial de acciones de atención primaria en salud. Por lo cual el fortalecimiento de procesos comunitarios y la focalización de acciones diferenciales acordes con las condiciones sociales, culturales y ambientales de cada territorio son aspectos a tener en cuenta. Asimismo, este análisis permite reconocer escenarios de vulnerabilidad asociados a las condiciones de vivienda, asentamiento y saneamiento básico, factores que pueden incidir en la salud individual, familiar y comunitaria de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas en contexto urbano que perviven en Bogotá.

Tabla X. Distribución territorial de las atenciones en salud de los pueblos indígenas según localidad principal y secundaria de residencia. Bogotá, 2020–2025

Pueblo indígena	Localidad principal	% Atenciones	Localidad secundaria	% Atenciones
Muysca Suba	Suba	98,8	—	—
Wounaan Nonam	Ciudad Bolívar	98,6	—	—
Eperãrã Siapidaara	San Cristóbal	97	—	—
Muisca Bosa	Bosa	96,8	Kennedy	2,4
Ambika Pijao	Usme	85,4	Rafael Uribe Uribe	6,3
Misak	Fontibón	77,6	San Cristóbal	16,5
Inga	Santa Fe	66,7	Ciudad Bolívar	18,7
Uitoto	Usme	40,4	San Cristóbal	8,5
Kichwa	Los Mártires	37,5	Engativá	17,2
Nasa	Bosa	29,9	Usme	28,6
Yanacona	Ciudad Bolívar	29,5	Bosa	21,8
Tubü Hummurimassá	San Cristóbal	28,1	Ciudad Bolívar	12,5
Los Pastos	Suba	21,7	Bosa	15,7
Camëntsá	Ciudad Bolívar	17,3	Usme	16

Nota: Elaboración propia a partir de la información registrada por los equipos del proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), Bogotá, 2023-2025.

La tabla X evidencia patrones territoriales diferenciados entre los pueblos indígenas atendidos, identificándose tanto procesos de alta concentración poblacional en localidades

específicas como dinámicas de distribución más dispersa en el territorio distrital. Estas diferencias reflejan formas particulares de asentamiento, redes comunitarias y dinámicas de movilidad que inciden directamente en la planeación de las acciones de salud propia e intercultural.

Se observan pueblos con una marcada concentración territorial en una única localidad, destacándose el pueblo Wounaan en Ciudad Bolívar (98,6 %), Eperara en San Cristóbal (97,0 %), Muisca Suba en Suba (98,8 %), Muisca Bosa en Bosa (96,8 %), Ambika Pijao en Usme (85,4 %) y Misak en Fontibón (77,6 %). Estos resultados evidencian procesos de territorialización comunitaria que pueden favorecer el desarrollo de acciones focalizadas, fortaleciendo la articulación territorial, comunitaria e intercultural de las intervenciones en salud.

Por otra parte, pueblos como Kamentsá, Pastos, Yanacona y Uitoto presentan una distribución territorial más dispersa entre varias localidades, lo que podría representar mayores desafíos para el acceso, continuidad y cobertura de las acciones territoriales en salud. En estos casos, además de la localidad principal, las localidades secundarias muestran concentraciones relevantes que reflejan dinámicas de asentamiento y movilidad poblacional. El pueblo Yanacona presenta una mayor concentración en Ciudad Bolívar (29,5%), seguido de Bosa (21,8%); el pueblo Uitoto registra su principal presencia en Usme (40,4%) y una concentración secundaria en San Cristóbal (8,5%). De manera similar, el pueblo Pastos presenta mayor presencia en Suba (21,7%) y Bosa (15,7%), mientras que el pueblo Kamentsá evidencia una distribución cercana entre Ciudad Bolívar (17,3%) y Usme (16,0%). Esta evidencia sugiere la necesidad de fortalecer acciones territoriales flexibles y articuladas que permitan responder a dinámicas poblacionales menos concentradas y faciliten una atención culturalmente pertinente en diferentes territorios de la ciudad.

En relación con las condiciones de residencia, el indicador de familias que viven en asentamientos informales se construyó a partir de la relación entre el número de familias que habitan en invasiones y el total de familias identificadas en el marco de las atenciones de Medicina Ancestral indígena, expresada en porcentajes. Para este análisis, los asentamientos informales o invasiones se entienden como ocupaciones de suelo sin reconocimiento legal ni planificación urbana, caracterizadas por precariedad en la tenencia de la tierra.

Los resultados muestran porcentajes bajos o nulos en la mayoría de los pueblos indígenas caracterizados. Sin embargo, el resultado más crítico se registra en el pueblo Uitoto (23,4 %), muy por encima del resto de pueblos, evidenciando una mayor exposición a condiciones de vulnerabilidad territorial. Estas condiciones tienen importantes implicaciones en salud, ya que los asentamientos informales suelen asociarse con deficiencias en agua potable, saneamiento básico, manejo de residuos y condiciones de habitabilidad. Lo anterior incrementa el riesgo de enfermedades infecciosas, respiratorias

y dermatológicas, además de generar barreras de acceso a los servicios de salud debido a la localización periférica y a las condiciones de inestabilidad territorial, afectando la oportunidad y continuidad de la atención.

El análisis de las condiciones relacionadas con mascotas sin control sanitario y presencia de plagas o vectores en las familias indígenas atendidas permitió identificar escenarios diferenciales de vulnerabilidad ambiental y sanitaria que podrían influir en la salud familiar y comunitaria. Estas dinámicas adquieren especial relevancia en contextos urbanos, donde las condiciones de vivienda, saneamiento, acceso a servicios veterinarios y manejo ambiental pueden variar significativamente entre pueblos indígenas y territorios.

En relación con las familias que reportaron mascotas sin vacunación, se identificaron 55 familias, correspondientes al 5,2% del total de familias atendidas. Las mayores frecuencias se registraron en los pueblos Pastos (12 familias; 21,8%), Guámbianos-Misak (10 familias; 18,2%), Kamentsa (7 familias; 12,7%), así como Muisca Bosa, Tubü y Yanaconas (5 familias cada uno; 9,1%). Estos resultados pueden reflejar limitaciones en el acceso a jornadas de vacunación animal, barreras económicas para el acceso a servicios veterinarios o menor cobertura de estrategias de salud ambiental en algunos territorios. La ausencia de vacunación en animales de compañia puede incrementar la exposición a enfermedades zoonóticas y generar riesgos para la salud familiar y comunitaria.

Por otra parte, respecto a las mascotas sin esterilización, se identificaron 86 familias, equivalentes al 8,1% del total de hogares atendidos. Las mayores frecuencias se registraron en los pueblos Pastos (17 familias; 19,8%), Muisca Suba (13 familias; 15,1%), Guámbianos-Misak (10 familias; 11,6%), y posteriormente Nasa y Yanaconas (8 familias cada uno; 9,3%) e Inga (7 familias; 8,1%). Estos hallazgos pueden evidenciar barreras de acceso a programas de bienestar animal y procesos de esterilización, situación que podría favorecer procesos de reproducción no controlada y aumentar factores de riesgo asociados al entorno familiar y comunitario.

En cuanto a la presencia de vectores en la vivienda, se identificaron 37 familias afectadas, correspondientes al 3,5% del total de hogares atendidos. Las mayores frecuencias se observaron en los pueblos Guámbianos-Misak (12 familias; 32,4% de los casos identificados), Nasa (11 familias; 29,7%), Wounaan (4 familias; 10,8%) y Muisca Bosa (3 familias; 8,1%). Estas condiciones pueden estar relacionadas con factores ambientales y del entorno que favorecen la proliferación de zancudos u otros organismos transmisores de enfermedades.

Respecto a la presencia de plagas en las viviendas, se identificaron 16 familias, equivalentes al 1,5% del total de hogares atendidos. Los mayores registros se encontraron en los pueblos Guámbianos-Misak (3 familias; 18,8%), Eperara-Siapidara, Nasa, Tubü y Wounaan (2 familias cada uno; 12,5%). Estas situaciones podrían asociarse con dificultades relacionadas con saneamiento básico, manejo de residuos o condiciones

estructurales de las viviendas que facilitan la presencia de roedores, cucarachas u otros organismos con potencial impacto sobre la salud.

El análisis integrado de estas variables permite identificar escenarios de vulnerabilidad ambiental en algunos pueblos indígenas. Particularmente, los pueblos Guámbianos-Misak y Nasa presentan simultáneamente mayores frecuencias relacionadas con vectores, plagas y condiciones asociadas al cuidado animal, mientras que pueblos como Pastos muestran una mayor concentración de situaciones relacionadas con mascotas sin vacunación y sin esterilización. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias integrales de salud ambiental, educación comunitaria, tenencia responsable de animales y acciones preventivas orientadas a disminuir riesgos sanitarios desde un enfoque intercultural y territorial.

Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer acciones comunitarias interculturales de salud ambiental orientadas a la promoción de tenencia responsable de animales, jornadas comunitarias de vacunación y esterilización, educación en prevención de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), fortalecimiento del saneamiento básico y control integrado de vectores. Asimismo, resulta prioritario desarrollar estrategias territoriales focalizadas y culturalmente pertinentes, articuladas con liderazgos indígenas, autoridades comunitarias y prácticas propias de cuidado, especialmente en los pueblos que evidencian mayores acumulaciones de riesgo ambiental.

Aspectos culturales y fortalecimiento comunitario

Los indicadores de aspectos culturales se construyen a partir de la relación entre el total de respuestas afirmativas registradas en las prácticas culturales y el total de prácticas posibles evaluadas en la población atendida, expresándose en porcentaje. Su objetivo es identificar el nivel de presencia, participación y apropiación de prácticas culturales, comunitarias y ancestrales dentro de los hogares y personas atendidas por los equipos de salud. Para su construcción, las variables se agrupan en cuatro dimensiones principales. La primera corresponde a la participación organizativa y comunitaria, la cual evalúa la vinculación de las personas con espacios colectivos de organización, diálogo y toma de decisiones comunitarias, incluyendo la participación en consejos de cabildo, espacios comunitarios y círculos de palabra.

La segunda dimensión aborda las prácticas culturales tradicionales y mide la participación en expresiones culturales propias que fortalecen la identidad cultural y la transmisión intergeneracional de saberes. En esta categoría se incluyen actividades como la participación en danzas o bailes tradicionales, música, tejido o bordado, elaboración de artesanías y conocimiento de juegos ancestrales o autóctonos.

La tercera dimensión corresponde a los saberes y prácticas de medicina ancestral, orientada a identificar el conocimiento y uso de prácticas tradicionales de cuidado y sanación. Esta dimensión incluye variables relacionadas con el conocimiento sobre medicina ancestral o partería y el uso de medicina ancestral.

Finalmente, la cuarta dimensión analiza la relación cultural con el territorio y las prácticas que se tienen con el mismo, valorando el vínculo de las personas con el territorio ancestral y las prácticas tradicionales de producción y alimentación. Para ello se consideran variables como la participación en huertas comunitarias, la existencia de huertas caseras y los viajes frecuentes al territorio.

Cada una de las variables se mide de manera dicotómica, con respuesta de si o no Esto permite consolidar indicadores porcentuales que reflejan la presencia de prácticas culturales y comunitarias en la población atendida, facilitando el análisis de procesos de identidad, pervivencia cultural, participación colectiva y fortalecimiento de saberes propios.

En la dimensión de participación organizativa y comunitaria, orientada a evaluar la vinculación en consejos de cabildo, espacios comunitarios y círculos de palabra, se identificaron mayores porcentajes en los pueblos Muisca Bosa (21,1%), Eperara (21,0%) y Pijao (19,2%), lo que evidencia una mayor participación en escenarios colectivos de diálogo, toma de decisiones y fortalecimiento comunitario. En contraste, el pueblo Tubu presentó el porcentaje más bajo (7,8%), seguido de Nasa (13,3%) y Pastos (13,8%). Estos resultados podrían sugerir menores niveles de articulación comunitaria o posibles procesos de debilitamiento organizativo en algunos contextos urbanos, aspecto relevante debido a que la participación comunitaria constituye un factor protector para la circulación de información en salud, el acompañamiento colectivo y la activación de redes de apoyo.

Respecto a las prácticas culturales tradicionales, dimensión que incluye participación en danzas, música, tejido, elaboración de artesanías y conocimiento de juegos ancestrales, se observaron mayores porcentajes en los pueblos Muisca Bosa (31,9%), Pijao (30,0%) y Yanacona (23,0%), evidenciando una mayor preservación y apropiación activa de expresiones culturales propias. Por el contrario, pueblos como Kichwa (6,8%), Tubu (8,4%) y Nasa (10,7%) registraron menores porcentajes basándose en la información recolectada en el proceso de caracterización (2026), lo que podría estar relacionado con procesos de urbanización, transformaciones culturales, pérdida progresiva de prácticas tradicionales o limitaciones para la transmisión intergeneracional de saberes

En la dimensión de saberes y prácticas de medicina ancestral, enfocada en el conocimiento y uso de medicina ancestral o partería, se identificaron mayores porcentajes en los pueblos Nasa (12,6%), Pijao (12,5%), Uitoto (12,1%) y Kamentsa (12,0%). Estos resultados evidencian una persistencia significativa de prácticas propias de cuidado y sanación, representando una fortaleza estratégica para el fortalecimiento de modelos interculturales en salud. En contraste, Kichwa presentó el porcentaje más bajo (6,4%),

seguido de Eperara (8,9%) y Pastos (9,2%), lo que podría sugerir menor uso cotidiano o transmisión de estos saberes en contextos urbanos.

La identificación de estos niveles de reconocimiento y uso adquiere especial relevancia para la construcción de la propuesta de estrategia, considerando que uno de sus propósitos centrales consiste en fortalecer e integrar los saberes ancestrales y la partería como componentes fundamentales de los procesos de atención y cuidado en salud. En este sentido, los resultados permiten reconocer capacidades instaladas dentro de los pueblos indígenas, así como actores comunitarios, sabedores, parteras y procesos propios que pueden aportar a la consolidación de modelos interculturales de atención más pertinentes y acordes con las realidades y cosmovisiones de las comunidades indígenas. La incorporación de estos conocimientos no solo favorece la aceptación y apropiación comunitaria de las acciones en salud, sino que también fortalece procesos de autonomía, gobierno propio y continuidad de las prácticas culturales asociadas al cuidado integral.

Finalmente, en la dimensión relacionada con la relación cultural y prácticas de conexión con el territorio, que incluye participación en huertas comunitarias, huertas caseras y viajes frecuentes al territorio, los mayores porcentajes se observaron en Wounaan (12,4%), Muisca de Suba (12,2%) y Kamentsa (10,0%). La identificación de estas dinámicas adquiere relevancia en el marco de la construcción de actividades diferenciales, considerando que dichas prácticas pueden constituirse en escenarios para el fortalecimiento de procesos de bienestar, intercambio de conocimientos, fortalecimiento identitario y cuidado integral desde perspectivas propias de los pueblos indígenas.

El análisis de estas dimensiones evidencia que los pueblos indígenas presentan niveles diferenciados de fortalecimiento cultural, organizativo y comunitario. En términos estratégicos, estos hallazgos sugieren la necesidad de potenciar la continuidad y sostenibilidad de prácticas relacionadas con el fortalecimiento de saberes ancestrales, la transmisión intergeneracional de conocimientos, el reconocimiento de prácticas propias de cuidado y la articulación entre sistemas propios y occidentales de salud, favoreciendo procesos de atención culturalmente pertinentes y con mayor apropiación comunitaria.

Situación de salud y perfil epidemiológico

El análisis de las principales causas de atención en salud se realizó a partir de la información obtenida en el marco del contrato de caracterización y diagnóstico de la situación de salud con enfoque diferencial indígena para los pueblos indígenas en Bogotá. Para este ejercicio se consolidaron y analizaron los registros correspondientes al periodo comprendido entre 2020 y el primer semestre de 2025, permitiendo identificar las causas de atención reportadas con mayor frecuencia en la población atendida. Este análisis aporta elementos para comprender las necesidades de salud presentes en los pueblos indígenas y generar insumos para la orientación, fortalecimiento y ajuste de acciones desde una perspectiva intercultural y diferencial.

Tabla X. Principales causas de atención en salud en los pueblos indígenas de Bogotá, 2020–2025

Diagnóstico de atención	Atenciones	Porcentaje
Otros signos y síntomas	11019	17%
Hipertensión Esencial (Primaria)	11015	17%
Caries Dentales	8906	14%
Examen médico general	6990	11%
Examen de salud ocupacional	6737	10%
COVID-19	4792	7%
Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común]	4531	7%
Diabetes Mellitus	4424	7%
Lumbago	3532	5%
Examen de ojos y de la visión	3113	5%
Total	65059	100

Nota: Elaboración propia a partir de la Base de RIPS de morbilidad de pueblos indígenas, Bogotá, 2020-2025.

Los resultados evidencian una importante carga de enfermedades crónicas no transmisibles entre los pueblos indígenas de Bogotá durante el periodo 2020–2025. La hipertensión arterial esencial constituye una de las principales causas de atención, con 11.015 registros (17%), mientras que la diabetes mellitus ocupa el octavo lugar con 4.424 atenciones (7%). En conjunto, estas dos condiciones representan cerca de una cuarta parte de las atenciones registradas, lo que refleja la creciente relevancia de las enfermedades crónicas dentro del perfil epidemiológico de los pueblos indígenas. Esta situación es especialmente significativa debido a que estas patologías requieren seguimiento continuo, control médico periódico, adherencia a tratamientos y la adopción de prácticas de autocuidado para prevenir complicaciones cardiovasculares, renales, neurológicas y metabólicas que pueden afectar significativamente la calidad de vida de las personas y comunidades.

En este contexto, resulta fundamental fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de factores de riesgo y detección temprana, articulando los enfoques occidentales con los saberes y prácticas de cuidado propios de los pueblos indígenas, con

el fin de garantizar una atención integral, intercultural y culturalmente pertinente que contribuya a disminuir la carga de enfermedad y mejorar el bienestar colectivo.

Con el fin de profundizar en el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles identificadas en la población indígena atendida por el proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), se presenta la distribución de personas diagnosticadas con cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e hipertensión arterial entre los diferentes pueblos indígenas de Bogotá durante el periodo 2023–2025. Estas condiciones representan un desafío relevante para la salud pública debido a su carácter progresivo, la necesidad de seguimiento continuo y el impacto que generan sobre la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades. Asimismo, su análisis permite identificar diferencias en la carga de enfermedad entre los pueblos indígenas y aportar elementos para la planificación de estrategias de promoción, prevención, atención integral y fortalecimiento de los procesos de cuidado desde una perspectiva intercultural.

Tabla X. Personas atendidas con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles en pueblos indígenas de Bogotá, según pueblo indígena, 2023–2025

Pueblo indígena	Cáncer	Diabetes	EPOC	Hipertensión arterial	Total, general
Ambika Pijao	1	26	3	38	68
Muisca Bosa	4	15	0	38	57
Muysca Suba	1	4	2	22	29
Uitoto	0	2	0	14	16
Yanacona	0	4	2	6	12
Los Pastos	0	2	0	4	6
Camëntsá	1	1	0	2	4
Inga	0	1	0	3	4
Nasa	0	1	0	3	4
Wounaan Nonam	0	0	0	3	3
Tubü Hummurimassá	0	0	0	2	2
Total, general	7	56	7	135	205

Nota: Elaboración propia a partir de los registros de atención del proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), Bogotá, 2023-2025.

En la población atendida por los equipos de salud se identificaron 205 condiciones crónicas en 2.529 personas atendidas, donde la hipertensión arterial representó el 65,9% de los registros (135 casos) y la diabetes mellitus el 27,3% (56 casos). Este

comportamiento guarda relación con la información poblacional general de los pueblos indígenas de Bogotá, en la cual la hipertensión esencial ocupó el segundo lugar entre las principales causas de atención, con 11.015 atenciones equivalentes al 17% del total de 65.059 registros, mientras que la diabetes mellitus registró 4.424 atenciones, correspondientes al 7%.

La identificación de estas dos condiciones dentro de ambos conjuntos de información permite identificar una tendencia consistente hacia el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles en población indígena urbana, situación que podría estar asociada a procesos de transición epidemiológica, cambios en los hábitos alimentarios, disminución de prácticas tradicionales relacionadas con la actividad física y la alimentación, condiciones de estrés urbano, precarización socioeconómica y barreras de acceso a procesos preventivos y de seguimiento continuo.

Particularmente, los pueblos Pijao y Muisca Bosa evidenciaron las mayores cifras de enfermedad crónica dentro de la población atendida. El pueblo Pijao registró 68 personas crónicas entre 200 personas atendidas, equivalente al 34%, mientras que Muisca Bosa presentó 57 personas entre 230 personas atendidas (24,8%). Estos hallazgos podrían reflejar comportamientos diferenciales de riesgo y cuidado que requieren estrategias focalizadas de promoción, prevención y seguimiento territorial.

Las condiciones crónicas identificadas en la población atendida y las principales causas de atención en los pueblos indígenas de Bogotá evidencian la necesidad de fortalecer acciones integrales e interculturales de atención en salud por medio de desarrollar procesos de formación y sensibilización intercultural dirigidos al talento humano en salud, orientados al reconocimiento y respeto por la diversidad étnica y cultural.. Los hallazgos permiten reconocer que las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, están adquiriendo una relevancia creciente dentro de las dinámicas de salud indígena urbana, coexistiendo con otras necesidades relacionadas con enfermedades transmisibles, atención primaria y procesos preventivos.

Este comportamiento sugiere que las acciones en salud no deben orientarse exclusivamente al tratamiento clínico de la enfermedad ya establecida, sino también al fortalecimiento de acciones preventivas, comunitarias y culturales que permitan disminuir factores de riesgo y favorecer procesos de cuidado continuo desde una perspectiva integral. En este contexto, resulta prioritario fortalecer acciones comunitarias de prevención cardiovascular y metabólica, incorporando procesos de educación alimentaria culturalmente pertinente, recuperación de prácticas tradicionales protectoras y promoción de actividad física adaptada a las dinámicas territoriales y culturales de cada pueblo indígena.

Asimismo, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer el seguimiento territorial continuo a personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, particularmente en

pueblos con mayores cargas relativas de enfermedad crónica como Pijao, Muisca Bosa y Muisca de Suba, mediante visitas domiciliarias, contactos telefónicos, jornadas comunitarias y procesos de acompañamiento intercultural que permitan monitorear su estado de salud, adherencia al tratamiento, control de factores de riesgo y acceso oportuno a los servicios de salud. Este seguimiento requiere no solo continuidad institucional, sino también articulación efectiva con autoridades indígenas, sabedores, líderes comunitarios y sistemas propios de cuidado, favoreciendo procesos de adherencia terapéutica y acompañamiento familiar culturalmente pertinente.

De igual forma, se hace necesario fortalecer los procesos de tamizaje comunitario e identificación temprana de factores de riesgo, especialmente en contextos donde podrían existir barreras de acceso, subregistro o diagnósticos tardíos. La presencia de enfermedades crónicas también implica mayores demandas de cuidado familiar y comunitario, lo que puede generar sobrecargas físicas, emocionales y económicas en los hogares, especialmente en aquellos donde coexisten personas mayores, discapacidad o dependencia funcional.

En este sentido, el fortalecimiento de acciones interculturales de atención debe orientarse hacia acciones integrales que articulen promoción de la salud, prevención de enfermedad, cuidado comunitario, medicina propia y seguimiento territorial, reconociendo las particularidades socioculturales y organizativas de cada pueblo indígena como elemento central para la sostenibilidad de las acciones en salud.

Salud materna

Las gestantes indígenas atendidas constituyen un elemento relevante para comprender las dinámicas de acceso, captación y acompañamiento en salud materna dentro de contextos interculturales. La revisión de la información permite identificar características etarias, pertenencia étnica y momento de ingreso a la atención, evidenciando condiciones de vulnerabilidad, barreras de acceso y necesidades diferenciales de cuidado. Estos hallazgos permiten orientar el fortalecimiento de estrategias interculturales en salud materna enfocadas en la captación temprana, el acompañamiento comunitario y la articulación con los sistemas propios de cuidado.

Es importante precisar que la información corresponde exclusivamente a gestantes atendidas o registradas en el marco de los contratos interadministrativos, por lo que los resultados describen dinámicas observadas en la población identificada y no representan la totalidad de gestantes de los 14 pueblos indígenas.

Durante el periodo del 2023 al 2025 se identificaron 75 gestantes indígenas que evidencian una importante diversidad étnica, etaria y gestacional para ser considerada en el diseño de estrategias diferenciales e interculturales en salud materna. Los pueblos con

mayor número de gestantes atendidas fueron Kichwa, con 14 registros (18,7%), seguido del pueblo Inga con 9 gestantes (12%), Muisca Bosa con 8 (10,7%) y los pueblos Muisca de Suba, Pastos y Wounaan con 6 gestantes cada uno (8% respectivamente). Por su parte, Eperara-Siapidara y Yanaconas reportaron 2 casos cada uno (2,7%). Y pueblos como Tubu registraron únicamente 1 gestante atendida (1,3%).

Desde el análisis etario, se identificó una mayor concentración de gestantes entre los 22 y 35 años, lo cual corresponde a edades reproductivas frecuentes dentro de la población atendida. Sin embargo, el análisis también evidenció situaciones de especial vulnerabilidad asociadas tanto a embarazo adolescente como a maternidad en edades avanzadas.

Según el curso de vida, la mayor proporción correspondió a mujeres en adultez con 33 casos (44,0%), seguidas por juventud con 37 casos (49,3%) y adolescencia con 5 casos (6,7%). Dentro de las gestantes adolescentes se registró un caso de una gestante de 13 años perteneciente al pueblo Wounaan, equivalente al 1,3% del total de gestantes atendidas y al 20,0% de las gestantes adolescentes identificadas. Asimismo, se identificaron otros casos de gestación durante la adolescencia y juventud temprana en pueblos como Eperara-Siapidara, Wounaan, Inga, Kichwa, Muisca de Suba, Muisca Bosa y Guámbianos-Misak.

La presencia de gestación en edades tempranas dentro de la población atendida constituye un hallazgo relevante para salud pública, debido a que puede asociarse con mayores riesgos obstétricos, interrupción o limitación de trayectorias educativas, dependencia económica, afectaciones psicosociales y posibles situaciones de vulnerabilidad relacionadas con violencias basadas en género o violencia sexual. En contextos indígenas urbanos, el análisis de estas situaciones requiere además reconocer las particularidades culturales, familiares y comunitarias que pueden influir en las trayectorias reproductivas y en las formas de comprensión y acompañamiento de la maternidad, evitando interpretaciones homogéneas entre los diferentes pueblos indígenas.

De manera simultánea, se identificó la presencia de gestantes en edades maternas avanzadas, principalmente entre los 35 y 40 años, pertenecientes a pueblos como Kichwa, Pastos, Nasa, Pijao y Kamentsa. La identificación simultánea de gestaciones en edades tempranas y en edades maternas avanzadas evidencia la coexistencia de perfiles reproductivos diferenciados dentro de la población atendida. Esta situación requiere fortalecer acciones de captación temprana, seguimiento integral y acompañamiento intercultural, considerando que las gestaciones en edades maternas avanzadas pueden incrementar la probabilidad de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, complicaciones obstétricas y otros eventos relacionados con la morbilidad materna.

En relación con el momento de captación este se analiza a partir de los trimestres de gestación, entendidos como las etapas en las que se divide el embarazo (primer, segundo y tercer trimestre); acorde a esta clasificación, se evidencia una mayor proporción de gestantes identificadas en el segundo trimestre. Este comportamiento puede estar asociado a múltiples factores, entre ellos la no comunicación temprana de la gestación a autoridades indígenas, sabedores, parteras o redes comunitarias de cuidado, incluso desde etapas iniciales o previas a la confirmación formal del embarazo. Asimismo, pueden influir barreras institucionales, administrativas, territoriales y culturales relacionadas con el acceso oportuno a controles prenatales y servicios de salud.

Desde una perspectiva intercultural, esta situación podría limitar el inicio oportuno de acompañamientos ancestrales relacionados con la partería tradicional, las armonizaciones, los cuidados espirituales y las prácticas propias de protección materna, reduciendo las posibilidades de un seguimiento integral y continuo desde los sistemas propios de cuidado. En los diferentes pueblos indígenas analizados, el embarazo no es comprendido exclusivamente como un proceso biológico, sino como un momento de especial vulnerabilidad y protección espiritual que requiere acompañamiento familiar, comunitario y cultural desde etapas tempranas de la gestación.

De manera transversal, el análisis de los 14 pueblos indígenas evidencia que la salud materna se configura como un proceso profundamente integral, donde convergen dimensiones físicas, espirituales, emocionales, familiares, comunitarias y territoriales. Los registros muestran que el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza temprana son comprendidos como procesos colectivos de cuidado, en los cuales participan activamente parteras, médicos ancestrales, sabedores, lideresas, cabildos y redes familiares.

En este contexto, las prácticas ancestrales de cuidado, como sobos, armonizaciones, baños con plantas, sahumerios, limpias espirituales, uso de aceites medicinales y recomendaciones alimentarias propias, continúan ocupando un lugar central dentro de los sistemas de conocimiento indígenas en salud. Estas prácticas representan no solo mecanismos de protección física y espiritual, sino también estrategias de fortalecimiento identitario y cohesión comunitaria.

Uno de los principales hallazgos corresponde a la fuerte presencia de modelos de complementariedad entre medicina ancestral y medicina occidental. La información evidencia que las gestantes indígenas participan simultáneamente en controles prenatales institucionales, seguimiento biomédico, vacunación, ecografías y suplementación nutricional, mientras mantienen prácticas culturales y espirituales propias orientadas a fortalecer el equilibrio físico y espiritual de la madre y el bebé. Esta coexistencia terapéutica demuestra importantes oportunidades para consolidar acciones de atención materna intercultural basadas en el reconocimiento mutuo, el respeto cultural y la articulación efectiva entre sistemas médicos.

El análisis también muestra que la alimentación ocupa un papel central dentro del cuidado materno intercultural. En los distintos pueblos indígenas se identifican recomendaciones relacionadas con el consumo de alimentos propios, harinas ancestrales, bebidas calientes, caldo de gallina, huevo criollo, plantas medicinales y preparaciones tradicionales orientadas al fortalecimiento nutricional de la madre y el bebé. Particularmente, la prevención y manejo de la anemia gestacional aparece como una preocupación recurrente, abordada tanto desde el suministro de micronutrientes y hierro por parte del sistema biomédico como desde prácticas alimentarias ancestrales orientadas al fortalecimiento del cuerpo, la sangre y la energía de la gestante.

Otro aspecto relevante corresponde al papel fundamental de la partería tradicional y del seguimiento comunitario domiciliario. En la mayoría de los pueblos indígenas, las parteras no solo realizan acompañamiento físico de la gestación y preparación para el parto, sino que también cumplen funciones de orientación espiritual, contención emocional, educación comunitaria y fortalecimiento cultural. De igual manera, los seguimientos realizados por equipos interculturales permiten monitorear signos de alarma, fortalecer prácticas de autocuidado, mejorar la adherencia a controles prenatales y garantizar continuidad en la atención desde una perspectiva territorial y comunitaria.

Asimismo, el análisis evidencia que la salud materna se encuentra estrechamente vinculada con la identidad cultural y la participación comunitaria. En diferentes pueblos indígenas se resalta la importancia del tejido, los espacios ceremoniales, las reuniones comunitarias, las actividades del cabildo y la transmisión de saberes como mecanismos de fortalecimiento emocional, espiritual y colectivo. Estas prácticas reflejan que el bienestar materno no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que se relaciona con la armonía espiritual, el equilibrio comunitario y la pervivencia cultural.

No obstante, pese a las fortalezas comunitarias identificadas, persisten importantes barreras estructurales que afectan la continuidad del cuidado materno. Entre ellas se evidencian dificultades de acceso oportuno a controles prenatales, ecografías, atención especializada y procesos de vacunación, así como barreras administrativas, fragmentación institucional, movilidad territorial y discontinuidad en el seguimiento. Estas situaciones afectan especialmente a las gestantes en contexto de ciudad, donde el desplazamiento, la vulnerabilidad socioeconómica y la fragmentación territorial pueden incrementar los riesgos maternos y neonatales.

Aunque existen importantes elementos comunes entre los pueblos indígenas, el análisis también evidencia diferencias culturales y territoriales que deben ser consideradas en la formulación de estrategias diferenciales. Algunos pueblos presentan una mayor centralidad de las prácticas rituales y espirituales durante la gestación, mientras otros muestran modelos más orientados hacia la complementariedad práctica entre cuidado ancestral y monitoreo biomédico. Asimismo, ciertos pueblos priorizan problemáticas

relacionadas con salud mental, duelo o desarraigo territorial, mientras otros enfrentan mayores riesgos obstétricos, barreras lingüísticas o dificultades de mediación cultural.

En conjunto, la coexistencia de embarazo adolescente, maternidad tardía, posibles captaciones tardías y barreras de acceso, junto con la presencia de fuertes sistemas comunitarios y ancestrales de cuidado, evidencia la necesidad de fortalecer estrategias integrales e interculturales en salud materna.

En términos fundamentales, resulta prioritario promover acciones de búsqueda activa comunitaria, fortalecimiento del trabajo articulado con autoridades indígenas, parteras, lideresas y sabedores, educación sexual y reproductiva culturalmente pertinente, acompañamiento psicosocial diferencial y activación temprana de rutas de protección y atención prenatal.

De igual manera, los hallazgos sugieren la necesidad de consolidar modelos de atención materna intercultural que fortalezcan la articulación entre medicina occidental y sistemas propios de cuidado, reconozcan formalmente el papel de la partería tradicional, promuevan el seguimiento domiciliario comunitario, fortalezcan la seguridad alimentaria intercultural y garanticen procesos de atención digna, humanizada y culturalmente pertinente para las mujeres indígenas gestantes, sus familias y comunidades.

Salud mental

Las atenciones relacionadas con salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en población indígena evidencia afectaciones psicosociales y factores de vulnerabilidad asociados a procesos de desarraigo territorial, discriminación y transformaciones comunitarias en contexto urbano. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer acciones interculturales de prevención, acompañamiento y cuidado colectivo, articuladas con autoridades indígenas, sabedores y sistemas propios de medicina ancestral.

El análisis se realizó a partir de la información registrada durante las atenciones efectuadas por los equipos de salud indígena. Los datos corresponden a situaciones identificadas y reportadas durante los procesos de atención individual, familiar y comunitaria desarrollados en el marco de las acciones de acompañamiento territorial. La consolidación y análisis de esta información permitió reconocer condiciones de vulnerabilidad y factores asociados al bienestar psicosocial de la población atendida, aportando elementos para orientar acciones de fortalecimiento del cuidado integral desde un enfoque diferencial e intercultural.

Tabla X. Personas atendidas con eventos y factores de riesgo asociados a salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas en pueblos indígenas de Bogotá, 2023–2025

Pueblo indígena	Diagnóstico en salud mental	Factores de riesgo en salud mental	Factores de riesgo para violencias	Intento suicida	Sospecha o consumo de SPA	Total, general
Ambika Pijao	0	27	3	0	2	32
Uitoto	0	5	19	0	4	28
Muisca Bosa	0	11	0	0	2	13
Muysca Suba	0	9	0	0	2	11
Los Pastos	1	10	0	0	0	11
Nasa	0	6	1	0	3	10
Tubü Hummurimassá	0	6	1	0	0	7
Wounaan Nonam	0	4	0	0	1	5
Camëntsá	0	0	1	0	0	1
Eperãrã Siapidaara	0	0	0	0	1	1
Total, general	1	78	25	0	15	119

Nota: Elaboración propia a partir de los registros de atención del proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), Bogotá, 2023-2025.

Al analizar esta información con el total de 2.529 personas atendidas por los equipos de salud, se observa que aproximadamente el 4,7% de los registros corresponden a situaciones asociadas a salud mental, factores de riesgo psicosocial, violencias o sospecha y consumo de sustancias psicoactivas. Aunque la proporción puede parecer reducida, los hallazgos adquieren especial relevancia debido a las posibles barreras de identificación, subregistro y silenciamiento comunitario que históricamente afectan este tipo de eventos, especialmente en contextos indígenas y urbanos.

La principal situación identificada desde la autopercepción de las personas correspondió a factores de riesgo en salud mental, con 78 atenciones (65,5% del total de eventos identificados). Los pueblos con mayores frecuencias fueron Pijao con 27 casos (34,6% de todos los factores de riesgo en salud mental identificados), seguido de Muisca Bosa con 11 casos (14,1%), Pastos con 10 (12,8%) y Muisca Suba con 9 registros (11,5%). Este comportamiento podría sugerir la presencia de cargas importantes de afectación emocional, estrés psicosocial, duelo, ansiedad, desarraigo territorial o fragilidad en las redes comunitarias y familiares de apoyo.

Desde una perspectiva intercultural, estos hallazgos pueden relacionarse con procesos históricos y contemporáneos de desplazamiento, discriminación, pérdida de prácticas culturales, fragmentación comunitaria y dificultades de adaptación a contextos urbanos, factores que pueden incidir directamente sobre el bienestar emocional y colectivo de los pueblos indígenas.

En relación con los factores asociados a situaciones de violencia, se identificaron 25 registros (21% del total de eventos), observándose una mayor frecuencia en el pueblo Uitoto, con 19 casos, equivalentes al 76% de los factores identificados. Asimismo, se registraron casos en los pueblos Pijao (3), Nasa (1), Tubü (1) y Kamentsa (1). Estos resultados permiten reconocer la importancia de fortalecer acciones de acompañamiento y cuidado integral en el pueblo Uitoto, promoviendo acciones orientadas al fortalecimiento de redes familiares y comunitarias, la consolidación de entornos protectores y el desarrollo de procesos de prevención desde enfoques interculturales y diferenciales. De igual manera, estos hallazgos representan una oportunidad para potenciar el trabajo articulado con autoridades indígenas, líderes comunitarios y sabedores, favoreciendo mecanismos comunitarios de protección, apoyo y cuidado colectivo que contribuyan al bienestar individual, familiar y comunitario.

Los análisis cualitativos producto del diligenciamiento de las fichas de identificaciones y atenciones familiares, propios y comunitarios realizados en los diferentes pueblos permiten evidenciar que estos factores de riesgo se relacionan frecuentemente con estrés persistente, somatización emocional, agotamiento de cuidadores, conflictos familiares, dificultades económicas, enfermedades crónicas y procesos de transformación cultural. En pueblos como Muisca Bosa, Muysca Suba y Pastos, el malestar emocional aparece asociado a cansancio físico, tensión corporal, tristeza persistente, dificultades de afrontamiento y sobrecarga derivada del cuidado familiar y de las barreras institucionales. De manera similar, en pueblos como Kamëntsá y Tubü se identifican expresiones de sufrimiento emocional relacionadas con desarmonización espiritual, alteraciones del sueño y síntomas físicos persistentes, lo que evidencia formas culturalmente diferenciadas de expresar el malestar psicosocial.

Desde una perspectiva intercultural, estos hallazgos pueden relacionarse con procesos históricos y contemporáneos de desplazamiento, discriminación, pérdida de prácticas culturales, fragmentación comunitaria y dificultades de adaptación a contextos urbanos, factores que inciden directamente sobre el bienestar emocional y colectivo de los pueblos indígenas. Asimismo, la transformación de hábitos tradicionales, la disminución del acceso al territorio y el debilitamiento de prácticas culturales protectoras podrían incrementar escenarios de vulnerabilidad emocional y afectación comunitaria.

La sospecha o consumo de sustancias psicoactivas registró 15 casos (12,6% del total de 119), concentrándose principalmente en los pueblos Uitoto con 4 casos (26,7%), Nasa con 3 (20%), y Muisca Bosa, Muisca Suba y Pijao con 2 casos cada uno (13,3%,

respectivamente). En relación con las conductas suicidas, no se identificaron registros asociados dentro de la información analizada; asimismo, únicamente se reportó un diagnóstico confirmado de patología en salud mental correspondiente al pueblo Pastos. No obstante, estos resultados no necesariamente indican ausencia de afectaciones relacionadas con salud mental en la población atendida, sino que podrían estar asociados a limitaciones en los procesos de identificación temprana, tamizaje, diagnóstico clínico, continuidad de la atención especializada o en los mecanismos de registro y reporte institucional. Adicionalmente, es importante considerar que las afectaciones relacionadas con salud mental pueden manifestarse de formas diversas y estar influenciadas por factores sociales, culturales y comunitarios que requieren abordajes integrales y culturalmente pertinentes para su reconocimiento y acompañamiento.

En pueblos como Uitoto y Nasa manifiestan desde los cuidadores que se han identificado situaciones de riesgo de consumo de sustancias aparece relacionado con afectaciones juveniles, conflictos familiares, ansiedad, dificultades de regulación emocional y procesos de transformación sociocultural. Estos hallazgos sugieren la necesidad de fortalecer acciones preventivas dirigidas a adolescentes y jóvenes indígenas, priorizando enfoques comunitarios, familiares y culturales que promuevan el fortalecimiento identitario, la participación comunitaria y la recuperación de prácticas ancestrales protectoras.

Al comparar esta información con el volumen total de personas atendidas por pueblo indígena, se observan diferencias relevantes en las afectaciones psicosociales. Por ejemplo, aunque Pijao registró 200 personas atendidas, concentró 32 atenciones relacionados con salud mental y violencias, equivalente al 16% de su población atendida. De manera similar, Uitoto presentó 28 atenciones frente a 234 personas atendidas (12%), mientras que Tubu registró 7 atenciones sobre 65 personas atendidas (10,8%). Estos comportamientos sugieren posibles escenarios de mayor vulnerabilidad psicosocial y necesidad de fortalecimiento diferencial de las acciones de acompañamiento comunitario.

Se evidencia la necesidad de fortalecer acciones interculturales en salud mental que trasciendan enfoques centrados exclusivamente en la atención clínica e individual, incorporando dimensiones colectivas, familiares, comunitarias y espirituales propias de los sistemas de cuidado de los pueblos indígenas. Las diferencias observadas entre pueblos indígenas en la proporción de eventos relacionados con salud mental, violencias y consumo de sustancias psicoactivas sugieren que estas afectaciones psicosociales no se distribuyen de manera homogénea, sino que responden a contextos y realidades particulares. Factores asociados a dinámicas territoriales, procesos de desarraigo, transformaciones en las estructuras comunitarias, condiciones socioeconómicas y experiencias de exclusión pueden influir diferencialmente en las formas en que estas situaciones se manifiestan y son vividas por cada pueblo indígena. En este contexto, se hace relevante fortalecer procesos de acompañamiento desde una perspectiva diferencial e intercultural que promueva el cuidado integral, la consolidación de redes de apoyo

comunitario, el fortalecimiento de factores protectores y la articulación con autoridades indígenas, sabedores y sistemas propios de medicina ancestral.

En este contexto, se hace necesario consolidar acciones comunitarias de prevención, acompañamiento psicosocial y fortalecimiento emocional articuladas con autoridades indígenas, sabedores, médicos tradicionales, parteras y redes comunitarias de cuidado. Asimismo, resulta prioritario fortalecer rutas de identificación temprana de situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas y otras afectaciones psicosociales, promoviendo procesos de acompañamiento familiar y comunitario culturalmente pertinentes.

De igual manera, los hallazgos evidencian la importancia de fortalecer redes protectoras y acciones dirigidas a juventudes, familias y cuidadores, incorporando espacios de escucha, círculos de palabra, contención emocional, armonización espiritual y recuperación de prácticas propias de cuidado que contribuyan al bienestar colectivo y a la pervivencia cultural de los pueblos indígenas. La medicina ancestral, las prácticas espirituales, los rituales de armonización, el acompañamiento de sabedores y las redes comunitarias emergen como factores protectores fundamentales frente al sufrimiento emocional, las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas.

Proyección de líneas de acción para el diseño de una estrategia en atención intercultural en salud

El proceso de análisis se desarrolló desde un enfoque cualitativo e interpretativo, orientado a comprender las necesidades relacionadas con la salud propia indígena a partir de las experiencias y narrativas de los pueblos participantes. La construcción analítica se sustentó en un proceso de triangulación de información entre fuentes primarias y secundarias, permitiendo identificar convergencias, diferencias, tensiones y elementos emergentes asociados a los sistemas de conocimiento indígena.

Las fuentes primarias estuvieron conformadas por comunicaciones personales, relatos comunitarios, voces de sabedores, líderes, autoridades ancestrales, actores comunitarios pertenecientes a los diferentes pueblos indígenas participantes e instituciones como ICBF, Secretaria de Gobierno, Secretaría de Salud, Secretaría distrital de la mujer, Subredes de salud Bogotá entre otras. Esto fue recopilado a partir de la realización de círculos de palabra con actores estratégicos vinculados al proceso de Medicina Ancestral Indígena (MAI), se generaron espacios de diálogo desarrollados en el marco de cuatro categorías previamente definidas, lo que posibilitó profundizar en las experiencias, percepciones, saberes y reflexiones de los participantes frente al cuidado de la salud propia e intercultural. Este ejercicio facilitó la recolección de voces diversas que han acompañado de manera continua la implementación del proceso, favoreciendo la construcción colectiva de sentidos y la identificación de elementos clave para el fortalecimiento de la estrategia en salud desde los pueblos indígenas.

De manera complementaria, se incorporó evidencia secundaria proveniente de literatura académica, documentos técnicos, investigaciones previas, referentes conceptuales y marcos normativos relacionados con salud indígena, interculturalidad, Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), Buen Vivir, territorio y pervivencia cultural. La revisión documental permitió contextualizar las narrativas comunitarias dentro de debates más amplios sobre autonomía, reconocimiento institucional, derechos colectivos y sostenibilidad de los sistemas médicos propios.

El proceso interpretativo se desarrolló mediante análisis temático y categorial, a partir de la identificación de patrones recurrentes, relaciones conceptuales y elementos diferenciales entre pueblos. Al interior de las categorías analíticas se organizaron las líneas de acción que permitieron agrupar las experiencias comunitarias alrededor de dimensiones comunes, sin desconocer las particularidades territoriales, culturales y organizativas de cada pueblo. Este abordaje favoreció una lectura comparativa e intercultural, permitiendo reconocer tanto elementos compartidos entre los pueblos como tensiones derivadas de las distintas trayectorias organizativas, procesos migratorios, dinámicas urbanas y formas de relacionamiento con las instituciones de salud.

La integración de fuentes permitió contrastar las narrativas comunitarias con referentes académicos y normativos, fortaleciendo la comprensión de fenómenos como la complementariedad entre sistemas médicos, las tensiones institucionales, las transformaciones territoriales, la sostenibilidad de los saberes ancestrales y los desafíos contemporáneos para la implementación del enfoque propio en salud. En este marco, emergieron reflexiones relacionadas con las dificultades de articulación entre el sistema medico occidental y las prácticas ancestrales, las barreras administrativas y normativas para el reconocimiento de los sabedores, así como las implicaciones que tienen los procesos de urbanización, desplazamiento y cambio generacional en la transmisión de conocimientos ancestrales y en la continuidad de las prácticas culturales de cuidado.

Asimismo, el análisis buscó trascender la descripción temática, incorporando elementos interpretativos y críticos orientados a identificar necesidades, barreras, relaciones de poder y condiciones estructurales que inciden en la pervivencia de los sistemas de salud indígena y en la garantía de una atención culturalmente pertinente.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al análisis de la información recogida en estos espacios, del cual emergen ejes temáticos organizados por cada categoría. Estos ejes permiten establecer una ruta de comprensión y orientación que, en una fase posterior, será retomada para su proyección como líneas de acción dentro de la estrategia en construcción. En este sentido, se presenta nuevamente la estructura por categorías, los ejes temáticos identificados y los pueblos que aportaron a cada uno de ellos, junto con sus principales resultados.

Categoría: Orientaciones para el Cuidado de la Salud indígena con Enfoque Propio

El análisis de esta categoría permitió identificar que las orientaciones para el cuidado de la salud indígena con enfoque propio se estructuran a partir de dimensiones espirituales, territoriales, comunitarias, culturales e institucionales que configuran sistemas de salud diferenciados y profundamente vinculados a las cosmovisiones de cada pueblo.

De manera transversal, se evidenció que pueblos como Eperara, Inga, Kamëntsá y Kichwa presentan una fuerte centralidad de la autoridad espiritual y de los sabedores en la orientación de los procesos de cuidado, mientras que pueblos como Misak, Nasa y Uitoto profundizan especialmente en la relación entre equilibrio, territorio y salud integral. A su vez, pueblos como Wounaan, Yanacona y Tubú enfatizan con mayor fuerza las dificultades para la implementación efectiva del enfoque propio, particularmente en contextos urbanos, institucionales y territoriales complejos.

De igual manera, el análisis permitió reconocer que los procesos de urbanización, desplazamiento y transformación territorial generan impactos sobre la transmisión de saberes, las prácticas comunitarias de cuidado y la sostenibilidad de los sistemas médicos ancestrales. Frente a ello, los pueblos continúan desarrollando acciones de fortalecimiento cultural y revitalización de la medicina propia orientadas a preservar sus formas tradicionales de comprensión y cuidado de la salud.

En este contexto, las líneas de acción que se presentan a continuación permiten profundizar en las principales orientaciones, tensiones, prácticas y desafíos identificados en relación con el cuidado de la salud indígena con enfoque propio.

1. **Autoridad ancestral, sabedores y gobierno propio en salud**

Pueblos que lo acogen: Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Pastos, Pijao, Tubú, Wounaan

El cuidado en salud se organiza a partir de sistemas de autoridad ancestral donde sabedores, mayores y estructuras de gobierno propio cumplen funciones de orientación espiritual, regulación social y toma de decisiones terapéuticas. En el pueblo Eperara, los jaipanas son reconocidos como instituciones que articulan cohesión social y control cultural (Carrasco, 2010), lo cual evidencia que la autoridad médica tradicional excede el campo clínico.

De manera similar, en el pueblo Inga se resalta que el cuidado “se fundamenta en un sistema propio… donde los sabedores, taitas, mamas y mayores orientan las prácticas de sanación” (Jajoy, comunicación personal, 2026), reafirmando la centralidad de la autoridad espiritual. Esta perspectiva es compartida por el pueblo Tubú, donde se enfatiza que

"escuchar a los mayores… es fundamental para cuidar la salud" (Uribe, comunicación personal, 2026).

Desde el marco normativo, esta autonomía se sustenta en el reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a organizar sus propios sistemas de salud (Presidencia de la República de Colombia, 2024; Decreto Ley 480 de 2025), articulándose con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

En este sentido, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer mecanismos de reconocimiento, participación y articulación de las autoridades ancestrales y las estructuras de gobierno propio dentro de las acciones de salud, garantizando su capacidad de decisión, orientación y sostenibilidad en los procesos de cuidado.

Sin embargo, la triangulación evidencia una tensión estructural persistente, desde los testimonios se advierte que, en algunos contextos, "las propuestas desde lo propio no coinciden con el lenguaje de la institución" (M. Soto, comunicación verbal, 2026), situación que limita la incorporación efectiva de las formas de gobierno propio en los escenarios institucionales. Esto sugiere la persistencia de relaciones asimétricas entre el sistema biomédico y los sistemas de conocimiento indígena, en concordancia con lo señalado por la literatura frente al predominio de modelos hegemónicos que restringen el ejercicio efectivo de la autonomía indígena en salud (Vargas-Cruz et al., 2020; Observatorio de Salud de Bogotá, 2020).

En consecuencia, el análisis muestra que el desafío no es solo de articulación funcional, sino de reconocimiento epistemológico, donde la autoridad ancestral requiere ser comprendida como sistema de gobierno del cuidado y no como complemento cultural.

2. Salud como equilibrio integral (visión holística del ser)

Pueblos que lo acogen: Kichwa, Pastos, Nasa, Uitoto

La salud es comprendida como un estado de equilibrio entre dimensiones espirituales, físicas, comunitarias y territoriales, superando la visión biomédica centrada en la enfermedad. En el pueblo Kichwa se plantea que "la salud… es un estado de equilibrio entre lo espiritual, lo físico, lo comunitario y lo territorial" (Farinango, comunicación personal, 2026).

Esta concepción coincide con lo expresado en el pueblo Nasa, donde "la salud tiene una significación asociada al equilibrio y la armonía de los diferentes componentes de la vida" (Dussán Chaux et al., s. f., p. 9), así como en el pueblo Uitoto, donde se afirma que "la

salud es resultado del equilibrio de las relaciones entre el Creador, la gente y la naturaleza" (Elio Wayú Matapí, 2021, p. 25).

Esta convergencia evidencia la existencia de un marco epistemológico compartido que contrasta con la fragmentación biomédica del cuerpo. Sin embargo, la triangulación muestra variaciones en el énfasis: algunos pueblos priorizan la dimensión espiritual (Inga, Kamëntsá), otros la relacional-territorial (Misak, Nasa) y otros la integración ecológica (Uitoto).

Lo anterior evidencia la necesidad de diseñar acciones de salud que incorporen enfoques integrales, territoriales y espirituales del cuidado, reconociendo las cosmovisiones indígenas y promoviendo modelos de atención acordes con las formas propias de comprender el bienestar y la enfermedad. Asimismo, la triangulación entre voces comunitarias, literatura y marcos normativos permite identificar que, aunque existe convergencia en torno a la comprensión holística de la salud, los pueblos enfatizan dimensiones particulares del equilibrio, tales como la espiritualidad, la relación con el territorio o la armonía comunitaria. En este sentido, desde las comunidades se señala que "todo es un solo proceso" (Jacanamijoy, comunicación personal, 2026), evidenciando que las categorías biomédicas fragmentadas resultan insuficientes para comprender la experiencia indígena de la salud. Esto plantea la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más flexibles y culturalmente pertinentes.

3. Cuidado comunitario y participación colectiva en salud

Pueblos que lo acogen: Eperara, Kichwa, Pijao, Tubú, Uitoto

El cuidado en salud se configura como un proceso colectivo, basado en la corresponsabilidad comunitaria. En el pueblo Eperara, el cuidado "no es individual, sino compartido", involucrando familia y comunidad (Carrasco, 2010).

De manera similar, en el pueblo Tubú se expresa que la salud implica "trabajar en comunidad y apoyarse entre todos" (Ahumada, comunicación personal, 2026). En el pueblo Uitoto, la participación se refleja en la construcción conjunta de acciones: "el diseño de la estrategia… se realizó en conjunto con el grupo" (Guerrero et al., 2020, p. 105).

Este enfoque diferencial coincide con marcos normativos que reconocen la participación comunitaria como eje estructural de la salud indígena (Presidencia de la República de Colombia, 2024).

Estos hallazgos permiten identificar la necesidad de fortalecer procesos de participación comunitaria, corresponsabilidad colectiva y construcción conjunta de acciones en salud,

promoviendo mecanismos que favorezcan el involucramiento activo de familias, comunidades y autoridades tradicionales en la planeación, implementación y seguimiento de las acciones de cuidado.

De igual forma, el análisis evidencia que las prácticas comunitarias de cuidado adquieren expresiones diferenciadas entre pueblos, articulándose con mingas, círculos de palabra, visitas domiciliarias y espacios rituales. Desde las experiencias comunitarias se reconoce que estos espacios “funcionan como dispositivos de sanación, aprendizaje y fortalecimiento cultural” (Tumiña, comunicación personal, 2026), lo que permite comprender el cuidado no solo como una práctica asistencial, sino como un proceso relacional y de cohesión social. Esto amplía la comprensión institucional del cuidado en salud y plantea la necesidad de incorporar enfoques comunitarios en las acciones de atención.

4. Interculturalidad, articulación de sistemas de salud y fortalecimiento institucional para su implementación

Pueblos que lo acogen: Eperara, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Nasa, Pastos, Pijao, Uitoto, Wounaan, Yanacona

La interculturalidad en salud emerge como un principio orientador que propone el diálogo, la complementariedad y la coexistencia entre la medicina ancestral y la medicina occidental. Desde la experiencia de los pueblos indígenas, el cuidado de la salud no se limita a un único sistema, sino que responde a una lógica escalonada y articulada. En el pueblo Uitoto, por ejemplo, se reconoce que “los males se tratan primero en casa… y luego, si hay complicación, en el centro médico” (Guerrero, 2022), lo que evidencia un orden propio de atención que prioriza el saber ancestral antes de acudir al sistema biomédico.

Asimismo, se valida el uso simultáneo de ambos sistemas como una práctica legítima: “si quiero tomarme un acetaminofén… y que el abuelo me conjure, es respetable” (Ruiz, comunicación personal, 2026). Esta perspectiva reafirma que la interculturalidad no implica sustitución, sino complementariedad. Sin embargo, esta articulación enfrenta tensiones estructurales, como la falta de reconocimiento de la identidad indígena dentro de los servicios de salud (Kutdo, comunicación personal, 2026), lo que limita el ejercicio pleno de un enfoque diferencial. En respuesta, organismos internacionales han subrayado la necesidad de integrar la medicina tradicional como acción para mejorar los resultados en salud (OPS, 2026).

No obstante, la materialización de este enfoque intercultural está condicionada por debilidades institucionales que afectan su implementación. En el pueblo Kamëntsá se identifica la necesidad de formalizar y sistematizar lineamientos propios, señalando que

"debe haber una persona encargada de escribir ese lineamiento propio" (Agreda, comunicación personal, 2026), lo que refleja vacíos en la consolidación técnica del modelo. De manera similar, en el pueblo Wounaan se evidencian limitaciones operativas relacionadas con la "falta de insumos… y ausencia de espacios físicos adecuados" (Dura, comunicación personal, 2026), mientras que en el pueblo Yanacona se destacan debilidades en la formación del talento humano en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En consecuencia, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer procesos de articulación intercultural entre sistemas de salud, así como capacidades institucionales, técnicas y operativas que permitan la implementación efectiva del enfoque propio, incluyendo la formalización de lineamientos, la disponibilidad de recursos e infraestructura, y la formación del talento humano con enfoque intercultural. Asimismo, la triangulación de información evidencia tensiones persistentes derivadas de relaciones asimétricas entre el modelo biomédico y los sistemas de conocimiento indígena. Desde las voces comunitarias se expresa que "los médicos no creen en las yerbas" (Román, comunicación personal, 2026), situación que refleja procesos de deslegitimación del saber ancestral y persistencia de modelos hegemónicos en salud. Estas barreras no solo afectan la articulación institucional, sino también el reconocimiento efectivo de la medicina propia como un sistema legítimo de atención.

5. Tensiones, barreras y brechas en la implementación del enfoque propio

Pueblos que lo acogen: Inga, Kamëntsá, Pastos, Pijao, Wounaan, Yanacona

Se identifican brechas entre el reconocimiento normativo y la implementación real del enfoque propio. En el pueblo Inga se señala que "no hay un enfoque… real… el occidental no acepta lo nuestro" (Tandioy, comunicación personal, 2026), evidenciando exclusión de saberes.

En el pueblo Kamëntsá se plantea la necesidad de "una guía que indique cómo materializarlo" (Jacanamijoy, comunicación personal, 2026), mientras que en el pueblo Yanacona se reconoce que el enfoque propio "continúa siendo limitado a lo discursivo" (Yara, comunicación personal, 2026). Estas tensiones se relacionan con barreras culturales e institucionales ampliamente documentadas (Secretaría Distrital de Gobierno, 2023).

Lo anterior permite identificar la necesidad de desarrollar mecanismos operativos, técnicos e institucionales que favorezcan la implementación efectiva del enfoque propio en salud, contribuyendo al cierre de brechas entre el reconocimiento normativo y su aplicación práctica, así como al fortalecimiento del reconocimiento y legitimidad de los saberes ancestrales dentro de los procesos de atención en salud.

Adicionalmente, el análisis evidencia que estas barreras no responden únicamente a limitaciones técnicas, sino también a factores estructurales relacionados con desigualdades históricas, dificultades de articulación intercultural y ausencia de condiciones institucionales para la implementación territorial del enfoque propio. Desde las comunidades se reconoce que “todavía falta que realmente se reconozca la medicina propia” (Garnica, comunicación personal, 2026), mientras que otros testimonios advierten que “no ofrece garantías económicas” para las nuevas generaciones continuar estos procesos (Benavides, 2017, p. 15). Esto evidencia que la sostenibilidad del enfoque propio requiere no solo reconocimiento normativo, sino también acciones concretas de fortalecimiento institucional, financiación, formación y relevo generacional.

Categoría: Territorio

La categoría territorio permitió identificar que, para los pueblos indígenas participantes, el territorio constituye un eje estructurante de la salud, al ser comprendido como un espacio vivo que integra dimensiones espirituales, culturales, ambientales, comunitarias y simbólicas. Desde esta perspectiva, la salud se configura a partir de las relaciones de equilibrio entre las personas, la naturaleza, los espíritus y las dinámicas colectivas que sostienen la vida comunitaria.

De manera transversal, se evidenció que pueblos como Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa y Nasa otorgan una centralidad especial al territorio como espacio de sanación, espiritualidad y producción de conocimiento ancestral, mientras que pueblos como Misak, Pijao y Uitoto profundizan particularmente en la relación entre cuerpo, equilibrio y territorio. A su vez, pueblos como Yanacona, Wounaan, Tubú y Pastos enfatizan los impactos que generan el desarraigo, la urbanización y las transformaciones territoriales sobre la sostenibilidad de las prácticas de cuidado y de los sistemas de conocimiento ancestral.

Asimismo, el análisis permitió reconocer que los espacios sagrados, las prácticas rituales y las dinámicas familiares y comunitarias constituyen escenarios fundamentales para la transmisión intergeneracional de saberes, la armonización espiritual y el fortalecimiento de la medicina propia. Estas prácticas no se limitan a espacios ceremoniales, sino que se reproducen cotidianamente mediante actividades relacionadas con la siembra, el uso de plantas medicinales, la alimentación, la crianza y las formas tradicionales de habitar el territorio.

De igual manera, se identificó que las transformaciones territoriales y los contextos urbanos generan tensiones relacionadas con la pérdida de prácticas tradicionales, el debilitamiento de redes comunitarias y las dificultades para garantizar la continuidad de los sistemas médicos ancestrales. No obstante, los pueblos indígenas continúan desarrollando acciones de adaptación y resignificación territorial mediante huertas urbanas, espacios comunitarios, prácticas de medicina ancestral y procesos de

fortalecimiento cultural orientados a preservar la relación espiritual y colectiva con el territorio.

En este contexto, las líneas de acción que se presentan a continuación permiten profundizar en las principales comprensiones, prácticas, tensiones y desafíos identificados en relación con el territorio como fundamento integral de la salud y de la pervivencia cultural de los pueblos indígenas.

6. Territorio como sujeto vivo y determinante integral de la salud

Pueblos que lo acogen: Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Pastos, Pijao, Nasa, Uitoto, Tubú, Wounaan, Yanacona

El territorio se configura como el eje estructurante de la salud en los pueblos indígenas, al ser concebido como un sujeto vivo que integra dimensiones físicas, espirituales, culturales, sociales y ambientales. En esta perspectiva, la salud no puede entenderse de manera fragmentada ni exclusivamente biomédica, sino como el resultado del equilibrio entre la comunidad, la naturaleza y las fuerzas espirituales.

Desde el pueblo Eperara, se reconoce que el territorio es “el lugar en el que moran los espíritus que nos guían y nos dan la sabiduría y el conocimiento” (Carrasco, 2010), lo que evidencia su carácter espiritual y su papel en la producción de saber en salud. En coherencia, el pueblo Inga plantea que “la salud para los Inga es un todo… el territorio, la casa, la tierra” (Autoridades y comuneros del Pueblo Inga Alto Putumayo, 2012), reafirmando la integralidad del concepto.

De manera similar, el pueblo Kamëntsá señala que la salud ambiental es “el equilibrio entre la naturaleza, el cuerpo, el espíritu y la colectividad” (Jamioy, C., comunicación personal, 2026), mientras que en el pueblo Kichwa se expresa que “el territorio es sanación, equilibrio y vida” (Portilla, Y., comunicación personal, 2026). Estas comprensiones se articulan con planteamientos teóricos que destacan la relación armónica con la Madre Tierra como base del bienestar (Huanacuni Mamani, 2010).

Asimismo, en pueblos como Pastos y Pijao, el territorio es reconocido como determinante estructural de la salud, en coherencia con marcos normativos como el Decreto 968 de 2024, que lo define como la interrelación entre lo físico, lo cultural y lo espiritual, y con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), que sustenta la vida colectiva en armonía con la Madre Tierra (Presidencia de la República de Colombia, 2024).

Desde el pueblo Nasa se enfatiza que la salud “se integra de manera contundente con el medio que lo rodea” (Dussán Chaux et al., s. f., p. 11), mientras que en el pueblo Uitoto se resalta el carácter sagrado del territorio como espacio de protección ancestral: “yo

siempre arranco del territorio… ahí está la protección de los ancestros" (E. Madero, comunicación personal, 2026).

Finalmente, pueblos como Tubú, Wounaan y Yanacona coinciden en que el territorio garantiza el acceso a alimentos propios, plantas medicinales y espacios de armonización, constituyéndose en la base material y simbólica de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En este sentido, los hallazgos evidencian la necesidad de diseñar acciones de salud que reconozcan el territorio como un determinante integral y un sujeto vivo de especial protección, incorporando dimensiones espirituales, culturales, ambientales y comunitarias en los procesos de promoción, prevención, atención y cuidado en salud.

Asimismo, el análisis comparativo evidencia que, aunque existe consenso entre los pueblos sobre la centralidad del territorio en la salud, las formas de relación territorial presentan particularidades asociadas a contextos ecológicos, espirituales y socioculturales específicos. Desde las voces comunitarias se señala que "sin territorio no hay pensamiento ni medicina" (Tandioy, comunicación personal, 2026), lo que refleja que la afectación territorial compromete no solo las condiciones materiales de vida, sino también la continuidad de los sistemas de conocimiento ancestral. Esto evidencia la necesidad de fortalecer enfoques territoriales diferenciales que reconozcan las múltiples formas de habitar, cuidar y significar el territorio dentro de las acciones de salud indígena.

En este marco, los hallazgos permiten ir un paso más allá al evidenciar que el territorio no opera como una variable contextual, sino como una estructura constitutiva del concepto mismo de salud. Esta comprensión implica una ruptura epistemológica frente al modelo biomédico dominante, en el cual el territorio suele asumirse como un factor externo al proceso salud-enfermedad, mientras que en las cosmovisiones indígenas se configura como condición ontológica de la vida, el equilibrio y el cuidado.

Relación cuerpo–territorio y equilibrio en salud: Pueblos que lo acogen: Misak, Pijao, Nasa, Uitoto

En una profundización de la noción territorial, el cuerpo es entendido como el primer territorio, donde se manifiestan los estados de equilibrio o desequilibrio en salud. Esta concepción articula dimensiones físicas, espirituales, emocionales y ambientales.

En el pueblo Misak, se reconoce que la desconexión con el territorio genera afectaciones en la salud física, emocional y espiritual (Calambas, 2026; Tumiña, 2026). Por su parte, en el pueblo Pijao, la salud se explica a partir del equilibrio entre fuerzas como el frío y el calor (Chiri–Chajuá), donde la enfermedad surge cuando esta armonía se rompe (Cabildo Ambiká Pijao, 2020).

En coherencia, el pueblo Nasa plantea que las enfermedades pueden derivarse de desequilibrios con el territorio o con los espíritus guardianes (Dussán Chaux et al., s. f., p. 10), mientras que en el pueblo Uitoto se reconoce que el cuerpo refleja la relación con el entorno y las prácticas culturales.

Este enfoque diferencial posiciona la salud como una expresión del equilibrio integral entre cuerpo y territorio, lo que amplía los marcos de atención hacia perspectivas interculturales.

Lo anterior permite identificar la necesidad de incorporar enfoques de atención integral que reconozcan la relación entre cuerpo, territorio, espiritualidad y entorno, promoviendo acciones de cuidado que contemplen dimensiones físicas, emocionales, culturales y espirituales de la salud. Adicionalmente, la convergencia de información entre relatos comunitarios y fuentes documentales evidencia que las afectaciones a la salud no son comprendidas únicamente desde causas biológicas, sino también desde rupturas en las relaciones espirituales, ambientales y comunitarias. Desde las voces comunitarias se expresa que “cuando uno pierde la conexión con el territorio también se enferma el pensamiento” (Tumiña, comunicación personal, 2026), lo que permite identificar la necesidad de ampliar los marcos institucionales de comprensión del proceso salud-enfermedad hacia perspectivas relacionales e interculturales.

7. Espacios sagrados, ritualidad y prácticas de sanación

Pueblos que lo acogen: Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Pastos, Nasa, Uitoto, Wounaan

Los espacios sagrados constituyen escenarios fundamentales para la sanación, la armonización y la transmisión de saberes. Estos espacios, como malokas, tambos, tul, lagunas, montañas y mambeaderos, no solo tienen una dimensión física, sino también simbólica y espiritual.

En el pueblo Eperara, espacios como la Casa Grande permiten la realización de ceremonias que restablecen el equilibrio (Carrasco, 2010). De igual forma, en el pueblo Inga se afirma que “en el tambo hay que dar el remedio… porque es la parte más sagrada” (Jacanamijoy, M., comunicación personal, 2026).

En el pueblo Kamëntsá, el jajañ y la tulpa son escenarios de pensamiento, espiritualidad y organización social (Agreda España, 2016), mientras que en el pueblo Kichwa se reconoce que los espacios sagrados pueden resignificarse incluso en contextos urbanos, siempre que exista conexión espiritual (Huanacuni Mamani, 2010).

Para el pueblo Nasa, los sitios sagrados son lugares donde habitan los espíritus mayores (ACIN, 2019, p. 83), y en el pueblo Uitoto se destacan elementos como el mambe y el tabaco para la conexión espiritual (SUARI, 2010). En pueblos como Pastos y Wounaan, se resalta la necesidad de garantizar estos espacios para asegurar la efectividad de la medicina ancestral (Vargas-Cruz et al., 2020).

Estos hallazgos evidencian la necesidad de proteger, fortalecer y garantizar espacios sagrados y escenarios rituales como componentes fundamentales de las acciones de salud propia, reconociendo su papel en los procesos de sanación, armonización espiritual y transmisión intergeneracional de saberes ancestrales. Asimismo, el análisis evidencia que estos espacios no solo cumplen funciones terapéuticas, sino también organizativas, pedagógicas y de cohesión comunitaria. Desde las voces comunitarias se reconoce que "en el mambeadero se orienta el pensamiento y la medicina" (Matapí, comunicación personal, 2026), lo que refleja que la pérdida o limitación de estos espacios afecta directamente la continuidad de los procesos de cuidado y transmisión cultural. Esto plantea la necesidad de que las acciones institucionales reconozcan y garanticen estos escenarios como parte integral de los procesos de salud indígena. La garantía de estos escenarios requiere fortalecer los mecanismos de articulación interinstitucional, promoviendo la vinculación y participación de las entidades del sector salud y de otros sectores estratégicos mediante procesos de coordinación, convocatoria e invitación permanente, que permitan integrar los enfoques propios de los pueblos indígenas en la planeación, ejecución y seguimiento de las acciones de salud.

8. Prácticas cotidianas, familiares y comunitarias para el cuidado del territorio

Pueblos que lo acogen: Eperara, Kichwa, Nasa, Uitoto

El cuidado del territorio se construye desde la vida cotidiana, especialmente en el entorno familiar, donde se reproducen saberes y prácticas tradicionales.

En el pueblo Eperara, las prácticas familiares permiten la continuidad del conocimiento y el cuidado territorial (Médico ancestral, comunicación personal, 2026). En el pueblo Kichwa, actividades como la agricultura tradicional y el uso de ciclos naturales reflejan la relación armónica con el entorno (Ardila et al., 2010).

Por su parte, en el pueblo Nasa se destaca el tul como espacio de producción, alimentación y medicina (Dussán Chaux et al., s. f.), mientras que en el pueblo Uitoto se reconoce que "desde la casa uno cuida el territorio respetando lo que le enseñaron…" (Uribe, C. S., comunicación personal, 2026).

Lo anterior permite identificar la necesidad de fortalecer prácticas familiares, comunitarias y cotidianas asociadas al cuidado del territorio, promoviendo acciones orientadas a la transmisión intergeneracional de saberes, la soberanía alimentaria y la preservación de prácticas tradicionales vinculadas al bienestar y la salud colectiva.

De igual manera, la información analizada evidencia que el cuidado territorial no se limita a escenarios rituales o comunitarios amplios, sino que se reproduce en actividades cotidianas relacionadas con la alimentación, la crianza, la siembra y el uso tradicional de plantas medicinales. Desde las voces comunitarias se afirma que “el cuidado empieza desde la casa y la enseñanza de los mayores” (Uribe, comunicación personal, 2026), lo que permite reconocer el papel central de la familia en la sostenibilidad de los sistemas de cuidado y en la continuidad de los conocimientos ancestrales.

9. **Transformaciones territoriales, desarraigo y resignificación del territorio en contextos urbanos**

Pueblos que lo acogen: Misak, Pastos, Pijao, Uitoto, Yanacona, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Tubú, Wounaan

Las transformaciones territoriales derivadas de procesos de urbanización, desplazamiento y pérdida del territorio ancestral generan impactos profundos en la salud integral de los pueblos indígenas, afectando no solo las condiciones físicas, sino también los equilibrios espirituales, culturales y comunitarios. En el pueblo Misak, el contexto urbano altera el equilibrio físico y espiritual (Tumiña, 2026), mientras que en el pueblo Pastos se reconoce el desarraigo como un factor determinante en la afectación del bienestar (Vargas-Cruz et al., 2020).

De manera similar, en el pueblo Pijao se evidencian dificultades para mantener la medicina tradicional fuera del territorio (Cabildo Ambiká Pijao et al., 2009), lo que limita la continuidad de prácticas ancestrales. En el pueblo Uitoto, la pérdida de especies vegetales implica también la pérdida de conocimientos asociados a la medicina tradicional (Elio Wayú Matapí, 2021), evidenciando la estrecha relación entre biodiversidad y saberes. Por su parte, en el pueblo Yanacona, el cambio de entorno se asocia con la aparición de enfermedades metabólicas y afectaciones en la salud mental (Yara, comunicación personal, 2026), lo que refleja las consecuencias del desarraigo en múltiples dimensiones de la vida.

No obstante, frente a estos procesos de desestructuración territorial, los pueblos indígenas desarrollan acciones de resistencia, adaptación y reconstrucción simbólica del territorio en contextos urbanos. En el pueblo Inga se plantea la necesidad de repensar el territorio en la ciudad (Tandioy, V., comunicación personal, 2026), mientras que en los pueblos Kamëntsá y Kichwa se reconocen el hogar y los espacios comunitarios como

escenarios clave para la reconstrucción territorial (Chicunque, S., comunicación personal, 2026).

Asimismo, en el pueblo Pastos, prácticas como la chagra urbana fortalecen la relación con la tierra incluso en entornos urbanos (Vargas-Cruz et al., 2020). De igual forma, en pueblos como Tubú, Wounaan y Yanacona se identifican acciones como la implementación de huertas medicinales y la creación de espacios comunitarios, las cuales funcionan como mecanismos de resistencia cultural y de pervivencia de los saberes ancestrales (Palacios Salazar, 2023).

En consecuencia, los hallazgos evidencian la necesidad de desarrollar acciones de salud diferencial que respondan a las transformaciones territoriales y contextos urbanos, fortaleciendo procesos de adaptación cultural, reconstrucción simbólica del territorio, preservación de saberes ancestrales y generación de espacios comunitarios que favorezcan la pervivencia cultural y el bienestar integral de los pueblos indígenas fuera de sus territorios ancestrales.

Asimismo, el análisis evidencia que las dinámicas urbanas generan tensiones relacionadas con la pérdida de prácticas tradicionales, debilitamiento de redes comunitarias y dificultades para la transmisión del conocimiento ancestral. Desde las voces comunitarias se advierte que “en la ciudad se van perdiendo las costumbres y la conexión con la medicina” (Chicunque, comunicación personal, 2026), lo que refleja riesgos para la sostenibilidad cultural de los sistemas de salud propios. No obstante, también se identifican procesos de resignificación territorial y resistencia cultural que evidencian la capacidad de adaptación de los pueblos indígenas en escenarios urbanos, lo que plantea la necesidad de que las acciones institucionales reconozcan las territorialidades urbanas indígenas y fortalezcan espacios comunitarios de encuentro, cuidado y transmisión cultural.

Categoría: Prácticas del cuidado propio e intercultural

Las prácticas del cuidado propio en los pueblos indígenas se comprenden como un proceso integral que articula dimensiones físicas, espirituales, emocionales, comunitarias y territoriales, configurando una visión del bienestar basada en el equilibrio entre el individuo, la comunidad y la naturaleza.

Desde las voces comunitarias se reconoce que el cuidado trasciende la enfermedad y se inscribe en la vida cotidiana, donde la familia, los mayores y la comunidad cumplen un papel fundamental en la transmisión de saberes y en la orientación de prácticas de bienestar. En este sentido, el cuidado se entiende como un proceso relacional y colectivo que se sostiene en la experiencia diaria, la educación propia y las formas tradicionales de convivencia.

A partir de este marco general, la categoría se organiza en cuatro ejes temáticos que permiten profundizar en las principales prácticas del cuidado propio e intercultural, incluyendo el cuidado integral, la medicina ancestral, la interculturalidad en salud y el cuidado comunitario como expresión del tejido social de los pueblos indígenas.

1. **Cuidado propio integral**

Pueblos que lo acogen:
Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Pastos, Pijao, Nasa, Uitoto, Tubú, Wounaan, Yanacona

El cuidado propio en los pueblos indígenas se configura como un proceso integral, que articula dimensiones físicas, espirituales, emocionales y comunitarias. Este enfoque trasciende la visión biomédica centrada en la enfermedad, situando la salud como un estado de equilibrio dinámico entre el individuo, la comunidad y la naturaleza.

Desde las voces comunitarias, se afirma que el cuidado “no se entiende… solo desde la enfermedad o el cuerpo” (Agudelo, L., comunicación verbal, 2026), mientras que en el pueblo Inga se expresa que “todo es un solo proceso” (Jacanamijoy, J. P., comunicación personal, 2026), evidenciando una comprensión holística del bienestar. Asimismo, se reconoce que “prevenir y cuidarse antes de enfermarse, manteniendo el equilibrio” constituye un principio orientador del cuidado (Correa, L. V., comunicación personal, 2026).

Este enfoque se materializa en prácticas cotidianas como la alimentación propia, el uso de remedios tradicionales y la vida comunitaria, donde “el cuidado se desarrolla principalmente en el ámbito cotidiano” (Prada, F., comunicación personal, 2026). A nivel secundario, esta perspectiva es coherente con la Atención Primaria en Salud, la cual promueve intervenciones integrales desde la promoción y la prevención, adaptadas a contextos socioculturales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Adicionalmente, desde las experiencias comunitarias se identifica la importancia de fortalecer acciones de autocuidado y prevención desde edades tempranas, así como de garantizar escenarios comunitarios donde puedan mantenerse prácticas culturales asociadas al bienestar físico, emocional y espiritual. En este sentido, algunas voces comunitarias resaltan que “el cuidado empieza desde la casa y desde lo que enseñan los mayores” (Tumiña, comunicación personal, 2026), reafirmando el papel de la familia y la comunidad en la sostenibilidad de las prácticas de cuidado propio.

En este sentido, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer acciones de cuidado integral que reconozcan las dimensiones físicas, espirituales, emocionales, familiares y

comunitarias de la salud, promoviendo acciones de prevención, autocuidado y bienestar acordes con las cosmovisiones y prácticas propias de los pueblos indígenas.

2. **Medicina ancestral, prácticas de sanación y uso de plantas medicinales**

Pueblos que lo acogen:
Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Pastos, Pijao, Nasa, Uitoto, Tubú, Wounaan, Yanacona

La medicina ancestral constituye un eje estructural del cuidado en salud, integrando prácticas como el uso de plantas medicinales, rituales, armonizaciones, cantos, rezos y acompañamiento espiritual, orientadas a restablecer el equilibrio integral.

En el pueblo Uitoto se señala que “todo tiene vida […] para la curación es necesario dialogar espiritualmente” (Elio Wayú Matapí, 2021, p. 32), mientras que en el ámbito comunitario se reconoce que “les gusta sus plantas… para tratar, y solo cuando no se cura se acude al médico” (G. González, comunicación personal, 2026). Estas prácticas evidencian la centralidad de la medicina propia como primer recurso terapéutico.

Asimismo, prácticas como la armonización con fuego, los recorridos comunitarios y el diagnóstico espiritual reflejan la complejidad del sistema de sanación: “los médicos tradicionales hacen recorridos por las comunidades… realizando consulta casa a casa” (Dussán Chaux et al., s. f., p. 11). Desde la literatura, se reconoce que “el uso de plantas… es tradición para el tratamiento de enfermedades” (Guerrero et al., 2020, p. 107), y que estas prácticas resaltadas anteriormente, hacen parte de sistemas legítimos de salud indígena (República de Colombia, 2025).

De igual forma, las voces comunitarias evidencian preocupación frente a la pérdida progresiva de algunas prácticas y conocimientos asociados a las plantas medicinales, especialmente por las dificultades de acceso al territorio y la disminución en la transmisión intergeneracional. En este sentido, se resalta que “cada vez hay menos personas que conocen las plantas y cómo prepararlas” (Chindoy, comunicación personal, 2026), lo que refleja riesgos para la sostenibilidad de estos sistemas de conocimiento.

Lo anterior permite identificar la necesidad de fortalecer, proteger y reconocer las prácticas de medicina ancestral como parte fundamental de las acciones de salud propia, promoviendo la preservación de saberes tradicionales, el acceso a plantas medicinales, la transmisión intergeneracional del conocimiento y el reconocimiento institucional de los sistemas indígenas de sanación.

3. **Interculturalidad en salud, complementariedad de sistemas médicos y barreras para su implementación**

Pueblos que lo acogen: Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Pastos, Pijao, Nasa, Uitoto, Tubú, Wounaan, Yanacona

La interculturalidad en salud se configura como un proceso dinámico de articulación y complementariedad entre la medicina ancestral y la medicina occidental, sustentado en el diálogo de saberes, el respeto mutuo y la construcción conjunta de soluciones en salud. Desde las voces comunitarias, se plantea la necesidad de que “las dos medicinas vayan de la mano” (Valencia, J., comunicación personal, 2026) y se reconoce que “ninguna medicina es más grande que la otra” (Tandioy, V., comunicación personal, 2026), lo que evidencia una apuesta por relaciones horizontales entre sistemas médicos. En esta misma línea, se afirma que “es unir los dos conocimientos para poder sanar mejor” (Uribe Sierra, A., comunicación personal, 2026), reafirmando la complementariedad como principio orientador del cuidado.

No obstante, esta articulación aún se encuentra en proceso de consolidación. La percepción de que “se mezcla la medicina occidental y ancestral” (Portocarrero, K., comunicación verbal, 2026) refleja tanto avances como ambigüedades en su implementación, evidenciando desafíos conceptuales y operativos en la integración de ambos sistemas. Desde la revisión de fuentes de información secundaria, se destaca que los modelos interculturales requieren diálogo de saberes, cooperación y adaptación institucional (Rodríguez, 2010), así como la integración de la medicina tradicional como acción para mejorar los resultados en salud (OPS, 2026).

Sin embargo, este proceso enfrenta múltiples barreras que limitan su desarrollo efectivo. Desde la experiencia comunitaria, se identifican tensiones asociadas a la desvalorización del saber ancestral, expresadas en afirmaciones como “los médicos no creen en las yerbas” (M. Román, comunicación personal, 2026), así como dificultades de acceso y condiciones logísticas en los territorios (Chindoy, M., comunicación personal, 2026). De igual manera, se reconoce que “todavía falta que realmente se reconozca la medicina propia” (Garnica, D. M., comunicación personal, 2026), lo que pone en evidencia brechas en el reconocimiento institucional.

A nivel estructural, se reporta que “el 79% indica que existen barreras culturales como barreras lingüísticas y desconocimiento de prácticas médicas tradicionales” (Quintero Fuentes, 2025, p. 35), lo cual coincide con lo señalado en la literatura sobre debilidades en la articulación institucional, insuficiente formación en enfoques interculturales y persistencia de modelos hegemónicos en salud (Vargas-Cruz et al., 2020; Observatorio de Salud de Bogotá, 2020).

Adicionalmente, las voces comunitarias señalan la necesidad de generar mayores capacidades institucionales para garantizar procesos de atención culturalmente

pertinentes, incluyendo la disponibilidad de intérpretes, rutas diferenciales y espacios de concertación permanentes con autoridades indígenas. En este sentido, se expresa que “muchas veces no entienden cómo pensamos o cómo explicamos la enfermedad” (Jacanamijoy, comunicación personal, 2026), evidenciando barreras comunicativas y epistemológicas en la atención.

En consecuencia, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer procesos de articulación intercultural entre sistemas médicos, promoviendo el reconocimiento institucional de la medicina ancestral, la formación del talento humano en enfoques interculturales, la eliminación de barreras culturales y lingüísticas, y la construcción de mecanismos operativos que permitan una implementación efectiva y respetuosa de la complementariedad entre saberes.

4. Cuidado comunitario, redes colectivas y salud como proceso relacional

Pueblos que lo acogen:
Inga, Kamëntsá, Misak, Pastos, Nasa, Tubú, Wounaan, Yanacona
:
El cuidado en salud se construye desde una lógica colectiva y relacional, donde la comunidad es un actor central en la producción de bienestar. Prácticas como mingas, círculos de palabra, visitas domiciliarias y espacios rituales fortalecen la cohesión social y la transmisión de saberes.

Se reconoce que estos espacios “funcionan como dispositivos de sanación, aprendizaje y fortalecimiento cultural” (Tumiña, 2026), mientras que los recorridos comunitarios permiten acercar el cuidado a los territorios: “consulta casa a casa” (Dussán Chaux et al., s. f.). Asimismo, el cuidado se integra en la vida cotidiana mediante prácticas familiares y comunitarias orientadas al bienestar (Prada, F., comunicación personal, 2026).

Desde la literatura, el cuidado es entendido como un proceso continúo orientado al bienestar colectivo, donde las redes comunitarias juegan un papel fundamental (Palacios Salazar, 2023; Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

Las voces comunitarias también evidencian que estos procesos fortalecen el sentido de pertenencia, la solidaridad y la sostenibilidad cultural de los pueblos indígenas. En este marco, se resalta que “cuando se trabaja en comunidad es más fácil mantener las costumbres y ayudarse entre todos” (Ahumada, comunicación personal, 2026), destacando la importancia del tejido social en los procesos de salud y cuidado.

Lo anterior permite identificar la necesidad de fortalecer redes comunitarias, prácticas colectivas y mecanismos de cuidado relacional que favorezcan la participación de las comunidades en los procesos de salud, promoviendo espacios de encuentro, transmisión

de saberes, acompañamiento comunitario y fortalecimiento del tejido social como componentes fundamentales de las acciones de cuidado propio e intercultural.

Categoría: Saberes propios para fortalecer la pervivencia

Los saberes ancestrales constituyen el fundamento de los sistemas de salud indígena, al integrar dimensiones espirituales, culturales, territoriales y comunitarias que orientan la comprensión del proceso salud-enfermedad. Estos saberes no se entienden como prácticas aisladas, sino como sistemas integrales de vida que garantizan la continuidad cultural, el equilibrio colectivo y la pervivencia de los pueblos indígenas.

Desde las voces comunitarias, se reafirma su carácter fundacional como legado intergeneracional y responsabilidad colectiva, asociado a la memoria de los mayores y a la transmisión de conocimientos que sostienen la identidad cultural de los pueblos.

En este marco, los saberes ancestrales se comprenden como sistemas vivos que se transmiten, transforman y actualizan en el tiempo, articulando prácticas, conocimientos y relaciones comunitarias. Los ejes que se presentan a continuación desarrollan las principales dimensiones asociadas a su sostenibilidad, transmisión, roles tradicionales, espacios de aprendizaje y articulación intercultural.

1. **Saberes ancestrales, riesgos para su pervivencia y desafíos para su sostenibilidad**

Pueblos que lo acogen: Eperara, Inga, Kamëntsá, Kichwa, Misak, Nasa, Pastos, Pijao, Tubú, Yanacona

Los saberes ancestrales se configuran como el fundamento del sistema de salud indígena, al integrar dimensiones espirituales, culturales, territoriales y comunitarias que orientan la comprensión del proceso salud-enfermedad. Para los pueblos indígenas, estos saberes no constituyen prácticas aisladas, sino sistemas integrales de vida que garantizan la pervivencia cultural, el equilibrio colectivo y la continuidad de sus formas propias de existencia.

Desde las voces comunitarias, se reafirma su valor como legado intergeneracional y responsabilidad colectiva: “no dejar perder lo que nos enseñaron” (comunicación personal, 2026), así como su carácter fundacional: “la medicina ancestral es lo que nos han dejado nuestros abuelos” (Agreda, A., comunicación verbal, 2026). En este sentido, la medicina ancestral no solo cumple una función terapéutica, sino que sostiene la identidad cultural y los principios de vida de los pueblos.

La literatura respalda esta perspectiva al señalar que la medicina ancestral expresa la armonía entre el ser humano y su entorno (Autoridades y comuneros del Pueblo Inga Alto Putumayo, 2012), y que estos sistemas de conocimiento constituyen una base sólida para el cuidado de la salud y la continuidad cultural (Proyecto Salud Indígena Salud Viva, 2007; Presidencia de la República de Colombia, 2024). Asimismo, desde el pensamiento indígena, la salud se vincula con el Buen Vivir, entendido como equilibrio integral entre todas las dimensiones de la vida (Cabildo Mayor Yanacona, 2022).

No obstante, la pervivencia de estos saberes enfrenta múltiples riesgos, tensiones y amenazas que comprometen su sostenibilidad en el tiempo. Entre ellos se identifican la desvalorización institucional, la influencia de modelos culturales externos, la pérdida de interés de las nuevas generaciones y la falta de incentivos económicos para quienes portan y transmiten el conocimiento.

Desde las voces comunitarias se advierte la urgencia de preservar estos procesos: “los procesos de la medicina deben mantenerse para que no queden en el olvido” (Agreda, R., comunicación verbal, 2026). De manera particular, preocupa el desinterés juvenil, asociado a condiciones estructurales: “algunos jóvenes no están interesados… porque no ofrece garantías económicas” (Benavides, 2017, p. 15), lo que evidencia una tensión entre la sostenibilidad cultural y las dinámicas socioeconómicas contemporáneas.

La literatura señala que los factores nombrados anteriormente, ponen en riesgo la memoria colectiva y la continuidad de los sistemas de conocimiento ancestral (Jelin, 2002; Cortés Burgos et al., 2023).

Adicionalmente, las voces comunitarias evidencian preocupación frente a la pérdida progresiva de prácticas culturales asociadas a la medicina ancestral y la disminución de espacios para el aprendizaje comunitario. En este sentido, se señala que “cada vez son menos los jóvenes que quieren aprender” (Tandioy, comunicación personal, 2026), reflejando las dificultades para garantizar el relevo generacional y la continuidad de los procesos formativos propios.

En consecuencia, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer acciones integrales de protección, revitalización y sostenibilidad de los saberes ancestrales, promoviendo acciones orientadas al reconocimiento institucional, la valoración social, el relevo generacional y el fortalecimiento de condiciones culturales, sociales y económicas que favorezcan su continuidad en el tiempo.

2. Transmisión intergeneracional y aprendizaje vivo del conocimiento ancestral

Pueblos que lo acogen: Misak, Pastos, Pijao, Nasa, Wounaan, Inga, Kamëntsá, Kichwa

La transmisión intergeneracional constituye el mecanismo central para la sostenibilidad de los saberes ancestrales, desarrollándose a través de la oralidad, la práctica cotidiana, los rituales y la vida comunitaria. Este proceso permite no solo la continuidad del conocimiento, sino también su adaptación a contextos cambiantes.

Desde las comunidades, se enfatiza el carácter vivencial de este aprendizaje: “la tradición oral se orienta con el compartir… de generación en generación” (Cabildo Ambiká Pijao, 2020, p. 13), así como la importancia de involucrar a las nuevas generaciones: “la minga permite involucrar personas jóvenes, quienes aprenden de los mayores” (Dussán Chaux et al., s. f., p. 7).

Las fuentes secundarias refuerzan que los procesos nombrados anteriormente son fundamentales para la permanencia de los sistemas de conocimiento indígena (República de Colombia, 2025, art. 5, lit. g), y destacan el papel de la educación propia y la transmisión cultural en la revitalización de lenguas y saberes (Fondo de Desarrollo Local de Bosa & Universidad Nacional de Colombia, 2022; Osorio, 2026).

De igual forma, desde las voces comunitarias se reconoce que el aprendizaje requiere participación y acompañamiento permanente de mayores y sabedores. En este marco, se destaca que “aprendemos mirando, escuchando y haciendo con los mayores” (Chicunque, comunicación personal, 2026), reafirmando que la transmisión del conocimiento ancestral se desarrolla mediante experiencias colectivas y prácticas cotidianas.

3. Rol de sabedores, mayores y especialistas tradicionales

Pueblos que lo acogen: Uitoto, Nasa, Wounaan

Los sabedores tradicionales constituyen actores centrales en la preservación, transmisión y aplicación del conocimiento ancestral, desempeñando funciones de orientación espiritual, diagnóstico y sanación dentro del sistema de salud propio.

Desde la experiencia comunitaria, se reconoce su papel fundamental: “los abuelos son los que armonizan… sin ellos hay un vacío” (C. Vanegas, comunicación personal, 29 de marzo de 2026). Asimismo, se identifican figuras específicas como parteras, sobanderos y médicos tradicionales, quienes garantizan el equilibrio físico y espiritual de la comunidad.

La literatura respalda esta centralidad, señalando que los sabedores transmiten conocimiento de generación en generación y constituyen pilares del sistema de salud indígena (Guerrero et al., 2020; Palacios Salazar, 2023).

Adicionalmente, las voces comunitarias evidencian preocupaciones relacionadas con la sostenibilidad de estos roles y las limitaciones para garantizar su continuidad. En este sentido, se expresa que “ya casi no hay quien quiera asumir ese camino” (Giagrekudo, comunicación personal, 2026), reflejando desafíos asociados al relevo generacional, el reconocimiento social y las condiciones materiales para el ejercicio de estas funciones comunitarias.

En este sentido, los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer el reconocimiento, la participación y las condiciones de sostenibilidad de sabedores, mayores y especialistas tradicionales, promoviendo mecanismos que favorezcan la continuidad de sus funciones dentro de los procesos comunitarios de salud y transmisión del conocimiento ancestral.

4. Espacios, prácticas y acciones propias para la transmisión del conocimiento

Pueblos que lo acogen: Uitoto, Wounaan, Nasa, Misak, Pastos, Pijao

Los saberes ancestrales se transmiten en espacios culturales y comunitarios que fortalecen la cohesión social y el aprendizaje colectivo. Entre estos se destacan los mambeaderos, las mingas, los círculos de palabra, la familia y la chagra, así como prácticas como la alimentación propia, el uso de plantas medicinales y los rituales.

Desde las comunidades, se resalta la importancia de estos espacios: “el mambeadero es donde se orienta la medicina y el pensamiento” (C. Matapi, comunicación personal, 13 de marzo de 2026), y “nos fortalecemos a través de reuniones, mambeaderos y actividades propias” (J. Giagrekudo, comunicación personal, 03 de marzo de 2026).

Asimismo, las voces comunitarias destacan que estos espacios favorecen el encuentro intergeneracional y el fortalecimiento de la identidad cultural. En este sentido, se reconoce que “en esos espacios se aprende cómo cuidar la salud y cómo vivir en comunidad” (Ahumada, comunicación personal, 2026), evidenciando su papel en la formación cultural y espiritual de las nuevas generaciones.

Lo anterior permite identificar la necesidad de fortalecer y preservar espacios comunitarios, culturales y espirituales destinados a la transmisión de saberes ancestrales, promoviendo acciones que favorezcan el aprendizaje colectivo, la cohesión comunitaria y la continuidad de prácticas tradicionales vinculadas al cuidado y la salud propia.

5. Acciones de fortalecimiento, revitalización y educación propia

Pueblos que lo acogen: Misak, Pastos, Yanacona, Inga

Frente a los riesgos identificados, los pueblos han desarrollado acciones orientadas al fortalecimiento de los saberes propios, entre las que se destacan la educación propia, las escuelas de medicina ancestral, la participación comunitaria y el reconocimiento institucional.

Desde la experiencia comunitaria, se enfatiza la necesidad de fortalecer estos procesos mediante espacios formativos y culturales (Tapiero, J., comunicación personal, 2026).

Las fuentes normativas y académicas destacan que la educación propia se fundamenta en la cosmovisión y el derecho propio, constituyendo una accion clave para la pervivencia cultural (Presidencia de la República de Colombia, 2023). Asimismo, se reconoce que estas acciones son fundamentales para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud indígena (Cabildo Mayor Yanacona, 2022).

Adicionalmente, desde las voces comunitarias se plantea la necesidad de consolidar procesos permanentes de formación para niños, jóvenes y comunidades, articulando prácticas culturales, lengua y medicina ancestral. En este marco, se señala que “si no se enseña desde pequeños, el conocimiento se pierde” (Tumiña, comunicación personal, 2026), evidenciando la importancia de fortalecer procesos educativos propios desde edades tempranas.

En consecuencia, los hallazgos evidencian la necesidad de consolidar acciones de fortalecimiento y revitalización de los saberes propios mediante procesos de educación propia, formación comunitaria y escuelas de medicina ancestral, promoviendo acciones orientadas a garantizar la pervivencia cultural y la sostenibilidad de los sistemas de salud indígena.

6. Interculturalidad y diálogo de saberes con el sistema institucional

Pueblos que lo acogen: Eperara, Kamëntsá, Kichwa, Tubú, Wounaan

Desde las comunidades, se evidencian tensiones en este proceso: “las propuestas desde lo propio no coinciden con el lenguaje de la institución” (Soto, M., comunicación verbal, 2026), lo que limita su reconocimiento.

La literatura plantea que la interculturalidad debe basarse en el respeto, la equidad y el reconocimiento de derechos, promoviendo un diálogo no impositivo entre sistemas de conocimiento (Rodríguez, 2010; Bermúdez López et al., 2022). En este sentido, la articulación adecuada puede contribuir a una atención en salud más integral y culturalmente pertinente.

De igual forma, las voces comunitarias resaltan la necesidad de generar escenarios de concertación más horizontales entre comunidades e instituciones, que permitan visibilizar las formas propias de comprender la salud y el cuidado. En este sentido, se manifiesta que “muchas veces la institución escucha, pero no incorpora realmente lo que se propone desde la comunidad” (Jacanamijoy, comunicación personal, 2026), evidenciando limitaciones en la incorporación efectiva de los saberes ancestrales en los procesos institucionales.

Lo anterior permite identificar la necesidad de fortalecer mecanismos de diálogo intercultural y articulación institucional que favorezcan el reconocimiento de los saberes ancestrales, promoviendo relaciones horizontales entre sistemas de conocimiento y garantizando condiciones para una atención en salud culturalmente pertinente, respetuosa y complementaria.

Avance diferencial del pueblo Muisca en la construcción de la propuesta de la estrategia de salud indígena

El proceso de construcción de la propuesta de Estrategia de Salud Indígena adelantado por los cabildos Muisca de Bosa y Muisca de Suba evidencia un nivel de consolidación metodológica y organizativa significativamente más avanzado frente a los demás pueblos indígenas participantes del proceso intercultural. Mientras que el análisis cualitativo realizado con los doce pueblos indígenas permitió identificar categorías emergentes, necesidades, tensiones, prácticas culturales y comprensiones comunitarias alrededor de la salud propia, el pueblo Muisca ha logrado avanzar hacia una fase estratégica y operativa, expresada en la formulación concreta de líneas de acción orientadas a la implementación de procesos de salud propia e intercultural.

Este avance representa un tránsito metodológico desde la identificación temática hacia la construcción de un modelo organizativo y operativo de cuidado en salud, sustentado en la cosmovisión Muisca, la Ley de Origen, la medicina ancestral y el reconocimiento del territorio como eje fundamental de la vida. En este sentido, las acciones formuladas no solo responden a necesidades en salud, sino que constituyen mecanismos de fortalecimiento de la pervivencia cultural, la autonomía comunitaria y el cuidado colectivo.

El proceso desarrollado por el pueblo Muisca evidencia además una articulación entre dimensiones espirituales, territoriales, familiares, comunitarias y políticas del cuidado, comprendiendo la salud como un equilibrio integral entre el ser humano, la naturaleza, los ciclos espirituales y las relaciones colectivas. Desde esta perspectiva, la enfermedad no se limita a una alteración física, sino que se interpreta como un desequilibrio territorial, emocional, energético y espiritual que requiere procesos de armonización individual y comunitaria.

De acuerdo con Martínez Medina et al. (2021), los sistemas médicos indígenas se configuran como estructuras complejas de conocimiento, organización y regulación comunitaria que integran prácticas de sanación, espiritualidad, transmisión oral, cuidado territorial y memoria cultural, constituyéndose en mecanismos esenciales para la preservación de la vida, la identidad colectiva y la pervivencia cultural de los pueblos indígenas.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), la salud intercultural se fundamenta en el reconocimiento y la articulación de diversos sistemas médicos, favoreciendo la implementación de modelos de atención culturalmente pertinentes, construidos con la participación activa de los pueblos indígenas y orientados al fortalecimiento de sus prácticas, saberes y formas propias de cuidado de la salud.

En el caso del pueblo Muisca, el proceso adelantado permite evidenciar cómo categorías como territorio, ritualidad, participación comunitaria, medicina ancestral y transmisión de saberes dejan de ser únicamente elementos conceptuales para convertirse en líneas estratégicas de implementación, seguimiento y fortalecimiento comunitario.

Categoría: Orientaciones para el Cuidado de la Salud Indígena con Enfoque Propio

Esta categoría integra las prácticas, ritualidades, mecanismos organizativos y procesos comunitarios orientados a garantizar el equilibrio espiritual, físico, emocional y colectivo desde la cosmovisión Muisca. Se fundamenta en el reconocimiento de la salud como una construcción integral que articula territorio, espiritualidad, relaciones comunitarias y medicina ancestral.

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, el cuidado de la salud no se limita a la atención de la enfermedad, sino que comprende prácticas permanentes de armonización y protección de la vida colectiva. En este sentido, la salud propia constituye un sistema cultural de conocimientos, prácticas y relaciones que orientan la organización comunitaria y la pervivencia de los pueblos indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

1. Pagamentos, trasnochos y cambios de ciclos

La práctica ritual de la comunidad indígena Muisca constituye un eje fundamental para la pervivencia cultural y el equilibrio comunitario, al fortalecer la relación espiritual con el territorio, los ciclos de la naturaleza y los saberes ancestrales. Estas prácticas generan espacios de encuentro y armonización que fortalecen la identidad colectiva, restauran el equilibrio individual, familiar y comunitario, y acompañan los procesos de transición y transformación.

En el marco del sistema de salud propio, la ritualidad se reconoce como una forma esencial de cuidado que orienta la vida, el bienestar y la continuidad del tejido

comunitario, articulándose con los ciclos lunares, solares y los solsticios del calendario ancestral Muisca fundamentado en la Ley de Origen.

Las prácticas ceremoniales cumplen además una función organizativa y pedagógica, ya que permiten la transmisión intergeneracional de conocimientos y fortalecen la memoria cultural del pueblo Muisca. La espiritualidad indígena se configura así como un mecanismo de regulación comunitaria, cuidado emocional y fortalecimiento de la identidad colectiva (Chiguasuque, 2018).

2. Reconocimiento territorial

Esta línea de acción se orienta al desarrollo de procesos de lectura, recorrido y análisis del territorio ancestral, con el propósito de identificar elementos culturales, espirituales, históricos y socioambientales relevantes para la comunidad.

El reconocimiento territorial fortalece la apropiación colectiva del territorio y favorece la comprensión de las dinámicas ambientales y sociales que impactan la salud y la pervivencia cultural. Para el pueblo Muisca, el territorio no constituye únicamente un espacio geográfico, sino un sujeto vivo que contiene memoria, espiritualidad, historia y relaciones de cuidado.

De acuerdo con Casallas Rodríguez y Martínez Medina (2020), el territorio se configura como un determinante esencial de la salud colectiva de los pueblos indígenas, dado que las transformaciones territoriales, la pérdida de lugares sagrados y los procesos de urbanización pueden afectar el equilibrio emocional, espiritual y cultural de las comunidades, repercutiendo de manera directa en sus procesos de salud, bienestar y pervivencia cultural.

Asimismo, el reconocimiento territorial fortalece los procesos de gobernanza indígena, la recuperación de lugares sagrados y la reconstrucción de prácticas culturales asociadas al agua, las montañas, los humedales y los espacios de armonización.

Preparación de insumos para la medicina propia

Esta línea comprende el conjunto de actividades relacionadas con la preparación, recolección, selección y conservación de insumos de medicina propia, lideradas por médicos tradicionales, sabedores, parteras y mayores espirituales.

La medicina ancestral Muisca se sustenta en el conocimiento de plantas medicinales, preparados tradicionales, armonizaciones espirituales y prácticas terapéuticas orientadas

al restablecimiento del equilibrio integral. La preparación de insumos representa además un ejercicio de autonomía sanitaria y fortalecimiento de los sistemas propios de salud.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que los sistemas tradicionales de medicina constituyen recursos fundamentales para el cuidado integral de la salud y para el fortalecimiento de modelos culturalmente pertinentes de atención (OMS, 2013).

En el caso del pueblo Muisca, la preparación de medicina propia también constituye un mecanismo de preservación del conocimiento ancestral y de fortalecimiento de la confianza comunitaria en las prácticas tradicionales.

Espacios para la planeación y armonización del equipo

Esta línea de acción contempla escenarios de encuentro para la organización de la atención individual, familiar y comunitaria, en los cuales se planean prácticas de medicina ancestral y occidental orientadas al abordaje de desarmonías físicas, emocionales, espirituales y colectivas.

Estos espacios favorecen la articulación interdisciplinaria e intercultural entre actores comunitarios, médicos tradicionales y profesionales de salud, promoviendo procesos colectivos de toma de decisiones y fortaleciendo el trabajo comunitario.

La armonización de los equipos de salud permite construir respuestas culturalmente pertinentes y facilita el diálogo entre distintos sistemas de conocimiento, aspecto fundamental para la consolidación de acciones interculturales sostenibles (OPS, 2017).

Gestiones en salud

Esta línea de acción se orienta al manejo de barreras de acceso a los servicios de salud, incluyendo factores administrativos, geográficos, económicos, culturales y de trato.

Las comunidades indígenas históricamente han enfrentado múltiples dificultades de acceso relacionadas con discriminación institucional, desconocimiento cultural, fragmentación de los servicios y ausencia de enfoques diferenciales. En este contexto, la gestión en salud constituye un mecanismo de incidencia y garantía de derechos desde una perspectiva intercultural.

El enfoque intercultural en salud plantea la necesidad de transformar las relaciones entre instituciones y pueblos indígenas, reconociendo la legitimidad de los sistemas propios de salud y promoviendo modelos de atención basados en el respeto, la participación y la pertinencia cultural (Ministerio del Interior, 2014).

Tejidos comunitarios para el cuidado de la vida

Esta línea de acción fortalece la participación comunitaria mediante el desarrollo de consejos, festivales, círculos de palabra, trasnochos y espacios de gobernabilidad que favorecen el encuentro colectivo y la articulación entre la medicina tradicional y la comunidad.

El tejido comunitario constituye uno de los principales mecanismos de protección social y emocional de los pueblos indígenas, debido a que fortalece las redes de solidaridad, el acompañamiento colectivo y la transmisión de conocimientos.

La participación comunitaria ha sido reconocida como un determinante central para el fortalecimiento de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en contextos indígenas, especialmente cuando se construyen desde prácticas culturales propias y mecanismos colectivos de decisión (Breilh, 2013).

1. **Categoría Territorio**

La categoría territorio reconoce la relación inseparable entre salud, naturaleza, espiritualidad y pervivencia cultural. Desde la cosmovisión Muisca, el territorio constituye un sujeto vivo y un espacio de memoria colectiva donde se desarrollan las prácticas culturales, espirituales y comunitarias.

Las comunidades indígenas comprenden que el deterioro ambiental, la pérdida de espacios sagrados y las transformaciones territoriales afectan directamente el equilibrio espiritual y emocional de las personas y comunidades. En este sentido, el territorio no solo representa un lugar de residencia, sino un entramado de relaciones espirituales, históricas, ecológicas y comunitarias que sostienen la vida colectiva.

Para el pueblo Muisca, la relación con el territorio se encuentra profundamente ligada a la Ley de Origen y a los principios de reciprocidad con la Madre Tierra. La salud colectiva depende de la armonía entre las personas, los espacios sagrados, el agua, las montañas, los humedales y los ciclos de la naturaleza. Por ello, los procesos de recuperación territorial y fortalecimiento ambiental constituyen también acciones de cuidado integral y pervivencia cultural.

Diversos estudios sobre salud colectiva e interculturalidad han señalado que el desarraigo territorial y las transformaciones urbanas generan impactos profundos sobre la identidad, la espiritualidad y la salud emocional de los pueblos indígenas, particularmente en contextos urbanos donde las comunidades enfrentan procesos de fragmentación cultural y pérdida de prácticas ancestrales (Escobar, 2014).

Asimismo, el territorio se configura como un escenario pedagógico y ceremonial donde se transmiten conocimientos, prácticas agrícolas, formas de organización y mecanismos de cuidado comunitario. De esta manera, las acciones territoriales desarrolladas por el pueblo Muisca fortalecen simultáneamente la salud, la identidad cultural y la gobernanza comunitaria.

Atenciones individuales

Esta línea de acción se orienta a la prestación de atenciones individuales en espacios territoriales como lugares comunitarios, casas de sanación, qusmuy y sitios sagrados desde el enfoque de medicina ancestral.

Las atenciones individuales reconocen que cada persona se encuentra vinculada a dinámicas familiares, espirituales y territoriales específicas. Por esta razón, el cuidado integral requiere comprender el contexto cultural y emocional de cada comunero.

La medicina ancestral indígena se caracteriza por desarrollar procesos terapéuticos integrales que incluyen armonización espiritual, acompañamiento emocional, orientación familiar y fortalecimiento de las relaciones comunitarias (Menéndez, 2009).

En el contexto Muisca, los espacios de atención poseen un significado espiritual y simbólico que favorece la armonización energética y la conexión con los elementos de la naturaleza. Las prácticas de sanación desarrolladas en estos escenarios buscan restaurar el equilibrio integral de la persona mediante el uso de plantas medicinales, palabra orientadora, armonizaciones, ritualidades y acompañamiento espiritual.

Asimismo, esta línea de acción fortalece la confianza comunitaria en la medicina propia y favorece la continuidad de prácticas ancestrales de cuidado que históricamente han sido invisibilizadas por los modelos biomédicos convencionales.

Cuido del territorio

Esta línea de acción comprende actividades dirigidas a la protección, conservación y armonización del territorio como sujeto vivo, reconociendo su relación directa con la salud individual y colectiva.

El cuidado territorial integra prácticas ambientales, espirituales y culturales orientadas a la protección de la Madre Tierra, las fuentes hídricas, los humedales y los espacios sagrados.

Diversas investigaciones han señalado que la crisis ambiental y la pérdida territorial representan factores estructurales que afectan la salud física, emocional y espiritual de los pueblos indígenas, debido a que debilitan las prácticas culturales y las formas propias de relación con la naturaleza (Leff, 2004).

El pueblo Muisca reconoce que la contaminación ambiental, la urbanización y la intervención de espacios sagrados generan desequilibrios que afectan la armonía comunitaria y limitan el ejercicio de prácticas tradicionales asociadas al agua, la siembra, las ceremonias y la medicina ancestral.

Por esta razón, el cuido del territorio se entiende también como una acción de defensa de la vida, de fortalecimiento espiritual y de preservación cultural. Las acciones comunitarias orientadas a la recuperación de humedales, protección de semillas, limpieza de espacios sagrados y recuperación de prácticas ambientales ancestrales permiten fortalecer la conexión con el territorio y promover procesos colectivos de bienestar mediante jornadas de restauración y limpieza de humedales y espacios sagrados, actividades de protección, intercambio y conservación de semillas nativas, así como procesos de transmisión y fortalecimiento de prácticas ambientales ancestrales liderados por autoridades tradicionales, sabedores y comunidad .

Adicionalmente, esta línea fortalece procesos de educación ambiental intercultural, participación comunitaria y apropiación territorial, especialmente en niños, niñas, jóvenes y familias, favoreciendo la continuidad de prácticas culturales relacionadas con el cuidado de la naturaleza.

Chagras o huertas tradicionales

Esta línea de acción se orienta a la identificación, recuperación, fortalecimiento y sostenibilidad de las chagras o huertas tradicionales como espacios de siembra, medicina propia y transmisión de saberes ancestrales.

Las chagras constituyen escenarios de cuidado integral, seguridad alimentaria, soberanía alimentaria y fortalecimiento cultural. Además de proveer alimentos y plantas medicinales, funcionan como espacios pedagógicos donde se transmiten conocimientos sobre ciclos naturales, prácticas agrícolas y medicina ancestral.

Las huertas tradicionales indígenas han sido reconocidas como acciones fundamentales para la preservación de la biodiversidad, el fortalecimiento comunitario y la promoción de prácticas alimentarias culturalmente pertinentes (Toledo & Barrera-Bassols, 2008).

En el caso del pueblo Muisca, las chagras representan espacios de conexión espiritual y aprendizaje comunitario, donde se fortalecen valores de reciprocidad, trabajo colectivo y

respeto por la naturaleza. Estos espacios favorecen además la recuperación de semillas ancestrales, el uso de plantas medicinales y la enseñanza de prácticas tradicionales relacionadas con la alimentación y el cuidado de la salud.

Las huertas tradicionales también contribuyen al fortalecimiento de procesos de autonomía alimentaria y reducción de riesgos asociados a inseguridad alimentaria, particularmente en contextos urbanos donde las comunidades indígenas enfrentan limitaciones para acceder a prácticas tradicionales de cultivo.

Desde una perspectiva intercultural, las chagras permiten integrar dimensiones ambientales, pedagógicas, espirituales y terapéuticas, consolidándose como escenarios estratégicos para el fortalecimiento de la salud colectiva y la pervivencia cultural.

2. Categoría Prácticas del cuidado propio e intercultural

Esta categoría integra las acciones orientadas a la articulación entre medicina propia y medicina occidental, promoviendo procesos de cuidado integral desde el reconocimiento mutuo de saberes, prácticas y formas de comprensión de la salud. Desde la perspectiva intercultural, el cuidado en salud requiere reconocer la legitimidad de los sistemas médicos indígenas y fortalecer mecanismos de articulación que permitan una atención culturalmente pertinente.

Para el pueblo Muisca, las prácticas de cuidado no se limitan a procedimientos clínicos o terapéuticos, sino que comprenden procesos espirituales, familiares, territoriales y comunitarios orientados a mantener el equilibrio integral de la vida. La salud se entiende como una construcción colectiva basada en la armonía entre cuerpo, espíritu, comunidad y territorio.

La interculturalidad en salud implica además la construcción de relaciones horizontales entre distintos sistemas de conocimiento, superando prácticas históricas de exclusión y subordinación cultural. En este sentido, las acciones desarrolladas por el pueblo Muisca buscan fortalecer la complementariedad entre medicina ancestral y medicina occidental, favoreciendo procesos de atención integrales y respetuosos de la diversidad cultural.

Diversos autores han señalado que los modelos interculturales de salud deben reconocer la autonomía de los pueblos indígenas, fortalecer la participación comunitaria y garantizar espacios de diálogo entre sistemas médicos, evitando procesos de imposición institucional sobre los saberes ancestrales (Langdon & Wiik, 2010).

Asimismo, la salud intercultural requiere comprender que las prácticas de cuidado indígena integran dimensiones emocionales, espirituales, energéticas y territoriales que tradicionalmente han sido excluidas de los modelos biomédicos convencionales. Por ello,

el fortalecimiento de prácticas propias constituye también un mecanismo de resistencia cultural y preservación identitaria.

Implementación de prácticas propias en salud con enfoque intercultural mediante planes de cuidado integral

Esta línea de acción se orienta a la construcción participativa de planes de cuidado integral desde la cosmovisión indígena, articulando dimensiones físicas, emocionales, espirituales, familiares y territoriales.

Los planes de cuidado integral permiten organizar acciones comunitarias y familiares de promoción, prevención, armonización y acompañamiento desde enfoques culturalmente pertinentes. Su desarrollo favorece la identificación de necesidades particulares de las familias y fortalece procesos de seguimiento comunitario desde la medicina propia.

La construcción de modelos interculturales requiere reconocer que los pueblos indígenas poseen formas propias de comprender la salud, la enfermedad y el cuidado, las cuales deben integrarse en los procesos institucionales de atención sin perder su autonomía cultural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En el caso del pueblo Muisca, los planes de cuidado integral incluyen prácticas de armonización espiritual, acompañamiento familiar, uso de medicina ancestral, orientación comunitaria y fortalecimiento de vínculos colectivos. Estas acciones permiten abordar la salud desde una perspectiva integral que reconoce la relación entre emociones, espiritualidad, territorio y dinámicas comunitarias.

Asimismo, esta línea fortalece la corresponsabilidad entre comunidad, autoridades indígenas, médicos tradicionales y actores institucionales, promoviendo procesos de atención más cercanos a las realidades culturales y territoriales de las comunidades.

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado que los modelos de atención intercultural deben construirse desde la participación activa de las comunidades indígenas, integrando sus sistemas de conocimiento y respetando sus formas propias de organización y cuidado (OPS, 2017).

Casos emergentes

Esta línea de acción se orienta a la atención de situaciones de urgencia en salud, crisis emocionales y eventos familiares o comunitarios desde una perspectiva integral e intercultural.

El abordaje de casos emergentes reconoce que las situaciones críticas generan afectaciones emocionales, espirituales, familiares y comunitarias que requieren procesos de contención inmediata, armonización y acompañamiento colectivo.

Desde los sistemas médicos indígenas, las crisis no se interpretan exclusivamente como eventos biológicos, sino como desequilibrios que impactan las relaciones familiares, espirituales y territoriales. Por ello, la respuesta comunitaria incluye prácticas de acompañamiento emocional, orientación espiritual, ritualidad y fortalecimiento colectivo.

Las prácticas de atención inmediata desarrolladas por el pueblo Muisca buscan evitar rupturas culturales en la atención, fortalecer la confianza comunitaria y garantizar que los procesos de cuidado mantengan coherencia con la cosmovisión indígena.

Diversos estudios sobre salud mental indígena han señalado que las comunidades poseen mecanismos propios de afrontamiento basados en la espiritualidad, el acompañamiento colectivo y la transmisión cultural, los cuales constituyen factores protectores frente a situaciones de crisis y sufrimiento emocional (Kirmayer et al., 2003).

Asimismo, esta línea de acción favorece procesos de articulación entre medicina propia y atención institucional, permitiendo desarrollar respuestas culturalmente pertinentes frente a situaciones de emergencia física, emocional o espiritual.

El fortalecimiento de mecanismos comunitarios de respuesta inmediata contribuye además a consolidar redes de cuidado colectivo, fortalecer el tejido social y promover acciones de protección comunitaria desde enfoques interculturales y diferenciales.

3. Categoría Saberes propios para fortalecer la pervivencia

Esta categoría reconoce la importancia de preservar, transmitir y fortalecer los conocimientos ancestrales como fundamento de la identidad cultural, la continuidad de los sistemas propios de salud y la pervivencia del pueblo Muisca.

Los saberes propios constituyen una estructura integral de conocimientos, prácticas, memorias y formas de relación con el territorio que orientan la vida comunitaria y garantizan la continuidad cultural de los pueblos indígenas. Estos conocimientos incluyen prácticas de medicina ancestral, espiritualidad, cuidado colectivo, manejo del territorio, organización comunitaria, oralidad y transmisión intergeneracional.

Para el pueblo Muisca, la pervivencia no se limita a la permanencia física de la comunidad, sino que implica la conservación de los principios culturales, espirituales y territoriales que sostienen su identidad colectiva. En este sentido, la protección de los saberes ancestrales constituye una acción fundamental de resistencia cultural frente a procesos históricos de colonización, urbanización, invisibilización y pérdida territorial.

Diversos estudios sobre interculturalidad y pueblos indígenas han señalado que la memoria colectiva y la transmisión de conocimientos tradicionales representan mecanismos esenciales para el fortalecimiento organizativo y la reconstrucción identitaria de las comunidades indígenas contemporáneas (Walsh, 2012).

Asimismo, la preservación de los saberes propios fortalece la autonomía comunitaria y contribuye al reconocimiento de los sistemas médicos indígenas como formas legítimas de producción de conocimiento y cuidado de la salud.

Memoria y preservación de saberes

Esta línea de acción se orienta a la recuperación, protección y transmisión de los conocimientos ancestrales, prácticas culturales y formas propias de comprensión de la salud, la espiritualidad y el territorio.

La memoria colectiva constituye uno de los principales mecanismos de continuidad cultural de los pueblos indígenas, debido a que permite fortalecer la identidad comunitaria y garantizar la transmisión intergeneracional de saberes.

En el caso del pueblo Muisca, los procesos de recuperación de memoria incluyen la enseñanza de prácticas rituales, medicina ancestral, historias orales, usos de plantas medicinales, calendarios propios, conocimientos territoriales y formas tradicionales de organización comunitaria.

Estos procesos permiten fortalecer el sentido de pertenencia cultural y favorecer la participación de niños, niñas, jóvenes, familias y mayores en actividades de transmisión de conocimiento.

Los procesos de urbanización, discriminación histórica y pérdida territorial han generado importantes riesgos para la continuidad de los saberes ancestrales. En este contexto, la documentación, enseñanza y práctica comunitaria de los conocimientos tradicionales se convierte en una acción de resistencia cultural y fortalecimiento identitario.

Diversos autores han señalado que la transmisión oral y comunitaria constituye una herramienta fundamental para la preservación de los sistemas de conocimiento indígena y para la protección del patrimonio biocultural de los pueblos ancestrales (Toledo & Barrera-Bassols, 2008).

Asimismo, el fortalecimiento de la memoria colectiva favorece procesos de sanación histórica, reconstrucción comunitaria y recuperación espiritual, especialmente en

contextos urbanos donde las comunidades indígenas enfrentan dinámicas de fragmentación cultural.

La recuperación de saberes ancestrales también fortalece las prácticas de medicina propia y contribuye al reconocimiento de los mayores, sabedores y médicos tradicionales como autoridades fundamentales dentro de los procesos de cuidado y orientación comunitaria.

Articulación EAPB – IPS

Esta línea de acción se orienta al fortalecimiento de los procesos de coordinación, comunicación y trabajo conjunto entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), promoviendo una atención integral, diferencial y culturalmente pertinente.

La articulación institucional constituye uno de los principales desafíos para la implementación de modelos interculturales de salud, debido a la persistencia de barreras administrativas, fragmentación de los servicios y limitaciones en el reconocimiento de los sistemas propios de salud.

En este contexto, el pueblo Muisca plantea la necesidad de construir mecanismos de coordinación que permitan integrar las prácticas de medicina ancestral dentro de los procesos de atención institucional, garantizando el respeto por la autonomía cultural y el reconocimiento de los saberes tradicionales.

La Política Integral de Atención en Salud reconoce la necesidad de incorporar enfoques diferenciales e interculturales que respondan a las particularidades sociales, culturales y territoriales de los pueblos indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Asimismo, el Decreto 1953 de 2014 establece mecanismos especiales para el funcionamiento de los territorios indígenas y reconoce la importancia de fortalecer sistemas propios de salud articulados con las instituciones estatales desde el respeto a la autonomía y la diversidad cultural (Ministerio del Interior, 2014).

La articulación entre EAPB, IPS y autoridades indígenas favorece procesos de referencia y seguimiento culturalmente pertinentes, mejora la continuidad del cuidado y fortalece el acceso efectivo a servicios de salud para las comunidades indígenas.

De igual manera, esta línea de acción promueve el reconocimiento de médicos tradicionales, sabedores y prácticas ancestrales dentro de las rutas de atención, favoreciendo procesos de complementariedad entre medicina occidental y medicina propia.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que los sistemas tradicionales y complementarios de salud constituyen recursos fundamentales para ampliar la cobertura, pertinencia y aceptabilidad de los servicios sanitarios, especialmente en comunidades indígenas y rurales (OMS, 2013).

El fortalecimiento de la articulación institucional contribuye además a disminuir prácticas de discriminación cultural, mejorar la comunicación entre actores del sistema de salud y consolidar modelos de atención centrados en el respeto por la diversidad étnica y cultural

Conclusiones

El análisis desarrollado, a partir de la integración de información cuantitativa y cualitativa, evidencia que la propuesta de una estrategia presenta comportamientos diferenciados entre pueblos indígenas, asociados a dinámicas territoriales, sociales, culturales y operativas propias de cada contexto. Esta heterogeneidad se constituye en un elemento central para la construcción de una estrategia de salud propia indígena, la cual debe diseñarse desde un enfoque flexible, territorial, intercultural y diferencial, capaz de responder a las particularidades de cada pueblo.

En este marco, la información analizada evidencia una mayor proporción de atenciones registradas en población joven y adulta, lo cual orienta la necesidad de priorizar acciones de promoción, prevención y atención integral dirigidas a estos grupos, reconociendo su mayor interacción con los servicios de salud en contextos urbanos. De manera complementaria, las diferencias en la carga de atención asociadas a población dependiente, como niñez, personas mayores y personas con discapacidad, evidencian la importancia de ajustar la intensidad del seguimiento, la organización de los servicios y la asignación de talento humano, de acuerdo con las necesidades específicas de cada comunidad. Estas dinámicas, además, deben comprenderse desde una lógica comunitaria y relacional del cuidado, donde la familia, la comunidad y los sabedores desempeñan un papel fundamental.

Las brechas en la cobertura de familias priorizadas ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer los mecanismos de implementación de la accion, reconociendo que los procesos de priorización comunitaria, liderados por autoridades indígenas y acompañados por los equipos de salud, constituyen un componente estructural del modelo. En este sentido, la estrategia debe consolidar el gobierno propio, la autoridad ancestral y la participación comunitaria como ejes centrales en la toma de decisiones, al tiempo que optimiza el uso de los recursos disponibles y, en algunos casos, amplía la capacidad operativa para mejorar la cobertura y garantizar mayor equidad en la atención.

Por otra parte, las condiciones de vivienda y entorno identificadas, tales como el hacinamiento, la presencia de vectores, la tenencia de animales sin control sanitario y la localización en asentamientos informales, configuran factores de riesgo relevantes para la

salud para algunos pueblos indígenas que deben ser atendidos. Estos hallazgos evidencian la necesidad de incorporar a la estrategia un componente intersectorial que permita abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud, en articulación con la comprensión del territorio como eje estructurante del bienestar. Desde esta perspectiva, la salud no puede desligarse del territorio entendido como sujeto vivo y eje estructurante de las dimensiones físicas, ambientales, espirituales, culturales y comunitarias que sustentan la vida y el bienestar de los pueblos indígenas.

En coherencia con lo anterior, los procesos de migración, desarraigo y urbanización emergen como factores que transforman las condiciones de vida y afectan la salud integral, generando barreras de acceso a los servicios, dificultades en los procesos de afiliación y cambios en las prácticas culturales y de cuidado. No obstante, también se evidencian procesos de resistencia y resignificación del territorio en contextos urbanos, a través de prácticas comunitarias, culturales y productivas que fortalecen la identidad y el bienestar colectivo. En este sentido, la estrategia debe incorporar estas dinámicas, tanto para mitigar las barreras existentes como para potenciar las capacidades propias de los pueblos.

En relación con el nivel educativo, las diferencias entre pueblos pueden incidir en el acceso, uso y apropiación de los servicios de salud, lo que refuerza la necesidad de fortalecer procesos de educación en salud con enfoque intercultural, que permitan una mejor comprensión y articulación entre los saberes propios y el sistema institucional.

El análisis del indicador de gestiones en salud evidencia variaciones en la intensidad de la atención, lo que sugiere la necesidad de estructurar la estrategia con criterios de planificación operativa diferenciada, orientados a distribuir adecuadamente las cargas de trabajo, priorizar el seguimiento de casos que requieren mayor acompañamiento y optimizar la asignación de recursos.

Desde la dimensión cultural, los hallazgos permiten afirmar que la medicina ancestral constituye un componente estructural de los sistemas de salud indígena, sustentado en el conocimiento de los sabedores, el uso de plantas medicinales, la ritualidad, las armonizaciones y los espacios sagrados, configurándose como el primer recurso terapéutico para múltiples pueblos indígenas. Sin embargo, su pervivencia enfrenta riesgos asociados a la desvalorización institucional, el desinterés de las nuevas generaciones y las condiciones socioeconómicas, lo que hace necesario fortalecer procesos de transmisión intergeneracional, educación propia, revitalización cultural y reconocimiento institucional de estos saberes.

De igual manera, la interculturalidad en salud se posiciona como un principio fundamental para la construcción de la estrategia, entendida como la complementariedad entre la medicina ancestral y la medicina occidental. No obstante, su implementación enfrenta barreras relacionadas con el reconocimiento del saber propio, limitaciones institucionales,

brechas culturales y lingüísticas, y debilidades en la formación del talento humano. En este sentido, la estrategia debe avanzar hacia la consolidación de modelos de articulación basados en el respeto, el diálogo de saberes y la equidad entre sistemas médicos.

De forma transversal, se destaca la importancia de la participación comunitaria, las redes colectivas y los espacios propios, como mingas, círculos de palabra, mambeaderos, tul, malokas y otros escenarios rituales y comunitarios, los cuales se constituyen en espacios fundamentales para la producción de salud, la armonización espiritual, la transmisión de conocimientos y el fortalecimiento cultural. Estos espacios deben ser incorporados de manera activa en la implementación, seguimiento y sostenibilidad de la estrategia.

En este marco, la estrategia de salud propia indígena no solo se orienta al abordaje de necesidades en salud, sino también al fortalecimiento de procesos de pervivencia cultural, continuidad territorial y sostenibilidad de los sistemas de conocimiento ancestral.

En conjunto, los hallazgos orientan la construcción de una estrategia de salud propia indígena que articule de manera integral el gobierno propio, la autoridad ancestral, la medicina ancestral, el territorio entendido como sujeto vivo, los determinantes sociales, las dinámicas de migración y la sostenibilidad de los saberes ancestrales. Asimismo, la estrategia debe fortalecer procesos de transmisión intergeneracional, educación propia y protección de espacios comunitarios, rituales y sagrados, fundamentales para la producción de salud, la armonización espiritual y la pervivencia cultural de los pueblos indígenas. Finalmente, se hace necesario fortalecer la articulación intersectorial, optimizar la asignación de recursos, incluyendo el talento humano, y consolidar mecanismos de seguimiento y evaluación, con el fin de garantizar una implementación efectiva, equitativa y culturalmente pertinente. Esto permitirá avanzar hacia un modelo de atención coherente con los principios de la salud propia indígena, orientado al bienestar colectivo y a la pervivencia cultural de los pueblos.